WAŻNY TEMAT: UWAGA NA FAŁSZYWE LEKI Z INTERNETU

5|2025

ISSN 0867-2164

GAZETA LEKARSKA

PISMO IZB LEKARSKICH

#WYBORY2025
JAK KANDYDACI NA PREZYDENTA CHCĄ NAPRAWIĆ SYSTEM OCHRONY ZDROWIA

UZALEŻNIENI

ALKOHOLOWY NAŁÓG MOŻE DOTKNĄĆ KAŻDEGO. GDZIE SZUKAĆ POMOCY?

TECHNOLOGIE
ATAKI RANSOMWARE PARALIŻUJĄ SZPITALE

PRAWO
OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH W GABINECIE

PRAKTYKA
MLEKO Z BANKU JAK KREW. WSPARCIE DLA WCZEŚNIAKÓW

STOMATOLOGIA
ZDROWIE ZACZYNA SIĘ W JAMIE USTNEJ

System w stanie krytycznym

ŁUKASZ JANKOWSKI
PREZES NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

Przez Sejm przeszła ustawa obniżająca składkę zdrowotną dla przedsiębiorców, wywołując lawinę komentarzy i żywy odbiór społeczny. Od nowa rozpoczęła się dyskusja o źródłach finansowania i wysokości nakładów na ochronę zdrowia, szczególnie że już za dwa lata przestanie obowiązywać tzw. ustawa 6 proc., która wyznaczała coroczny wzrost nakładów na zdrowie opisywanych jako procent PKB. Od 2027 r. odsetek PKB na zdrowie nie będzie już zwiększany, gdyż osiągnie wartość docelową, a nakłady na zdrowie zależne będą w dalszych latach jedynie od sytuacji gospodarczej naszego kraju.

Stanowisko Naczelnej Izby Lekarskiej w sprawie wysokości i źródła środków na zdrowie jest klarowne: rolą polityków jest zapewnienie odpowiedniego finansowania systemu ochrony zdrowia i do nich należy określenie źródeł tych pieniędzy. Chcemy ochrony zdrowia na poziomie europejskim, a nie podporządkowanej oszczędnościom. Jeśli podejmowana jest decyzja o zmniejszeniu wpływów z jednego źródła, natychmiast należy zdecydować o przesunięciu na to miejsce środków z innych źródeł. Co więcej, ochrona zdrowia potrzebuje dziś szybkiego wzrostu finansowania (jesteśmy w ogonie Europy, jeśli chodzi o nakłady na ochronę zdrowia), a nie dyskusji o obniżaniu środków finansowych, spowodowanej raczej interesem politycznym rządzących niż merytorycznym namysłem.

W niewydolnym finansowo systemie ma powstać dodatkowa wyrwa wielkości 4,7 mld zł, bo na taką kwotę oceniono zmniejszenie wpływów ze składki zdrowotnej do NFZ, jeśli ustawa wejdzie w życie. Jest to mniej więcej równowartość rocznych wydatków na ratownictwo medyczne w Polsce i więcej niż wydajemy rocznie na opiekę długoterminową. Jest to również więcej niż zaplanowane roczne koszty finansowania świadczeń gwarantowanych w – osobno – kilku województwach. Trzeba również zdać sobie sprawę, że wobec braków w kasie NFZ stanie się coraz bardziej zależny od dotacji budżetowych. A to oznacza, że o pieniądze nasz sektor będzie musiał konkurować z innymi gałęziami gospodarki, a nawet z wydatkami budżetowymi np. na likwidację skutków klęsk żywiołowych. Realna perspektywa nie jest optymistyczna, a fakt, że rozmawiamy o obniżeniu finansowania, a nie o jego zwiększaniu, pogarsza rokowanie systemu.

Jak wobec tego ustawa i jej skutki, pod warunkiem, że wejdzie ona w życie, zmienią sytuację nas, lekarzy? Można przewidywać, że część z nas prowadząca własną działalność gospodarczą zapłaci mniejszą składkę zdrowotną i odnotuje oszczędności. Zagrożeniem dla finansów tych osób będzie jednak globalny brak środków w NFZ i konieczność ograniczania przez fundusz świadczeń nie w listopadzie (jak ma to miejsce niemal co roku), ale w miesiącach wcześniejszych. To oznacza pogorszenie dostępu pacjentów do świadczeń, a dla lekarzy przedsiębiorców mniej wykonanych procedur, co odbije się na wysokości wystawianych miesięcznych faktur. Będą więc wśród nas osoby, które wydadzą mniej na składkę, ale zarobią mniej, bo płatnik nie będzie mógł zapłacić za ich pracę.

Można też przewidywać, że poszukując ratunku, politycy, tak jak to deklarują od kilku miesięcy, będą dążyć do zamrożenia ustawy o minimalnym wynagrodzeniu w ochronie zdrowia, co znacząco pogorszy sytuację 15 proc. lekarzy specjalistów pracujących na etatach. Spodziewamy się, że tak jak to się dzieje zwykle, gdy w systemie brakuje pieniędzy, nasza grupa zawodowa będzie obarczana odpowiedzialnością za ten stan rzeczy. Jestem przekonany, że choć wynagrodzenia lekarzy to tylko 35 proc. wynagrodzeń wszystkich pracowników ochrony zdrowia, powróci dyskusja o ograniczeniu wysokości kontraktów w publicznych placówkach.

A kiedy sami staniemy się pacjentami? Nie trzeba tego nawet komentować. Nie ma systemu bez lekarzy, ale nic nam nawet z najlepszych specjalistów, jeśli system finansowania całkowicie się rozpadnie.

Co w tej sytuacji zrobi Izba? Najlepszym rozwiązaniem byłoby wprowadzenie natychmiast takich zmian w ustawie, które wymuszą zastąpienie środków ze składki innymi, tak aby nie powstała luka finansowa. O taki przepis, będący zobowiązaniem, a nie tylko deklaracjami przedstawicieli rządu, będziemy wnosić w trakcie prac nad ustawą w Senacie. Zabiegamy również o przemodelowanie i zwiększanie finansowania ochrony zdrowia, uznając, że stan naszego sektora jest kluczowy dla bezpieczeństwa obywateli, a więc bezpieczeństwa państwa, szczególnie w niespokojnym czasie wojny za naszą granicą.

Jesteśmy zdecydowanie za zwiększeniem nakładów na zdrowie, a jeśli jednocześnie udałoby się obniżyć składkę zdrowotną przedsiębiorcom, skorzystałoby na tym również nasze środowisko. •

GAZETA LEKARSKA

3 **System w stanie krytycznym**
Łukasz Jankowski
5 **Wytłumaczyć *no fault***
Klaudiusz Komor
6 **Newsy z kraju i ze świata**
8 **No to cyk!**
Piotr Kościelniak

TEMAT NUMERU

8 **Uzależnieni. Po cichu, coraz głębiej**
Wypalenie, stres, presja nieomylności – to codzienność wielu lekarzy.

14 **Antyalkoholowa krucjata Izabeli Leszczyny**
Nie wszystkie pomysły minister zdrowia dotyczące stanowczej polityki zmniejszania konsumpcji alkoholu spotykają się z przychylną oceną całego rządu.

16 **Alkohol szkodzi zawsze**
17 **Bilans zysków i strat jest oczywisty**

AKTUALNOŚCI

19 **Czy deregulacja skróci kolejki do lekarzy**
Wizyty będzie można odwoływać za pomocą SMS-a, maila czy asystenta głosowego.

20 **Fundusz pustych kont**
22 **Interna woła o pomoc**

WAŻNE SPRAWY

23 **Fałszowanie leków bardziej dochodowe niż narkotyki**
Przestępcy liczą na łatwe zyski, a pacjenci tracą nadzieję, zdrowie i życie.

26 **Jak kandydaci na prezydenta chcą uleczyć ochronę zdrowia**

PRAWO I MEDYCYNA

28 **Najpierw zbadać, potem diagnozować**
30 **Przymusowo do badania i na leczenie**
34 **Dane osobowe: największe ryzyko powoduje człowiek**

PODATKI I FINANSE

36 **Jedna inwestycja to za mało. O znaczeniu dywersyfikacji**

TEMAT NUMERU
STRONY 8–18

Nie istnieje bezpieczna dawka. Nawet w najmniejszej ilości alkohol jest substancją toksyczną i uzależniającą. Reagujmy – apelują eksperci pomagający osobom problemowo używającym substancji psychoaktywnych.

PRAKTYKA LEKARSKA

37 **Zdrowa jama ustna to zdrowy organizm**
Paweł Barucha
38 **Okrągły stół dla stomatologii**
40 **To nie są rewelacje z Facebooka**
41 **Łatwo wpaść w pułapkę uzależnienia**
Mariusz Politowicz
42 **Banki białej krwi**
46 **Gonimy Skandynawię**
Jakub Sieczko
48 **Pomiędzy potrzebami i możliwościami**
50 **Nie wszystko jest czarno-białe**
52 **Czy ośmioletni chłopiec może zabić z zimną krwią?**
54 **Jak cię piszą, tak cię widzą**
Anna Gołębicka

NOWE TECHNOLOGIE

55 **Cyberataki paraliżują szpitale**
58 **Sprzęt medyczny na celowniku hakera**

OŚRODEK KSZTAŁCENIA

60 **Astma jest podstępna**

WYWIAD LEKAR(S)KI

62 **Bez strachu nie ma odwagi**

SAMORZĄD ZAWODOWY

64 **Lex szarlatan coraz bliżej**
Jakub Kosikowski
64 **O tym się mówi/Mówią o nas**
66 **Szkolenie na trawie**

PO GODZINACH

67 **Reszta jest milczeniem**
Jarosław Wanecki
68 **Zamki Dolnego Śląska: historia i relaks**
Nocleg w królewskim apartamencie, zwiedzanie korytarzy i zakamarków pamiętających dawne czasy, a wszystko to owiane aurą tajemniczości.

72 **Przychodzi wena do lekarza**
73 **Sport**
74 **Błąd malarski – Na wiosnę**
76 **Czytelnia**
77 **Zjazdy koleżeńskie**
78 **Ogłoszenia**
82 **Jolka lekarska**

JEDNYM GŁOSEM

Wytłumaczyć *no fault*

Myślę, że to właściwy moment, żeby poprosić Was wszystkich o nasilenie działań na rzecz wprowadzenia *no fault* przez tłumaczenie przy każdej sposobności, jak ważna i zasadna jest to zmiana.

KLAUDIUSZ KOMOR
WICEPREZES NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

Od początku tej kadencji samorządu jednym z naszych priorytetów pozostaje wprowadzenie w życie klauzuli wyższego dobra zwanej również *no fault*. Wiedzieliśmy, że nie będzie to zadanie łatwe. Co prawda, nie byłby to jakiś ewenement prawny, gdyż taka zasada istnieje już w niektórych krajach, np. skandynawskich. Jednak w Polsce jest to na tyle nowe rozwiązanie, że nawet samo wymyślenie nazwy stanowiło nie lada wyzwanie – pierwotne określenie, dosłownie zapożyczone z języka angielskiego – „*no fault*", było i nadal jest skwapliwie tłumaczone przez przeciwników jako „bezkarność", co wypacza ideę tej zasady.

Wymyślona później „klauzula wyższego dobra" niestety nie przyjęła się tak dobrze, jak się spodziewano; być może jest to określenie zbyt długie. Coraz częściej zatem w rozmowach i artykułach znowu powraca się do „*no fault*". A to dlatego, że ten temat dzięki naszym wysiłkom pojawia się nie tylko w kręgach decydentów, ale również w mediach. Wydaje się, że po latach starań w końcu jesteśmy blisko uzyskania tej niezmiernie istotnej z punktu widzenia wszystkich pracowników medycznych klauzuli prawnej. Ostatnim krokiem jest powołanie międzyresortowego zespołu rządowego, w skład którego wejdą również przedstawiciele Prezydium NRL z prezesem na czele.

Największym problemem pozostaje jednak wytłumaczenie samej idei *no fault* społeczeństwu w tak prosty sposób, aby z jednej strony pokazać jej zasadność, a z drugiej nie wypaczyć jej znaczenia. Najbardziej chyba trafne jest porównanie pokazujące, że według dzisiejszego polskiego prawa kara więzienia grozi zarówno pospolitemu przestępcy, który napadnie przechodnia na ulicy, jak i lekarzowi, który próbując ratować pacjenta, zachowa należytą ostrożność, zrobi wszystko, najlepiej jak umie, ale leczenie niestety skończy się powikłaniem. Jak zatem można stawiać na równi i tak samo karać te dwie osoby?

Sama zmiana w prawie, która oddawałaby najlepiej ideę *no fault* opiera się na tzw. kontratypie – według słownictwa prawnego jest to okoliczność wyłączająca karną bezprawność czynu. Zaistnienie kontratypu powoduje, że zachowanie wypełniające znamiona czynu zabronionego nie jest przestępstwem. Innymi słowy – postępowanie, które w normalnych warunkach jest bezprawne, staje się prawnie dozwolone ze względu na zaistniałe okoliczności. Propozycję wykorzystania właśnie kontratypu podpowiedział nam profesor Andrzej Zoll. Kontratyp prawny został ostatnio zastosowany w głośnej i nieco kontrowersyjnej zmianie dotyczącej ochrony granic – takie same wyłączenia odpowiedzialności karnej dodano dla żołnierzy w art. 694a ustawy o obronie ojczyzny (cytuję fragment): „Nie popełnia przestępstwa żołnierz, który z naruszeniem zasad stosowania środków przymusu bezpośredniego, użycia broni lub innego uzbrojenia w przypadku bezpośredniego i bezprawnego zamachu na nienaruszalność granicy państwowej stosuje te środki lub używa broni lub innego uzbrojenia w związku z wykonywaniem czynności lub zadań służbowych".

Zmiana ta wywołała bardzo głośną dyskusję, dlatego należy się spodziewać, że podobna zmiana dotycząca pracowników medycznych może być tak samo gorąco dyskutowana. Propozycja wypracowana po licznych dyskusjach i konsultacjach ze znanymi specjalistami z zakresu prawa karnego została przygotowana przez biuro prawne NRL. Opiera się na dodaniu w Kodeksie karnym dodatkowego art. 160a na podstawie którego „nie podlegałaby karze za przestępstwo określone w art. 155, art. 156 § 2, art. 157 § 3 lub art. 160 § 3 osoba wykonująca zawód medyczny, która dopuściła się tego czynu, udzielając świadczenia zdrowotnego". Patrząc realnie na dotychczasowe rozmowy i spotkania w Ministerstwie Sprawiedliwości, wydaje się, że konieczne będzie wyłączenie z zasady *no fault* sytuacji, kiedy pracownik medyczny (lekarz, pielęgniarka, ratownik itp.) w czasie popełnienia czynu był pod wpływem alkoholu, środka odurzającego lub innego podobnie działającego środka. Bardzo ważne jest, żeby mówiąc o *no fault*, dodawać, że nie oznacza ona bezkarności dla lekarza – zawsze i w każdej sytuacji będzie on mógł ponosić odpowiedzialność zawodową, jak i cywilną.

Wprowadzenie *no fault* może być przełomowym elementem w zapobieganiu niedoborom lekarzy, zwłaszcza specjalności zabiegowych, uważanych często za szczególnie „pozworodne". Tylko nasze wspólne działania mogą przynieść ten olbrzymi sukces, którego jesteśmy już tak blisko. •

GAZETA LEKARSKA

NEWSY Z KRAJU I ZE ŚWIATA

LIDIA SULIKOWSKA, SYLWIA WAMEJ

15 minut na pacjenta

Posłowie ponownie rozpatrzą ustawę o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Senat wprowadził do niej przepis, zgodnie z którym maksymalny czas na przekazanie pacjenta z karetki do SOR nie może przekroczyć

Fot.: Freepik.com

▲ *Pacjenci z zagrożeniem życia powinni otrzymać pomoc w określonym czasie*

15 minut. Wiceminister zdrowia Marek Kos podczas posiedzenia senackiej Komisji Zdrowia mówił, że 15 minut na przekazanie pacjentów na SOR lub też do izb przyjęć przez zespół ratownictwa medycznego wynika z tzw. złotej godziny. Jest to zasada opisująca czas, w którym pacjenci z zagrożeniem życia muszą otrzymać specjalistyczną pomoc w szpitalu.

Za nowelizacją ustawy z siedmioma poprawkami senackiej Komisji Zdrowia zagłosowało 84 senatorów. Nie było żadnych głosów sprzeciwu ani wstrzymujących się. Ustawa teraz wróci do Sejmu, a posłowie rozpatrzą wprowadzone zmiany.

Półpasiec: co łączy szczepionkę z demencją

Z badania opublikowanesgo na łamach „Nature" wynika, że zaszczepienie się przeciw półpaścowi zmniejsza ryzyko demencji, szczególnie u kobiet. Badania pochodzą z Wielkiej Brytanii – uczeni z Uniwersytetu Oksfordzkiego wykorzystali program profilaktycznych szczepień prowadzony w Walii od 2013 r. Jak się okazuje, dzięki szczepionce ryzyko demencji zmniejszyło się u kobiet o jedną piątą. U mężczyzn nie zaobserwowano takiej zależności. To nie pierwszy raz, gdy uczeni twierdzą, że szczepionki przeciwko półpaścowi mogą chronić przed demencją. Po wprowadzeniu preparatu Zostavax w USA w 2006 r. kilka badań także wskazywało na niższą częstotliwość występowania otępienia u osób zaszczepionych. Jedna z teorii, która tłumaczy pozytywny wpływ szczepienia na uniknięcie demencji, dotyczy zmniejszenia stanu zapalnego w centralnym układzie nerwowym, co zapobiega reaktywacji wirusa wywołującego półpasiec.

W Polsce od 1 kwietnia szczepionka jest w pełni refundowana dla seniorów 65+ z chorobami współistniejącymi.

Alarmujące dane o cukrzycy

W całej Europie rośnie liczba przypadków zachorowań na cukrzycę typu 1. Polska jest na pierwszym miejscu, a tuż za nią Litwa, Rumunia, Macedonia, Czechy i Austria. Eksperci apelują o wprowadzenie populacyjnych badań przesiewowych wśród najmłodszych. Prof. Agnieszka Szypowska, mazowiecka konsultant wojewódzka ds. diabetologii i ordynator Oddziału Klinicznego Diabetologii Dziecięcej i Pediatrii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, podkreśla, że w Polsce problem dotyka już jednego dziecka na 200-250, a to oznacza, że w placówkach szkolnych, w których dotychczas dotyczył on jednego ucznia, obecnie jest ich już troje

Fot.: Freepik.com

▲ *Rośnie liczba zachorować na cukrzycę typu 1*

lub więcej. Dodała także, że osoby, których krewny pierwszego stopnia choruje już na cukrzycę typu 1, wykazują 15-krotnie większe ryzyko pojawienia się jej w czasie całego życia w porównaniu do ogółu społeczeństwa.

Jak wykazały polskie badania przeprowadzone w ramach programu PolDeDiab, u 40 proc. osób z nowo rozpoznaną cukrzycą typu 1 wystąpiła kwasica ketonowa, która spowodowana jest nagłym niedoborem insuliny. Prof. Szypowska podkreśla, że wcześniejsze wykrywanie choroby może temu zapobiec, i dodaje, że w ciężkiej postaci może ona prowadzić do trwałych uszkodzeń narządów, inwalidztwa czy nawet śmierci.

AI oblicza biologiczny wiek serca

Naukowcy z Korei Południowej wykorzystali sztuczną inteligencję do obliczenia biologicznego wieku serca na podstawie danych pozyskanych z badań EKG. Analiza danych wykazała, że przekroczenie wieku chronologicznego

przez biologiczny o co najmniej siedem lat zwiększa ryzyko niekorzystnych zdarzeń zdrowotnych. – Odwrotnie, jeśli algorytm oszacował biologiczne serce jako siedem lat młodsze od wieku chronologicznego, zmniejszało to ryzyko zgonu i poważnych zdarzeń sercowo-naczyniowych – powiedział profesor Yong-Soo Baek ze Szpitala Uniwersyteckiego Inha.

Więcej lekarek niż lekarzy w UK

Pierwszy raz w historii liczba lekarek przewyższyła liczbę lekarzy w Wielkiej Brytanii – poinformowała General Medical Council (GMC), brytyjska instytucja sprawująca nadzór nad wykonywaniem zawodu. W rejestrze prowadzonym przez tę organizację jest 164 440 kobiet (50,04 proc.) i 164 195 mężczyzn (49,96 proc.) posiadających licencję na wykonywanie zawodu (według danych z końca lutego). GMC podkreśla, że wzrost odsetka lekarek jest notowany od 2015 r. Specjalizacje, w których jest ich najwięcej, to położnictwo i ginekologia (63 proc. kobiet), pediatria (60,8 proc.) oraz medycyna rodzinna (57,7 proc.). Najmniej lekarek jest w chirurgii (zaledwie 16,9 proc.), okulistyce (35,1 proc.) i medycynie ratunkowej (37,1proc.).
Źródło: GMC

Deficyt kadrowy w Kanadzie

W Kanadzie brakuje obecnie niemal 23 tys. lekarzy rodzinnych, a rocznie napływa do systemu jedynie około 1300. Tak niepokojącą skalę braków kadrowych w podstawowej opiece zdrowotnej opisano w raporcie rządu federalnego „Caring for Canadians: Canada's Future Health Workforce – The Canadian Health Workforce Education, Training and Distribution Study". Najgorzej jest na terenach wiejskich. – W tym tempie Kanada nigdy nie rozwiąże problemu niedoboru lekarzy – stwierdził dr Joss Reimer, prezydent Canadian Medical Association, komentując dane zawarte w opracowaniu. W samym raporcie zwrócono uwagę, że przy obecnym modelu kształcenia luka kadrowa będzie się pogłębiać. W dokumencie zaznaczono, że Kanada w porównaniu z innymi krajami OECD jest bardzo spóźniona w planowaniu kadr. Podczas gdy średnia liczba absolwentów medycyny w tych państwach wynosi 14,2/100 tys. mieszkańców, w Kanadzie wskaźnik ten wynosi 7,5/100 tys. Tylko Japonia, Korea Południowa i Izrael mają gorszy wynik.
Źródło: www.canada.ca / CMA

Wypalenie zawodowe w USA

Wskaźnik wypalenia zawodowego wśród amerykańskich lekarzy spada – informuje American Medical Association, powołując się na najnowsze badania opublikowane w „Mayo Clinic Proceedings". Wynika z nich, że częstość występowania wypalenia zawodowego (przynajmniej jednego symptomu) wśród lekarzy praktykujących w USA wyniosła 45,2 proc. w 2023 r. To spadek o ponad 17 punktów procentowych w stosunku do poprzednio zrealizowanego badania w 2021 r. (podczas pandemii COVID-19). Badacze przypomnieli też wyniki z jeszcze wcześniejszych lat. W 2020 r. 38,2 proc. lekarzy było wypalonych zawodowo, w 2017 r. – 43,9 proc., w 2014 r. – 54,4 proc., a w 2011 r. – 45,5 proc. Zjawisko wypalenia nadal jest wśród lekarzy częstsze niż w populacji ogólnej osób pracujących w USA. Warto jednocześnie zwrócić uwagę, że wskaźniki wypalenia zawodowego różnią się w zależności od specjalizacji. Na przykład według badań opublikowanych na początku roku w „JCO Oncology Advances" wskaźnik wypalenia zawodowego wśród onkologów wyniósł 59 proc. w 2023 r. i był wyższy o 14 punktów procentowych niż dekadę wcześniej.
Źródło: AMA / „Mayo Clinic Proceedings" /„JCO Oncology Advances"

Fot.: Freepik.com

▲ *Wskaźniki wypalenia zawodowego lekarzy różnią się w zależności od specjalizacji*

Listy gończe za rosyjskimi biegłymi

Prokuratora Krajowa poinformowała, że na przełomie kwietnia i maja skieruje do sądu wnioski o zastosowanie środka zapobiegawczego w postaci tymczasowego aresztowania wobec rosyjskich biegłych medyków sądowych, którzy sporządzali opinie medyczno-sądowe dotyczące ofiar katastrofy smoleńskiej w 2010 r. Wyjaśniono, że jeśli sąd uwzględnieni wnioski, możliwe będzie poszukiwanie podejrzanych listami gończymi (dotychczas nie udało się przedstawić im zarzutów). Sprawa dotyczy 41 osób, którym polska prokuratura zarzuca przestępstwa poświadczenia nieprawdy w sporządzonych przez nich opiniach medyczno-sądowych dotyczących sekcji zwłok 60 ofiar katastrofy polskiego samolotu. PK informuje, że nieprawdziwe zapisy w opiniach dotyczyły m.in. braku opisu cech identyfikacyjnych poszczególnych ofiar, braku opisu istotnych obrażeń ciała, a także opisania narządów i obrażeń ciała, które w konkretnym przypadku nie istniały.
Źródło: Prokuratura Krajowa •

GAZETA LEKARSKA

No to cyk!

PIOTR KOŚCIELNIAK
REDAKTOR NACZELNY

Polak nie kaktus, napić się musi. Ośmiu na dziesięciu dorosłych regularnie sięga po alkohol. Statystycznie rzecz ujmując, każdy z nas wypija około dziewięciu litrów czystego alkoholu rocznie. Liczba osób nadmiernie pijących przekracza 4 mln, a spośród nich co najmniej milion wymaga leczenia. Eksperci szacują, że negatywnymi skutkami alkoholizmu dotkniętych jest w sumie 12 mln Polaków.

Alkoproblem może dotknąć wszystkich, niezależnie od ich zamożności i statusu społecznego – i dotyka również tzw. wysokofunkcjonujących alkoholików. I to właśnie skandale z ich udziałem najczęściej prowokują dyskusję na ten temat. Mieliśmy zataczającego się ministra w Sejmie, którego partyjny kolega musiał wyprowadzić z sali obrad. Mamy posła Konfederacji przyznającego się, że przegrywa z alkoholem, i wiceministra Lewicy deklarującego, że „zmierzył się z problemem". Mówi się, że marskość wątroby to choroba zawodowa dziennikarzy. Dodajmy, że również sami lekarze nie mają immunitetu na uzależnienie alkoholowe.

A ten problem niesie konsekwencje nie tylko społeczne, ale i zdrowotne – o czym piszemy w tym wydaniu. Pacjenci – przy bezradnej akceptacji swoich lekarzy – piją nawet wówczas, gdy ewidentnie pogarsza to ich stan. Nie przyznają się do zaglądania do kieliszka lub deklarują, że po alkohol sięgają okazjonalnie, choć USG pokazuje, że stłuszczenie ich wątroby właśnie przechodzi w marskość.

Równie bezradni są decydenci. Metody ograniczania konsumpcji okazują się skuteczne częściowo lub wcale. Co trzecia małpka w Polsce (czyli ok. miliona sztuk) sprzedaje się przed południem – czyli naród kupuje wódkę, idąc do pracy. A żeby było jeszcze gorzej, w sprzedaży co rusz pojawia się alkohol w tubkach, żelach czy w proszku (!), trochę na wzór „innowacyjnych produktów tytoniowych". Na razie niektóre takie innowacje udało się zablokować, ale doświadczenie mówi mi, że za pomysłowością producentów trudno będzie legislatorom nadążyć. Co nie znaczy, że nie trzeba próbować.

Na zakończenie jeszcze jedna informacja. „Gazeta Lekarska" wkracza (a właściwie wraca) do mediów społecznościowych. Jesteśmy obecni na Facebooku i na X (znanym wcześniej jako Twitter). Ma to związek z rozbudową naszego portalu internetowego gazetalekarska.pl, w którym można znaleźć informacje o systemie ochrony zdrowia, bieżących wydarzeniach w kraju i na świecie oraz inicjatywach samorządu. Proszę, polubcie, obserwujcie i skomentujcie – @GazetaLekarska. I zaglądajcie na portal Waszej gazety.

Maciej Frąckowiak urodził się w dobrze sytuowanej rodzinie. Alkohol pojawiał się na rodzinnych imprezach, ale jako dodatek, którym się delektowano. Mówi, że sam nie spożywał procentowych trunków, gdy był dzieckiem. Sytuacja zmieniła się w liceum. Na balu maturalnym swojej dziewczyny upił się tak bardzo, że w konsekwencji zablokowano mu przejście do lepszej placówki. Z nauką większych problemów nie miał. Dostał się na Akademię Medyczną w Poznaniu. W ciągu tygodnia był studentem zdającym egzaminy i kolokwia, ale od piątku do niedzieli regularnie świętował uczelniane sukcesy. Przyznaje, że jego ówczesna dziewczyna niepokoiła się, dlaczego cały weekend pije alkohol, ale zawsze umiał jej to wyjaśnić.

– Nie dopuszczałem do siebie myśli, że mam problem, bo przecież niczego nie zawalałem. Studia ukończyłem w terminie, dostałem się na radioterapię onkologiczną w Wielkopolskim Centrum Onkologii. Niestety, mój stan się pogarszał. Zaliczyłem tylko pierwszy stopień specjalizacji. Pijaństwo było ważniejsze. Koleżanki i koledzy sugerowali mi, abym wziął się za siebie, ale to było mało konkretne. W końcu zostałem zwolniony z WCO, bo pacjentka zgłosiła, że wykonywałem jej badanie USG, będąc pod wpływem alkoholu – opowiada. Dodaje, że po tej przykrej sytuacji zaproponowano mu wyjazd na terapię z opcją powrotu do pracy, pod warunkiem że będzie się leczył. Pojechał, w ośrodku wytrzymał dwa dni.

– Do pracy w onkologii już nie wróciłem. Za to szybko wróciłem do nałogu. Nigdzie nie utrzymałem pracy na dłużej. Co chwilę wyjeżdżałem do innego miasta – wspomina lekarz.

O KROK OD ŚMIERCI

Alkoholową ścieżkę przerwał wypadek. W maju 2001 r., będąc w stanie nietrzeźwym, upadł i doznał poważnego urazu czaszkowo-mózgowego. – Byłem o krok od śmierci. Od tamtego

TEMAT NUMERU

Uzależnieni. Po cichu, coraz głębiej

LIDIA SULIKOWSKA, ZBIGNIEW WOJTASIŃSKI

Wypalenie, stres, presja nieomylności – to codzienność wielu lekarzy. Gdy napięcie nie znajduje ujścia, łatwo sięgnąć po coś, co koi na chwilę, a uzależnia na długo. Alkohol, leki, a coraz częściej także inne substancje, to cisi towarzysze białych fartuchów. Reagujmy – apelują eksperci pomagający osobom problemowo używającym substancji psychoaktywnych.

czasu nie piję. Dzięki rehabilitacji wróciłem do zawodu, ale zajęło mi to pięć lat. Od nowa uczyłem się chodzić, mówić, a nawet pisać i czytać. Otrzymałem duże wsparcie od lekarzy. Po jakimś czasie zostałem terapeutą uzależnień – opowiada.

Dziś ma 64 lata i otwarcie mówi o swojej trudnej relacji z alkoholem. Udziela wywiadów, wystąpił w podcaście. Podniósł się z upadku, ale – jak podkreśla – nałóg wiele mu w życiu odebrał.

Co by pan powiedział osobom uzależnionym? – Zróbcie sobie bilans życia. Zastanówcie się, od czego zaczynaliście, gdzie jesteście teraz, a gdzie moglibyście być, gdyby nie alkohol. Uchwyćcie straty, których doświadczyliście, i zacznijcie działać, aby ich nie mieć jeszcze więcej.

NIE ODWRACAJMY WZROKU

Eksperci na co dzień zajmujący się leczeniem osób uzależnionych, w tym lekarzy, podkreślają, aby reagować jak najwcześniej.

– Uzależnienie jest chorobą układu nagrody, więc bardzo trudno nad nią samemu zapanować. To w zasadzie niemożliwe. Dlatego apeluję do pracodawców i współpracowników lekarzy problemowo używających substancji psychoaktywnych: nie bądźcie bierni – mówi Jakub Garbacki, specjalista psychiatrii i medycyny rodzinnej, pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów w Wojskowej Izbie Lekarskiej. – Nie odwracajmy wzroku, nie przesuwajmy granic tolerancji. Nie czekajmy, co jeszcze się może wydarzyć. Reagujmy w porę. Dla dobra chorego, jego rodziny, wreszcie dla dobra swojego oraz pacjentów – dodaje i przypomina, że przy okręgowych izbach lekarskich działają pełnomocnicy ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów, do których może się zgłosić lekarz, który ma problem z uzależnieniem. Może go również zgłosić m.in. rodzina, przyjaciele, znajomi, koledzy i koleżanki z pracy, a także pracodawca.

rys.: Michał Trusz

– Zachęcam, aby jak najwcześniej się kontaktować z pełnomocnikami ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów. Niestety, przynajmniej w mojej izbie takich zgłoszeń jest niewiele. Zazwyczaj otrzymuję informację bardzo późno, gdy już dojdzie do kryzysu. Myślę, że w dużej mierze wynika to faktu, że nadal sporo osób uważa takie działanie za donos, a nie pomoc. Nie jesteśmy prokuratorami, ale organami pomocowymi w izbach lekarskich, więc nie trzeba się nas obawiać. Nie ma się też czego wstydzić. To choroba jak każda inna – tłumaczy Jakub Garbacki.

W Wojskowej Izbie Lekarskiej działa program zdrowotny dla lekarzy, który ułatwia objęcie chorego kompleksową opieką. – Ten program powstał podczas wspólnych spotkań pełnomocników ds. zdrowia lekarzy z rzecznikami praw lekarza. Niestety, nie w każdej izbie lekarskiej go zaimplementowano – zwraca uwagę Jakub Garbacki.

– Kierownik kliniki, poradni czy ordynator oddziału tolerujący uzależnionego lekarza, który nic nie robi ze swoim problemem,

GAZETA LEKARSKA

przejawia postawę skandaliczną. Zamiast karcić i przyjmować obietnice „poprawy", powinien wymusić podjęcie leczenia – uważa dr n. med. Bohdan Woronowicz, psychiatra i certyfikowany specjalista oraz superwizor psychoterapii uzależnień, który od ponad 50 lat pomaga lekarzom wyjść z uzależnienia.

W 2007 r. Naczelna Rada Lekarska przyjęła uchwałę zobowiązującą okręgowe rady lekarskie do zorganizowania systemu pomocy lekarzom i lekarzom dentystom, których stan zdrowia uniemożliwia wykonywanie zawodu, a w szczególności do powołania pełnomocnika do spraw zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów. W opinii Bohdana Woronowicza warto by było pójść o krok dalej i wprowadzić bardziej zunifikowany system zgłaszania lekarzy mających problem z używaniem substancji psychoaktywnych i obejmowania ich leczeniem.

– W 2016 r. przedstawiłem projekt programu zdrowotnego dla lekarzy i zaproponowałem algorytm postępowania. W USA od lat 70. działają programy zdrowotne dla uzależnionych lekarzy i studentów medycyny, a dalsze wykonywanie zawodu jest uwarunkowane podjęciem leczenia i poddaniem się 5-letniemu monitoringowi. Nad ich realizacją czuwa American Medical Association. Badania mówią, że ich skuteczność jest niespotykana, bo sięga od 74 proc. do ponad 90 proc. Taki model opieki nad lekarzem zmagającym się z uzależnieniem powinien być wprowadzony ustawowo w Polsce, bo problem dotyczy wielu tysięcy naszych kolegów – uważa dr Woronowicz.

To, jak od środka działa taki program, przedstawia amerykański psychiatra Carl Erik Fisher w książce „Przymus. Fenomen i historia uzależnień". Opisał w niej historię swojego uzależnienia od alkoholu oraz narkotyków i skuteczny udział w takim programie. „The New Yorker" uznał ją za jedną z najlepszych książek 2022 r.

CHOROBA EMOCJI

Dlaczego lekarze wpadają w wir uzależnienia? – Często są to osoby wypalone zawodowo. Badania mówią, że wypalenie zawodowe dotyka 40-50 proc. lekarzy, więc niewątpliwie jest to czynnik zwiększający ryzyko uzależnienia w tej grupie zawodowej. Kiedy nie radzimy sobie w pracy, czujemy do niej niechęć lub pracujemy w zbyt dużym tempie, to staramy się znaleźć coś, co rozładuje w nas napięcie i pozwoli się zrelaksować. Najprościej sięgnąć po alkohol albo po inne substancje psychoaktywne (benzodiazepiny, opioidy), do których lekarze mają ułatwiony dostęp – tłumaczy Bohdan Woronowicz.

Mówi się też, że konkretne specjalizacje, jak np. anestezjologia, psychiatria, medycyna ratunkowa czy chirurgia, podwyższają ryzyko zachorowania. To prawda czy mit?

– Specyfika niektórych specjalizacji może zwiększać ryzyko problemowego używania substancji psychoaktywnych, ale chyba jednak kluczowe są kwestie środowiskowe, podatności na stres, osobowościowe, umiejętność radzenia sobie z emocjami. Często szkodliwe używanie substancji to tylko wierzchołek góry lodowej. Pod nim kryją się inne problemy, np. zaburzenia psychiczne, wypalenie zawodowe. Uzależnienie, szkodliwe używanie substancji psychoaktywnych to choroba demokratyczna. Może dotknąć każdego człowieka, w tym także lekarzy i lekarki. Na jej rozwój wpływa wiele czynników – wyjaśnia Jakub Garbacki.

KOSZTY SĄ DUŻE

W Polsce brakuje danych na temat skali nadużywania lub uzależnienia od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych wśród lekarzy. Według amerykańskich badań 10-15 proc. pracowników ochrony zdrowia w ciągu swojego życia dotknie ten problem. To poziom podobny do wskaźników występujących w populacji ogólnej. Z tą różnicą, że lekarz podczas swojej pracy ratuje zdrowie i życie pacjentów. W jego przypadku niedyspozycja może doprowadzić do tragedii.

– Dlatego koszty, jakie trzeba zapłacić po takim czynie, są duże – przypomina Jacek Miarka, przewodniczący Naczelnego Sądu Lekarskiego. – Lekarzowi grozi odpowiedzialność dyscyplinarna ze zwolnieniem z pracy włącznie, karna, bo sprawa kwalifikuje się do prokuratury, a także zawodowa, rozpatrywana przez sąd lekarski – mówi przewodniczący NSL. Dodaje jednak, że przedstawiciele organów

W Polsce brakuje danych na temat skali nadużywania lub uzależnienia od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych wśród lekarzy

fot.: shutterstock.com

odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentystów zdają sobie sprawę, że uzależnienie to choroba, dlatego starają się działać tak, by pomóc wyjść z nałogu.

– Gdy lekarz jest sądzony po raz pierwszy za pracę „pod wpływem", to standardem jest czasowe zawieszenie prawa wykonywania zawodu z zaleceniem odbycia udokumentowanego pełnego leczenia. Znam wielu lekarzy, którzy po zasądzeniu zawieszenia PWZ przeszli przez terapię i z sukcesem zachowują abstynencję – mówi Jacek Miarka. Zdarzają się też surowsze wyroki, polegające na całkowitym odebraniu PWZ. Jak podkreśla przewodniczący NSL, taka sytuacja ma miejsce, gdy lekarz po raz kolejny jest sądzony za przyjmowanie pacjentów w stanie nietrzeźwym.

ALKOHOLOWA PLAGA

Z uzależnieniami zmagają się lekarze, ale też duża część społeczeństwa. Przeciętny Polak żyje coraz dłużej, jednak poprawa w zakresie umieralności od dekady uległa u nas zatrzymaniu – alarmują eksperci. I nie można obwiniać jedynie skutków pandemii COVID-19. Śmiało można postawić tezę, że jedną z głównych przyczyn jest nadużywanie alkoholu.

W Europie alkohol jest przyczyną śmierci ponad 800 tys. osób rocznie. W Stanach Zjednoczonych ocenia się, że spożywanie alkoholu odpowiada za co najmniej 178 tys. zgonów rocznie i 5 mln wizyt na SOR. Alkohol skraca też życie: osoby, które go nadużywają, żyją średnio o 10-22 lata krócej.

„Alkohol jest w Europie jedną z najczęstszych przyczyn śmierci" – alarmuje Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) w raporcie opublikowanym w połowie 2024 r. Według WHO nadużywanie alkoholu wywołuje więcej zgonów niż leki psychoaktywne. Z powodu tych używek w 2019 r. (to najnowsze dane) zmarło na świecie ponad 3 mln osób, zaś alkohol był odpowiedzialny za 2,6 mln zgonów.

Aż 2 mln zgonów, do których dochodzi na skutek nadużywania alkoholu, dotyczy mężczyzn. Najczęściej są to osobny młode, w wieku 20-39 lat. Osoby nadużywające alkoholu dziennie wypijają średnio 27 gramów czystego alkoholu, co odpowiada dwóm kieliszkom wina, dwóm butelkom piwa o pojemności jednej trzeciej litra lub dwóm kieliszkom wódki o pojemności 40 mililitrów.

„Tak duże i częste sięganie po alkohol zwiększa ryzyko wielu schorzeń, niepełnosprawności oraz zgonu" – zaznaczają eksperci WHO w raporcie. A częste sięganie po alkohol predysponuje do jeszcze bardziej intensywnego picia, polegającego na wypiciu 60 gramów czystego alkoholu, czyli 4-5 kieliszków wina lub tyle samo butelek piwa. Takie epizody przytrafiają się 38 proc. osób nadużywających alkoholu, na ogół mężczyznom.

Polska Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (od 2022 r. Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom) od wielu lat zwracała uwagę, że sięganie po alkohol zwiększa ryzyko ulegnięcia wypadkom ze skutkiem śmiertelnym oraz popełnienia samobójstw. Zagrożenie odebrania sobie życia przez osoby pijące jest aż 3-9 razy wyższe.

W USA działają programy dla uzależnionych lekarzy, a dalsze wykonywanie zawodu jest uwarunkowane podjęciem leczenia i poddaniem się 5-letniemu monitoringowi

Osoby pijące zwykle później zgłaszają się też do lekarza. A nadużywanie alkoholu zmienia obraz kliniczny ich choroby, co utrudnia zarówno diagnozę, jak i leczenie. Takie osoby częściej też zaprzestają terapii.

PRZEDWCZESNE ZGONY

Uzasadnione jest zatem twierdzenie, że w Polsce nadużywanie alkoholu może być jedną z przyczyn tego, że od 2025 r. zatrzymana została poprawa w zakresie umieralności, „pomimo dobrego wzrostu gospodarczego i dużego wzrostu nakładów na zdrowie", jak zaznacza prof. Tomasz Zdrojewski, kierownik Zakładu Prewencji i Dydaktyki Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego.

Zwracała na to uwagę już PARPA, powołując się na dane dotyczące nadumieralności osób w młodszych grupach wiekowych. Prawie połowa wszystkich przypadków śmiertelnych (47 proc.) to zgony przedwczesne, a najwyższy współczynnik przedwczesnej umieralności występuje u mężczyzn w wieku 40-65 lat.

ZA MAŁO PROFILAKTYKI

Zdaniem prof. Zdrojewskiego zbyt mało uwagi poświęcamy profilaktyce zdrowotnej. „W ubiegłej dekadzie nie było istotnych nakładów na edukację i prewencję, co zahamowało redukcję umieralności z powodu zgonów możliwych do uniknięcia" – uważa. Można tylko dodać, że niewiele też zrobiono, żeby przeciwdziałać nadużywaniu alkoholu przez Polaków.

Dotyczy to zarówno mężczyzn, jak i kobiet. Według WHO w 2023 r. dorosły Polak rocznie wypijał średnio prawie 11 litrów czystego alkoholu, więcej niż dwa lata wcześniej i więcej niż wynosi średnia europejska (średnio 9,2 litra – prawie 15 litrów mężczyźni i 4 litry kobiety). Według Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom w 2021 r. przeciętny mieszkaniec naszego kraju wypijał 9,7 litra czystego alkoholu – o trzy litry więcej niż 20 lat wcześniej. A skutkiem tego była większa liczba zgonów. Według raportu PARPA jedynie w latach 2002-2017 ponad 220 tys. przedwczesnych zgonów w naszym kraju było związanych z alkoholem.

Nic nie wskazuje, by cokolwiek w naszym kraju miało się zmienić. Tym bardziej że po alkohol, poza mężczyznami, coraz częściej sięgają kobiety. Z danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – PZH wynika, że spożycie alkoholu w Polsce wśród kobiet znacząco zaczęło rosnąć od 2015 r. Do tego czasu było ono stabilne – utrzymywało się na tym samym poziomie. Tak się składa, że w ostatniej dekadzie przestała spadać wśród kobiet zachorowalność na schorzenia układu krążenia, a zaczęła rosnąć z powodu chorób nowotworowych.

Oczywiście nadmierne spożycie alkoholu przez część kobiet nie jest tego jedyną przyczyną. Można jednak podejrzewać, że jest to istotny czynnik ryzyka. Tym bardziej że alkohol jest u pań szkodliwy przy mniejszych dawkach łącznych niż u mężczyzn.

GAZETA LEKARSKA

U kobiet częściej rozpoznaje się alkoholowe uszkodzenie wątroby oraz inne szkody – w mózgu, jak i układzie sercowo-naczyniowym. U kobiet w wieku rozrodczym pojawiają się zaburzenia cyklu miesiączkowego i wcześniej może o sobie dać znać menopauza.

KŁOPOTY Z WĄTROBĄ

Według National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism u 95-100 proc. ludzi nadużywających alkoholu stłuszczenie wątroby jest pierwszym objawem uszkodzenia tego narządu. Mało osób zdaje sobie z tego sprawę, podobnie jak nie wie o tym, że jest ono jeszcze odwracalne. Pod warunkiem że alkohol zostanie odstawiony.

Na tym etapie wiele można jeszcze osiągnąć, uświadamiając pacjentowi, w jakiej jest sytuacji. Bo jeśli nie ograniczy picia, to u 10-35 proc. osób nadużywających alkohol rozwija się zapalenie wątroby, które stopniowo przechodzi we włóknienie wątroby (u 20-40 proc. osób z tej grupy), w marskość wątroby (u 8-20 proc.), a następnie w nowotwór wątroby (u 2 proc.).

Według raportu PARPA ryzyko zgonu u pacjentów z zapaleniem wątroby i marskością sięga 60 proc. w ciągu czterech lat, a większość zgonów następuje w ciągu 12 miesięcy od rozpoznania. Na śmiertelne powikłania najbardziej narażeni są palacze papierosów. U osób nadużywających alkoholu i wypalających więcej niż jedną paczkę papierosów dziennie ryzyko marskości wątroby jest trzykrotnie większe. A jedyną szansą spowolnienia tego procesu jest abstynencja.

Ryzyko ciężkiego uszkodzenia wątroby lub ostrej jej niewydolności zwiększa dodatkowo zażywanie paracetamolu, i to w dawkach terapeutycznych, nawet przy umiarkowanym spożyciu alkoholu. „Przypuszcza się, że w USA zespół alkoholowo-paracetamolowy stanowi najpowszechniejszą przyczynę ostrego uszkodzenia wątroby" – stwierdza PARPA.

OSTRZEŻENIE NA BUTELKACH

O tym, jako mało o szkodliwości picia wiedzą pacjenci, świadczy badanie przeprowadzone w 14 krajach wśród 20 tys. Europejczyków. Wykazało ono, że zaledwie 15 proc. ankietowanych wiedziało, że alkohol może powodować raka piersi, a tylko 39 proc. respondentów wskazało na jego związek z rakiem jelita grubego. Tymczasem eksperci NIAAA zaznaczają, że ryzyko różnych chorób, w tym również nowotworowych, „się zwiększa od relatywnie małej dawki".

WHO wezwała ostatnio do umieszczania na butelkach z alkoholem ostrzeżeń przed chorobami, nowotworami, na wzór tych, jakie znajdują się na opakowaniach z papierosami. Informacje te powinny być wyraźne i dobrze widoczne, zawierające sam tekst połączony z piktogramem. Nie wystarczy tylko umieścić kod QR, bo na ogół nie jest on skanowany przez konsumentów (czyni tak zaledwie 0,26 proc. badanych). Jeśli skanujemy kod QR, to raczej w restauracji, by sprawdzić menu i kartę win, jeśli nie ma jej na papierze.

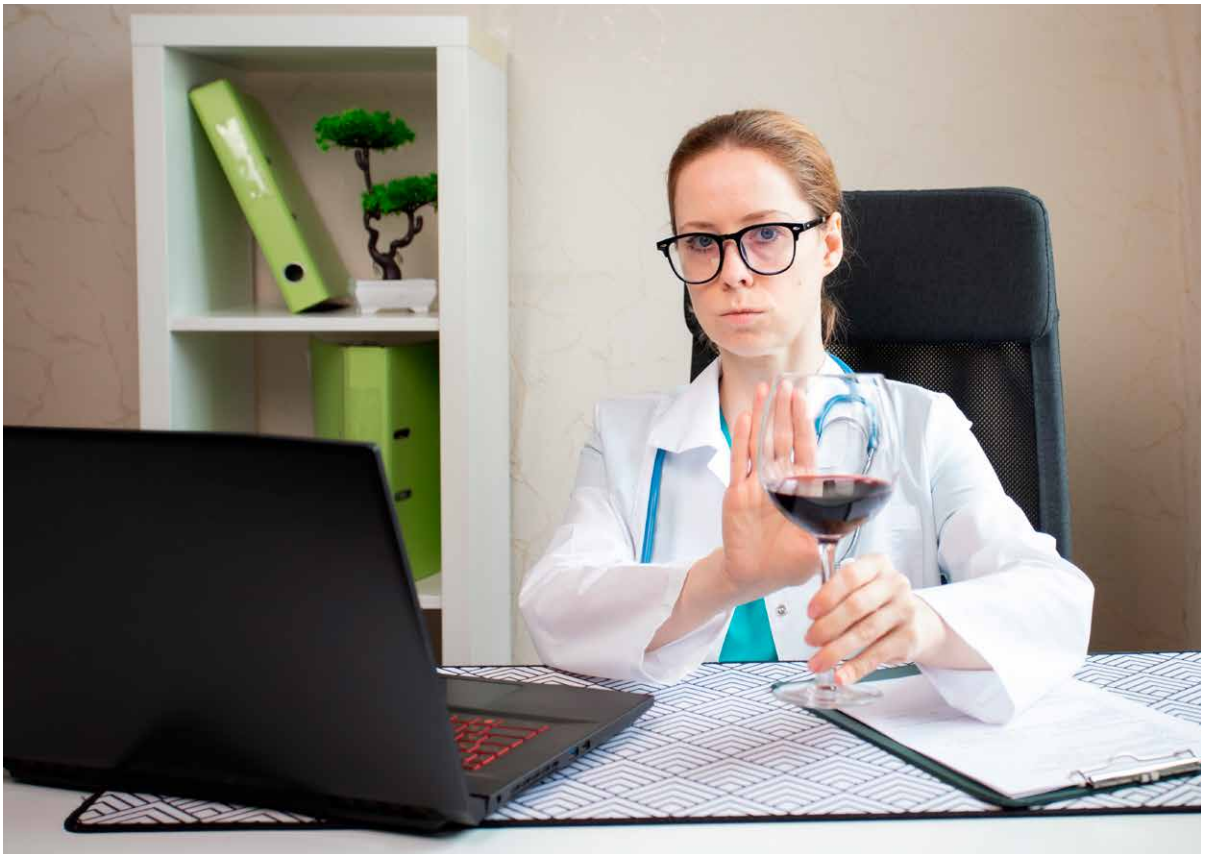
W Unii Europejskiej na razie jedynie Irlandia uchwaliła nowe prawo, wprowadzające od 2026 r. obowiązek umieszczania na produktach zawierających alkohol ostrzeżenia, że zawierają rakotwórcze substancje. Pierwszym na świecie krajem, który wprowadził taki obowiązek, jest Korea Południowa.

MIT CZERWONEGO WINA

Nie ma bezpiecznej dawki alkoholu (o czym więcej na str. 16). Wskazuje na to National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, podkreślając, że nawet w niskich dawkach alkohol zwiększa ryzyko

JAK DZIAŁA ALKOHOL

- **Układ pokarmowy:** pobudza wydzielanie soku żołądkowego, ale w zbyt dużych dawkach działa odwrotnie – pogarsza lub wręcz zatrzymuje trawienie i hamuje łaknienie; może dojść do uszkodzenia błony śluzowej, co z kolei pogarsza wchłanianie pokarmów.
- **Układ krążenia:** podnosi ciśnienie tętnicze krwi i powoduje groźne dla życia zaburzenia rytmu serca – arytmie nadkomorowe (w tym migotanie przedsionków), miażdżycę, chorobę wieńcową, niewydolność serca i zawał serca.
- **Wątroba:** metabolizowanie alkoholu pogarsza działanie innych procesów, trudniejsze jest utrzymanie właściwego poziomu cukru we krwi oraz wchłanianie leków; może dojść do hipoglikemii, a nawet śpiączki.
- **Układ nerwowy:** zmniejszenie aktywności mózgu, upośledzenie pamięci i rozchwianie uczuć, a także zaburzenia snu i bezdech senny; bezsenność występuje nawet po spożyciu alkoholu kilka godzin przed położeniem się do łóżka.
- **Trzustka:** przewlekle zapalenie trzustki zwiększa ryzyko raka tego narządu, a w ciągu 5-6 lat prowadzi do cukrzycy.
- **Układ odpornościowy:** częściej zdarzają się nowotwory i choroby zakaźne, jak zapalenie płuc i gruźlica, zakażenia krwi i układu moczowego.
- **Układ wewnątrzwydzielniczy:** u mężczyzn – atrofia jąder, impotencja, utrata libido, u kobiet – zaburzenia miesiączkowania, wcześniejsza menopauza, upośledzenie płodności, większe ryzyko raka piersi.
- **Układ kostny:** większa podatność na złamania, osteopenia, zmniejszenie masy kostnej, szczególnie w obrębie kości piętowej, kręgosłupa oraz stawu biodrowego; niedobór wapnia, fosforanów i magnezu, zaburzenia wydzielania kalcytoniny i parathormonu.
- **Alkoholowy zespół płodowy:** alkohol szkodzi na wszystkich etapach rozwoju płodu, zaburza ekspresje genów. Najgorszy jest okres od pierwszego do ósmego tygodnia ciąży, kiedy kobieta może nie zdawać sobie jeszcze sprawy, że jest w ciąży. Dochodzi do znacznych anomalii morfologicznych i niedorozwoju umysłowego po subtelne zaburzenia poznawcze i zachowania. Objawem są opóźnienie wzrostu płodu i noworodka, uszkodzenie OUN, charakterystyczny wygląd twarzy – małe szparki powiekowe, cienka górna warga, wydłużenie i spłaszczenie rynienki górnej wargi.



▶ *Uzależnienie jest chorobą układu nagrody, więc bardzo trudno nad nią samemu zapanować. To w zasadzie niemożliwe*

fot.: shutterstock.com

nowotworów, jak i wielu innych schorzeń, w tym chorób sercowo-naczyniowych.

Nie ma znaczenia, jakiego rodzaju trunki są wypijane: piwo, wino czy mocniejsze alkohole. Wszelkie twierdzenia na temat czerwonego wina i jego korzystnego wpływu na serce są mitem. Niestety, wciąż często powtarzanym. Czerwone wino, podobnie jak alkohol w każdej innej postaci, wpływa na pracę serca, ale negatywnie.

PARPA ostrzega, że nadużywanie alkoholu może powodować uszkodzenie mięśnia sercowego niebędące skutkiem niedokrwienia, stanowiące 45 proc. wszystkich przypadków prowadzących do niewydolności serca. Częściej zdarzają się zburzenia rytmu serca, najczęściej migotanie przedsionków, a nawet grożący nagłą śmiercią częstoskurcz komorowy.

Pod względem skutków zdrowotnych szkodliwe jest też częste i regularne sięganie po jakikolwiek alkohol, np. po piwo lub czerwone wino „do obiadu", bo to podobno mniej szkodliwe albo wręcz dobre dla zdrowia. Ale badania tego nie potwierdzają.

Przykładem jest nadciśnienie tętnicze. Niektóre badania sugerowały, że małe dawki alkoholu obniżają ciśnienie krwi. Tymczasem badania specjalistów Medical School of the Universita degli Studi di Modena e Reggio Emilia we Włoszech wykazały, że codzienne picie alkoholu, nawet w małych ilościach, w ciągu kilku lat może wywołać wzrost ciśnienia tętniczego krwi. Jak twierdzą badacze na łamach „Hypertension", dzieje się tak nawet u osób, które nie miały podwyższonego ciśnienia.

Alkohol szkodzi od głowy po stopy. Wpływa na mózg, gardło, płuca, wątrobę i trzustkę, układ krążenia oraz system immunologiczny, a także jelita i naczynia krwionośne

Potwierdzono to na przykładzie różnych grup ludności w wielu krajach. Pod uwagę wzięto 19 548 osób dorosłych w wieku od 20 do około 70 lat, zamieszkałych w USA, Korei Południowej i Japonii. Po pięciu latach obserwacji skurczowe ciśnienie krwi wzrastało o 1,25 mmHg u osób, które spożywały dziennie 12 gramów alkoholu (odpowiednik mniej więcej małego piwa lub kieliszka wina) i o 4,9 mmHg u osób, które piły cztery razy więcej, czyli 48 gramów alkoholu dziennie. W przypadku ciśnienia rozkurczowego wzrastało ono o 1,14 mmHg oraz o 3,1 mmHg u mężczyzn, którzy spożywali odpowiednio 12 gramów i 48 gramów alkoholu dziennie (ale nie u kobiet).

„Nie zaobserwowaliśmy żadnych korzystnych efektów picia małych ilości alkoholu u osób dorosłych w porównaniu z osobami, które nie piły go wcale" – zaznaczył jeden z autorów badania dr Marco Vinceti. •

GAZETA LEKARSKA

TEMAT NUMERU

Antyalkoholowa krucjata Izabeli Leszczyny

MARIUSZ TOMCZAK
DZIENNIKARZ

Kierownictwo resortu zdrowia chciałoby prowadzić stanowczą politykę zmniejszania konsumpcji alkoholu. Jednak nie wszystkie pomysły minister zdrowia i jej otoczenia spotykają się z przychylną oceną całego rządu.

Niedawno Ministerstwo Zdrowia skierowało do konsultacji publicznych propozycje przepisów, które mają doprowadzić do zmniejszenia spożycia napojów alkoholowych w Polsce. Chodzi o projekt ustawy o zmianie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Osobą odpowiedzialną za ten projekt jest wiceminister zdrowia Wojciech Konieczny, lekarz.

ALKOTUBKI NA CENZUROWANYM

W projekcie zaproponowano zmiany dotyczące trzech obszarów. Pierwszy, związany z ochroną przede wszystkim dzieci i młodzieży. Zakłada, że opakowania o objętości do 300 ml, w których jest sprzedawany alkohol, będą musiały być wykonane wyłącznie ze szkła lub metalu. Generalną zasadą będzie też zakaz wprowadzania do obrotu alkoholu w postaci innej niż płynna. Obie propozycje zmian stanowią odpowiedź na pojawienie się na rynku alkoholu m.in. w postaci proszku, kryształu, żelu czy pasty.

Pojawienie się tzw. alkotubek zbulwersowało sporą część społeczeństwa i część polityków do tego stopnia, że już kilka miesięcy temu premier Donald Tusk zapowiedział wyeliminowanie ze sprzedaży produktów alkoholowych w opakowaniach przypominających te z musem owocowym dla dzieci. – Postawiłem na baczność wszystkich urzędników, którzy mają znaleźć skuteczne metody przeciwdziałania procederowi – mówił szef rządu.

W TROSCE O NIEPEŁNOLETNICH

Sprawa alkotubek przypomniała o problemie tzw. małpek, czyli produktów spirytusowych sprzedawanych w bardzo małych opakowaniach o pojemności 90 czy 100 ml. Są one wykorzystywane do szybkiej i kompulsywnej konsumpcji, a dla niektórych osób stanowią „zestaw śniadaniowy" w formie kieszonkowej. Małpki od trzech lat obłożone są dodatkową opłatą, ale czasami pojawiają się opinie, że wymagają dalszych działań regulacyjnych. Na razie dodatkowej akcyzy na te wyroby nie będzie.

> Donald Tusk zapowiedział wyeliminowanie ze sprzedaży produktów alkoholowych w opakowaniach przypominających te z musem owocowym dla dzieci

Projektowana ustawa nałoży też na sprzedawców lub osoby podające napoje alkoholowe obowiązek odmowy ich sprzedaży lub podania każdemu, kto nie okaże dokumentu potwierdzającego wiek. A konstrukcja proponowanego przepisu zobliguje do zażądania okazania go w razie każdej wątpliwości co do ukończenia 18. roku życia.

MNIEJ PROMOCJI, WYŻSZE KARY

Drugi obszar związany jest z ograniczeniem promocji alkoholu. Definicja promocji napojów alkoholowych będzie uzupełniona o sprzedaż z zastosowaniem m.in. rabatów, programów lojalnościowych, darowizn, nagród, wycieczek, gier losowych czy wszelkiego rodzaju talonów i bonów. „Uszczegółowienie definicji działalności będącej promocją napojów alkoholowych ma na celu wykluczenie wątpliwości interpretacyjnych" – podkreślono w uzasadnieniu do projektu ustawy. Ma to wyeliminować kuszenie konsumentów hasłami typu: „kup sześciopak, drugi dostaniesz za darmo" czy „trzecie piwo gratis".

Nowelizacja zakłada podniesienie kar za nielegalną reklamę i promocję napojów alkoholowych. Obecnie grzywna może wynieść od 10 tys. do 500 tys. zł, a po zmianach – od 20 tys. do 750 tys. zł. Co ważne, przewiduje się wprowadzenie kary ograniczenia wolności i możliwość zastosowania jej razem z grzywną, co dodatkowo ma mieć charakter odstraszający. Ponadto zmienią się zasady dotyczące wyglądu opakowań i etykiet oraz umieszczanych na nich treści.

I wreszcie trzeci obszar – resort chce rozszerzyć możliwość przeznaczania środków finansowych

pozostających w dyspozycji gminy i z Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych na realizację działań w zakresie przeciwdziałania problemom dotyczącym wszystkich uzależnień, a nie tylko od alkoholu, jak jest teraz.

ZANIM KUPISZ WINO, ZALOGUJ SIĘ JAK DO BANKU

Wbrew wcześniejszym zapowiedziom minister Izabeli Leszczyny, w projekcie nie ma mowy o zakazie sprzedaży alkoholu na stacjach benzynowych w godz. 22-6, ponieważ wśród członków Rady Ministrów nie ma konsensusu w tej sprawie. Do pomysłu nie udało się przekonać m.in. Ministerstwa Rozwoju i Technologii, które ocenia, że byłby to przejaw nierównego traktowania przedsiębiorców. – Gdybym ja mogła o tym zdecydować, nie byłoby alkoholu na stacjach benzynowych – podkreśla szefowa resortu zdrowia.

Kilka miesięcy temu Izabela Leszczyna zapowiadała też wprowadzenie ograniczeń dotyczących sprzedaży alkoholu przez internet, tak by każdy kupujący musiał udowodnić, że jest osobą pełnoletnią. W jednym z wywiadów powiedziała, że weryfikacja wieku miałaby wyglądać podobnie „jak logujemy się do banku lub do mObywatela". Szczegółów tego rewolucyjnego pomysłu jednak nie zdradziła.

Na ten temat mówił też wiceminister Wojciech Konieczny podczas niedawnego posiedzenia Parlamentarnego Zespołu ds. Przeciwdziałania Uzależnieniom. Obiecywał wprowadzenie do ustawy jednoznacznego zakazu sprzedaży napojów alkoholowych na odległość, w tym z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej. Ale w projekcie ustawy skierowanym do konsultacji takiego przepisu nie ma. Całkowitemu zakazowi sprzedaży alkoholu przez internet sprzeciwiają się m.in. resorty odpowiadające za sprawy gospodarcze.

PODWYŻKI CEN

Wojciech Konieczny ocenia, że spadek spożycia alkoholu w Polsce jest możliwy, ale należy ograniczyć jego dostępność zarówno fizyczną, jak i ekonomiczną. Przez długi czas kierownictwo resortu zdrowia analizowało możliwość wprowadzenia minimalnej ceny za gram alkoholu, co zdaniem wielu ekspertów skutkowałoby przede wszystkim wzrostem cen piwa – bodaj najbardziej przystępnego ekonomicznie alkoholu w naszym kraju.

Na początku kwietnia senacka Komisja Petycji zajęła się petycją zakładającą ustalenie minimalnej ceny za 100 g czystego alkoholu w napojach alkoholowych. Inicjatorem tego wniosku nie był jednak resort, lecz Mazowiecki Związek Stowarzyszeń Abstynenckich, który zaproponował indeksowanie cen w zależności od wzrostu wynagrodzeń w kraju. Ministerstwo Finansów oraz Ministerstwo Rolnictwa i Rozwoju Wsi są sceptyczne wobec tego pomysłu.

fot.: freepik.com

▶ *Spadek spożycia alkoholu w Polsce jest możliwy, ale należy ograniczyć jego dostępność zarówno fizyczną, jak i ekonomiczną*

W tym miejscu warto dodać, że Polska znajduje się w czołówce państw w regionie o najwyższych stawkach akcyzy na piwo, a napoje alkoholowe są objęte akcyzową mapą drogową do 2027 r. – podatek rośnie corocznie o 5 proc. Z informacji Ministerstwa Finansów wynika, że pomimo corocznych podwyżek podatku akcyzowego wpływy z tego tytułu znajdują się w trendzie malejącym od 2022 r. „Podwyżki akcyzy mają realny wpływ na wzrost cen detalicznych napojów alkoholowych, prowadząc do zmniejszenia ekonomicznej dostępności tych wyrobów, a w konsekwencji spadku ich konsumpcji" – napisano w ocenie skutków regulacji dołączonej do projektu ustawy.

RESORT DEKLARUJE KONSEKWENCJĘ

W uzasadnieniu projektu czytamy m.in., że „skuteczna polityka przeciwalkoholowa charakteryzuje się wykorzystaniem narzędzi w różnych zakresach oddziaływania". Resort zdrowia jest przekonany, że należy iść właśnie w tym kierunku. Według Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom, które powołuje się na dane Głównego Urzędu Statystycznego z 2023 r., spożycie 100-proc. alkoholu wyniosło w Polsce 8,93 l per capita. Ten wynik utrzymuje się na podobnym poziomie od kilkunastu lat, choć w latach 2022-2023 zaobserwowano niewielki spadek spożycia.

„Jedynie podejmowanie dalszych, konsekwentnych oddziaływań o potwierdzonej skuteczności może skutkować utrzymaniem trendu spadkowego w zakresie spożycia alkoholu, a tym samym poprawą sytuacji zdrowotnej" – podkreślono w uzasadnieniu. Dodano w nim, że w regionie europejskim Światowej Organizacji Zdrowia jest najwyższy odsetek osób pijących alkohol i najwyższe jego spożycie na świecie. Dzieje się tak, mimo że jest on czynnikiem ryzyka mogącym powodować ponad 200 chorób.

CO NA TO SAMORZĄD LEKARSKI?

W toku konsultacji publicznych Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej nie zgłosiło żadnych uwag do omawianego projektu ustawy. W stanowisku podjętym w kwietniu 2025 r. czytamy, że popiera zawartą w nim ideę wzmocnienia profilaktyki przeciwalkoholowej, a tym samym dbania o kwestie dotyczące zdrowia publicznego.

„Obecnie coraz częściej spotkać można napoje alkoholowe w opakowaniach o zachęcającym do kupna wyglądzie, jak również w odmiennych od płynnej formach, takich jak m.in. proszek, kryształ, żel i pasta. Ponadto, mamy do czynienia z promocją napojów alkoholowych, oferowaniem atrakcyjnych cen, co istotnie wpływa na dokonywanie przez konsumentów niekorzystnych dla ich zdrowia wyborów" – podkreślono w stanowisku. W ocenie Prezydium NRL ograniczenie takich praktyk jest słusznym krokiem. •

GAZETA LEKARSKA

TEMAT NUMERU

Alkohol szkodzi zawsze

ZBIGNIEW WOJTASIŃSKI
DZIENNIKARZ

Nie istnieje bezpieczna dawka. Nawet w najmniejszej ilości alkohol jest substancją toksyczną i uzależniającą. Tymczasem kultura picia, obecna na co dzień i w wyjątkowych sytuacjach, uczy tego również dzieci. Potrzebujemy systemowych zmian.

Przekonanie o tym, że nie ma bezpiecznej dawki alkoholu powinno być, szczególnie wśród lekarzy, kanonem. A nie mówienie, że „dwa drinki dziennie to może pan wypić". Zwłaszcza że Światowa Organizacja Zdrowia stwierdziła w 2023 r. na łamach „Lancet Public Health", że „żadna ilość alkoholu nie jest korzystna dla zdrowia". Alkohol, niezależnie od ilości i rodzaju, jest substancją toksyczną, psychoaktywną i uzależniającą.

Wbrew powtarzanym opiniom nie istnieją „dopuszczalne" normy picia. Dwa drinki dziennie to nadal dawka szkodliwa, a nie profilaktyczna. Nawet czerwone wino do kolacji nie chroni zdrowia – każda porcja alkoholu niesie ryzyko, a regularne picie, nawet w małych ilościach, może prowadzić do uzależnienia i szkód zdrowotnych.

Coraz liczniejsze kraje, na przykład Wielka Brytania, jak też eksperci, a jest ich coraz więcej, wycofują się z podawania dopuszczalnej – w domyśle: bezpiecznej – dawki alkoholu. Jest szkodliwy dla organizmu w każdej dawce, a im jest ona wyższa, tym szkody są zwykle większe. I nie chodzi tylko o skutki zdrowotne. Alkohol jest też szkodliwy społecznie, ekonomicznie i gospodarczo. Niszczy ludzi, rodziny i społeczności. Obniża produktywność, zwiększa przestępczość.

Koszty społeczne i ekonomiczne nadużywania alkoholu w Polsce w 2021 r. oszacowano na 93,3 mld zł – to niemal połowa rocznych wydatków na opiekę zdrowotną.

Dużym problemem jest też obecność alkoholu w przestrzeni codziennej – także tej dziecięcej. Picie przy dzieciach utrwala przekaz: bez alkoholu nie da się bawić, świętować ani odpoczywać. Jeszcze większym błędem jest podawanie im napojów bezalkoholowych, stylizowanych na piwo czy szampana. Badania przeprowadzone w Japonii i na Tajwanie potwierdzają, że dzieci, które sięgają po takie napoje, częściej interesują się później alkoholem.

fot.: Shutterstock.com

◀ *Regularne sięganie po alkohol, nawet w małych ilościach, jest toksyczne dla organizmu, a na dodatek – sprzyja uzależnieniu się i chorobie alkoholowej*

Profilaktyka może zmniejszyć koszty społeczno-ekonomiczne związane z nadużywaniem alkoholu

Nie należy także lekceważyć skutków metabolicznych – alkohol jest kaloryczny, utrudnia spalanie składników odżywczych, sprzyja tyciu i pogarsza jakość diety. To nieprawda, że umiarkowane picie wspiera zdrowy styl życia – to często tylko racjonalizacja nałogu.

Co może pomóc? Ograniczenie dostępności i podniesienie cen. Jak przekonuje „Alcohol Research & Health", od kilku dziesięcioleci badania w wielu krajach pokazują, że im wyższa cena, tym mniejsza konsumpcja alkoholu zarówno w całej populacji, jak i w grupach o największym ryzyku zdrowotnym, czyli wśród osób silnie nadużywających trunków oraz nieletnich i młodych dorosłych.

Litwa jest dobrym przykładem – po 2018 r. wprowadzono tam wyższe ceny, ograniczenia sprzedaży (np. zakaz handlu alkoholem na stacjach benzynowych i plażach) i ograniczenie reklamy – również napojów „bezalkoholowych" dla dzieci. Czy w Polsce nie jest to możliwe? Pada argument, że u nas nic to nie da, bo natychmiast się zwiększy sprzedaż alkoholu nielegalnego po niższej cenie.

Konieczna jest też profilaktyka. Leczenie alkoholizmu to tylko część działań – równie ważne jest zapobieganie nadużywaniu alkoholu przez całe społeczeństwo, w tym przez dzieci i młodzież. •

TEMAT NUMERU

Bilans zysków i strat jest oczywisty

Alkohol pozwalał się mi odprężyć i zlikwidować napięcie. Bez niego czułem się jak dynamit, który zaraz wybuchnie. To było nie do zniesienia – mówi **Marek Sekielski**, dziennikarz, producent telewizyjny i filmowy, autor wideoblogów i książek o uzależnieniach, w rozmowie z Lidią Sulikowską.

Kilka lat temu w książce napisanej wspólnie z Arturem Nowakiem „Ogarnij się, czyli jak wychodziliśmy z szamba" wyznał pan, że jest trzeźwiejącym alkoholikiem, i szczerze opowiedział o swoim uzależnieniu. Potem ruszył podcast „Sekielski o nałogach". To potrzeba domknięcia pewnego etapu w życiu?

Nie, ja po prostu chciałem nagłośnić problem alkoholizmu, dotrzeć do ludzi uzależnionych, takich jak ja. Nie byłbym w stanie tego zrobić, gdybym ukrywał przed odbiorcami, że ta choroba dotyczy również mnie. Świadomie nie robiłem czegoś, w co wchodzę jako dziennikarz, wolałem formułę dialogu alkoholika z alkoholikiem.

Rozmówcami w tym podcaście, a także w książce „Polska na odwyku" są przeróżne osoby, m.in. lekarz, aktor, dziennikarz, sportowiec. Czego pan się od nich nauczył?

Trochę podniosłem własną samoocenę, ale też dowiedziałem się czegoś o sobie. Na przykład pewien chłopak opowiadał mi, że na co dzień mało rozmawia ze swoją partnerką. Ona to odbiera tak, jakby był nieobecny, oddalał się od niej albo że coś przed nią ukrywa. On wyjaśniał, że absolutnie nie ma w tym żadnej tajemnicy. Po prostu wyuczył się takiego zachowania w domu, w którym dorastał. Domu alkoholowym, gdzie się nie rozmawia o problemach, tylko wszystko zamiata pod dywan. Ja też jestem dorosłym dzieckiem alkoholika. Podczas tej rozmowy uświadomiłem sobie, że również mam tę nieobecność w sobie. Brakuje mi naturalnej chęci dzielenia się swoimi przemyśleniami. Zaraz mam myśl kontrującą, czy to w ogóle istotne. Wiem, że to trudne dla bliskich mi osób. Mam 47 lat, dwie terapie za sobą, a mimo to czuję, że w tym obszarze stawiam pierwsze kroki.

fot.: Szymon Szcześniak

◀ *Nie znam osoby, która realnie poradziła sobie z uzależnieniem bez terapii – uważa* ***Marek Sekielski***

Jak długo utrzymuje pan abstynencję?

Jakieś osiem lat. Nie pamiętam dokładnie. Pierwszą terapię rozpocząłem kilkanaście lat temu, wtedy byłem trzeźwy przez trzy lata. Potem znowu się pogubiłem, wróciłem do alkoholu na trzy lata, a przez kolejny rok popadłem w uzależnienie od gry na konsoli. Na szczęście poszedłem na drugą terapię i od tamtej pory jestem czysty. Dopiero po tym leczeniu wszystko mi się w głowie poukładało.

Trudno było się podnieść po upadku?

Było gorzej, niż zacząć pierwszą terapię. Czułem wstyd, bo zawaliłem. Kilka razy odwoływałem spotkanie z terapeutą, zanim w końcu do niego dotarłem. Trwało to niemal rok. Trudno jest schylić kark i przyznać się do porażki. Bałem się tej konfrontacji. Na szczęście okazało się, że to niepotrzebny lęk.

Jak się to wszystko zaczęło?

Moja pierwsza uzależnieniowa relacja dotyczyła marihuany. To były czasy, kiedy jeszcze mieszkałem w Bydgoszczy, byłem wówczas nastolatkiem na granicy pełnoletności. Przez dwa lata dzień w dzień paliłem marihuanę. Wstawałem i cały czas myślałem, jak załatwić towar.

Po co pan to robił?

Bo fajnie się po niej czułem, pozwalała mi śmiać się z kolegami, bardziej przeżywać film, który oglądałem. Jak grałem w grę komputerową, to też miałem wielki fun. Niemal czułem, że jestem na stadionie piłkarskim.

Długo to trwało?

Dwa lata. Po ukończeniu szkoły wyjechałem do Warszawy. Do świata, w którym nie znałem nikogo oprócz mojego brata. Nie

miałem dostępu do marihuany, ale nie był to dla mnie jakiś wielki problem. Nawet nie wiem, kiedy pojawił się alkohol. Wynajmowałem małe mieszkanie, po pracy kupowałem sobie winko i tak jakoś poszło. Później zamieszkałem z czterema kolegami. W takich okolicznościach zawsze znalazł się pretekst do świętowania. Potem była praca w gastronomii, wśród ludzi, którzy mogą wszystko zorganizować. To był moment mojego uzależnieniowego rozkwitu. Narkotyki też się pojawiały, ale alkohol grał pierwsze skrzypce.

Po co był ten alkohol?
Przede wszystkim pozwalał mi przełamywać wstyd, poczucie bycia gorszym w kontakcie z innymi ludźmi. Od zawsze pamiętam siebie jako nieśmiałego chłopca, wątpiącego we własne siły, podważającego siebie. Takiego, który patrzy w lustro i myśli, że wszystko jest z nim nie tak. Po alkoholu mogłem z każdym porozmawiać, przybić piątkę, uśmiechnąć się. Nigdy nie miałem w sobie agresji, byłem zupełnie nieszkodliwym misiem do przytulenia. Alkohol pozwalał też się odprężyć i zlikwidować napięcie. Nie umiałem rozmawiać o swoich emocjach, wszystko zamykałem w sobie, a używka pomagała mi ten ból w środku uśmierzyć. Zadziałało raz, drugi, trzeci i nawet nie wiesz, kiedy to wchodzi w nawyk, którego nie da się przerwać. Bez tego czujesz się jak dynamit, który zaraz wybuchnie. To było nie do zniesienia.

Ja to napięcie wyniosłem z domu rodzinnego. Domu, w którym permanentnie wisiała, jak to się mówi, siekiera w powietrzu. Mój ojciec pił w stylu ostrych ciągów, najczęściej raz w miesiącu, zaraz po wypłacie. A jak zabrakło kasy, to siedział wkurzony w fotelu, a wszyscy dookoła chodzili jak na szpilkach.

Ktoś dawał panu sygnały, że z tym alkoholem to już trochę przesada?
Nie. W zasadzie przez całe dorosłe życie miałem duży komfort picia. Na szczęście dość wcześnie, bo w wieku około 30 lat, nastąpiła refleksja. Wówczas już pracowałem w telewizji. Byłem zmęczony regularnym piciem, ale nie potrafiłem przestać, choćby na jeden dzień. Rano, skacowany, wstawałem z myślą, że dzisiaj wytrzymam, ale po południu coś się wydarzyło, jakieś nerwy, i nie umiałem wytrwać w postanowieniu. Zaczęło we mnie kiełkować, że może jestem uzależniony, ale jednocześnie odpychałem tę myśl. Mechanizm iluzji i zaprzeczeń potrafi w głowie chorego wytworzyć niewiarygodne kłamstwo, w które ta osoba autentycznie wierzy. Dla kogoś, kto jest z boku, wydaje się to totalną abstrakcją.

Trudno było przyznać się przed samym sobą: „Mam na imię Marek i jestem alkoholikiem"?
Momentem zwrotnym była rozmowa z kumplem, z którym w tym naszym piciu byliśmy równi sobie. Pewnego dnia po pracy zrobiliśmy sobie długi spacer, podczas którego opowiedział mi, że był na konsultacji u psychiatry, który zdiagnozował u niego uzależnienie. Dodał, że odstawia alkohol i za tydzień rozpoczyna terapię. Niczego mi nie sugerował, po prostu opowiadał o sobie. Wtedy nie miałem już złudzeń. Przestawiło mi się myślenie.

Profesjonalna terapia uzależnień to jedyna skuteczna droga?
Nie znam osoby, która realnie poradziła sobie z uzależnieniem bez terapii lub pracy z programem 12 kroków Anonimowych Alkoholików. Alkohol to tylko wierzchołek góry lodowej. Największym problemem jest to, co powoduje, że ta substancja staje się lekarstwem. Te emocje, które są głęboko nieprzepracowane. Bez terapii bardzo trudno dotrzeć do samego siebie, poznać mechanizm uzależnienia. Zrozumieć, o co w tym wszystkim chodzi, żeby w pewne schematy swoich postępowań nie wchodzić.

Wizja życia bez alkoholu wydawała mi się przerażająca, abstrakcyjna, niemożliwa do ogarnięcia. Trudno sobie wyobrazić wyjście ze znajomymi do knajpy, na wesele, na plażę, gdziekolwiek. Najgorzej, co można sobie zrobić, zaczynając leczenie, to wchodzić w myślenie, że już nigdy się nie napiję. Na terapii uczyłem się, że warto się po prostu skupiać na tym, żeby zamknąć dzień „na sucho", i tak dzień po dniu. W końcu przychodzi poranek, kiedy nie musisz już o tym myśleć. Po prostu nie pijesz. Nauczyłem się, że alkohol jest dla mnie substancją śmiertelnie niebezpieczną. Nie czuję, że przez to coś tracę. Bilans zysków i strat jest dla mnie oczywisty.

A stracił pan jakiś znajomych?
Wielu przyjaciół od kieliszka odeszło albo ja ich od siebie odsunąłem. Nie traktuję tego w kategoriach straty. Darzyłem tych ludzi sympatią, ale gdy przestałem pić, zdałem sobie sprawę, że o nich właściwie nic nie wiem, a łączył nas jedynie alkohol. Nasze spotkania kręciły się wokół flaszki. Nie było głębszych rozmów.

Co było najtrudniejsze podczas terapii?
Mierzenie się z odpowiedzialnością za to, co się wydarzyło. Uświadomienie sobie, jak alkohol wpływał na moje życie, co mi zabrał, jak przez niego traktowałem innych ludzi. To jest przykre, ale jednocześnie bardzo oczyszczające.

Ciężko dojść do momentu, w którym otwarcie opowiada się o swoim problemie?
Ten proces trwał dość długo. Na początku bardzo trudno przyznać przed samym sobą, że jest się uzależnionym, a co dopiero mówić o tym innym. Podczas terapii uczyłem się odmawiać alkoholu. Nie i koniec, bez opowiadania kłamstw w stylu „dzisiaj nie piję, bo jutro rano muszę jechać autem" albo „sorry, biorę antybiotyki". Od razu przy okazji takich propozycji zacząłem mówić wprost „dzięki, nie piję, bo jestem trzeźwiejącym alkoholikiem", chociaż bardzo mnie to stresowało.

Ludzie boją się mówić, dlaczego tak naprawdę odmawiają alkoholu, bo jest w nich lęk, że to będzie źle przyjęte albo wręcz spowoduje większe namawianie do picia. Ja także tak myślałem, ale na szczęście to przełamałem. Ludzie reagowali pozytywnie.

W książce „Współuzależnione" rozmawia pan z kobietami, których partner, mąż albo ojciec był alkoholikiem. Te historie są wstrząsające.
Moje rozmówczynie lepiej opisują, czym jest alkoholizm, niż relacje samych alkoholików. Tę książkę powinien przeczytać każdy uzależniony. Relacje tych kobiet pokazują, jaką krzywdę wyrządzamy swoim bliskim. •

AKTUALNOŚCI

Czy deregulacja skróci kolejki do lekarzy

SYLWIA WAMEJ
DZIENNIKARKA

Specjalny system ma umożliwić elektroniczną rejestrację. Wizyty będzie można odwoływać za pomocą SMS-a, maila czy asystenta głosowego. Zapowiedzi brzmią dobrze, ale nie wiadomo, czy po rezygnacji Rafała Brzoski z funkcji przedstawiciela przedsiębiorców ds. upraszczania przepisów, propozycje jego zespołu pozostaną aktualne.

W lutym tego roku premier Donald Tusk powołał specjalny zespół, który ma przygotować propozycje deregulacyjne. Jego liderem został szef InPostu i inicjator zespołu ds. deregulacji „SprawdzaMY" Rafał Brzoska.

W marcu na stronie rządowej pokazano 111 propozycji deregulacyjnych. Jeszcze więcej, bo 170 propozycji, pojawiło się na stronie internetowej inicjatywy społecznej „SprawdzaMY".

Tuż przed Wielkanocą Rafał Brzoska oświadczył, że z końcem maja rozstaje się z zespołem. Powiedział również, że polskie przepisy są bardziej korzystne dla zagranicznych korporacji niż dla rodzimych przedsiębiorstw. „Jesteśmy tylko biorcami narzuconych przez Brukselę przepisów, które ograniczają naszą konkurencyjność" – podkreślił.

Co odejście Brzoski oznacza dla propozycji deregulacyjnych? Ich całkowite porzucenie byłoby wielkim rozczarowaniem, zwłaszcza że w części poświęconej ochronie zdrowia mają one potencjał zwiększenia dostępności do lekarzy specjalistów i ułatwienia przekazywania danych o zdrowiu. Zespół zwrócił uwagę na absurdy, które dotykają niepełnosprawnych. Chodzi o konieczność stawiania się na komisjach orzeczniczych co dwa lata przez osoby z trwałą niepełnosprawnością. Rzecznicy decydują o tym, czy osoby te otrzymają renty, mimo że wiadomo, że nie wyzdrowieją. Zespół Brzoski chce wprowadzić bezterminowe orzeczenia, które ułatwiłyby życie niepełnosprawnym, zapewniając im stabilność oraz komfort psychiczny, ale też zmniejszając wszystkie obciążenia administracyjne. Aby to zrobić, wymagana jest reforma systemu orzecznictwa, w tym ujednolicenie kryteriów oraz procedur w różnych instytucjach orzekających.

W propozycjach deregulacji pojawiło się również zniesienie obowiązku badań okresowych dla osób z trwałą niepełnosprawnością, w tym z amputowanymi kończynami. Osoby te są wciąż wzywane na badania, co – jak mówił Rafał Brzoska – uwłacza ich godności.

Jeden z pomysłów dotyczy skrócenia kolejek do lekarzy. W ubiegłym roku aż 1,5 mln umówionych konsultacji nie doszło do skutku w związku z nieobecnością pacjentów. Niestety, to o 200 tys. więcej niż rok wcześniej.

> Z badania IBRIS wynika, że co trzeci Polak słyszał o inicjatywie deregulacyjnej Rafała Brzoski i jego zespołu

Rozwiązaniem problemu ma być wprowadzenie centralnej elektronicznej rejestracji do lekarzy. Pojawić miałby się również zaawansowany system powiadomień o wizytach razem z opcją ich odwołania. Od 1 stycznia 2028 r. miałaby być prowadzona centralna rejestracja wizyt za pośrednictwem systemu. Widoczna byłaby każda wizyta realizowana przez daną placówkę, a także wolne miejsca na przyjęcie pacjenta. Obowiązek rejestracji wizyt w systemie dotyczyłby wszystkich placówek, które mają zawarty kontrakt z NFZ na świadczenie usług podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, leczenia szpitalnego i stomatologicznego, rehabilitacji, leczenia uzdrowiskowego, a także prowadzenia programów profilaktycznych.

Kolejna propozycja to zautomatyzowany system powiadomień o zbliżających się wizytach. Będzie je można odwołać za pomocą SMS-a, mailem lub przy użyciu asystenta głosowego.

Plan deregulacji zakłada także, aby aplikacja mObywatel gromadziła informacje o badaniach lekarskich.

– Mamy najlepszą w Europie aplikację mObywatel. Dlaczego nie możemy cyfryzować dalej? – mówił niedawno Rafał Brzoska.

Szef samorządu lekarskiego Łukasz Jankowski ocenił ten pomysł jako bardzo dobry. Rozwiązanie to zwiększyłoby świadomość pacjentów, jeśli chodzi o ich zdrowie, a także otworzyło furtkę do poprawy systemu ochrony zdrowia, m.in. przez wprowadzenie porady diagnostycznej. – Propozycja wpisuje się w postulat lekarzy dotyczący elektronicznej dokumentacji medycznej dostępnej z każdego miejsca w Polsce oraz dyrektywę unijną zakładającą powszechną dostępność do danych medycznych w UE – zauważa prezes Naczelnej Rady Lekarskiej. I dodaje, że dokumentacja medyczna w aplikacji mObywatel jest przyszłościowym rozwiązaniem, które ułatwiłoby pracę wielu lekarzom. •

GAZETA LEKARSKA

AKTUALNOŚCI

Fundusz pustych kont

MAŁGORZATA SOLECKA
DZIENNIKARKA

W systemie ochrony zdrowia brakuje pieniędzy! Cóż to za nowina, zapytacie państwo, i będzie w tym trochę racji. Ale tylko trochę, bo właśnie poznaliśmy rozmiary niedoborów, można powiedzieć – co do złotówki. Konkretnie: 277 tys. zł.

Budżet Narodowego Funduszu Zdrowia w ubiegłym roku wynosił ok. 160 mld zł. W poprzednich latach przy takich środkach przychody Funduszu z odsetek bankowych stanowiły może nie istotną, ale zauważalną pozycję. Już latem 2024 r., gdy posłowie zapoznawali się z planem finansowym na rok 2025, ich uwagę zwróciło radykalne zmniejszenie zaplanowanych zysków odsetkowych. To był jasny sygnał, że pieniądze z kont płatnika znikają tak szybko, jak się na nich pojawiają. Inaczej mówiąc, płynność finansowa Funduszu stoi pod dużym znakiem zapytania.

CHWILÓWKA NA ZDROWIE

I rzeczywiście, na początku kwietnia pojawiły się informacje dotyczące stanu kont NFZ w ubiegłym roku. W całym 2024 r. było kilkadziesiąt dni, w których na kontach Funduszu było mniej niż 1,5 mld zł (jeden procent planu finansowego ekonomiści zgodnie uznają za bezpieczną granicę płynności). Co to znaczy „mniej"? Z zestawienia, które NFZ przygotował na wniosek Trójstronnego Zespołu do spraw Ochrony Zdrowia, wynika, że były dni, w których Fundusz miał na kontach mniej niż… 10 mln zł. Najgorzej było w poniedziałek 14 października – płatnik miał do dyspozycji 277 tys. zł. Zachowując wszystkie proporcje, to sytuacja, w której niejeden Kowalski sięga po chwilówkę. Trudno się więc dziwić, że w mediach społecznościowych nie zabrakło memów z premierem szukającym „telefonu do Bociana".

Informacji za ten rok, jeśli chodzi o dzienne stany kont, nie ma, są jednak inne, równie niepokojące. Brak akceptacji planu finansowego nie przeszkodził Ministerstwu Finansów zasilić NFZ na początku kwietnia kwotą nieco ponad 4 mld zł. Bez tych środków Fundusz w żaden sposób nie mógłby uregulować płatności za nadwykonania świadczeń limitowanych (część z nich NFZ rozliczy według stawek degresywnych, część zapłaci do końca kwietnia w pełnej wysokości). Dla szpitali to być albo nie być. Ich zobowiązania oscylują już wokół 23 mld zł, z czego ponad 3 mld zł stanowią zobowiązania wymagalne. W ten sposób dotacja podmiotowa bez zmiany planu zwiększyła się do 22 mld zł. Dobra wiadomość? Być może. Gorsza jest taka, że NFZ do początku kwietnia zużył już ok. 11 mld zł, czyli połowę.

> Rząd nie przyjął ustawy szpitalnej, a za pretekst posłużyło umieszczenie w niej rozwiązania dotyczącego prawa wykonywania zawodu przez lekarzy spoza UE

Przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia ostrożnie szacują, że dotacja podmiotowa w tym roku będzie musiała być zwiększona o kolejne 13-14 mld zł, jeśli NFZ ma funkcjonować bez większych perturbacji. Albo raczej, jeśli tych perturbacji ma uniknąć system ochrony zdrowia i – przede wszystkim – pacjenci. Ostatecznie dotacja podmiotowa z budżetu państwa zapewne się podwoi z wyjściowych 18 mld zł. Warto w tym kontekście wspomnieć o batalii, jaką stoczyli posłowie Razem przy okazji prac nad budżetem państwa na 2025 r., gdy domagali się zwiększenia nakładów na zdrowie o ok. 20 mld zł.

MANEWRY WOKÓŁ SKŁADKI

Hiobowe wieści dotyczące stanu finansów ochrony zdrowia nie przeszkodziły posłom na początku kwietnia uchwalić ustawy obniżającej składkę zdrowotną dla przedsiębiorców. Wbrew obietnicom formułowanym w marcu minister zdrowia Izabela Leszczyna również podniosła rękę „za" zmniejszeniem obciążeń dla osób prowadzących działalność gospodarczą. Szefowa resortu zdrowia tłumaczyła, że uzyskała pewność przekazania rekompensaty z budżetu państwa z tytułu niższych wpływów ze składki. Poza tym chciała być lojalna wobec rządu, wraz z którym chce całościowo zreformować system ochrony zdrowia. Dziennikarze usłyszeli, że wstępem do tych całościowych reform będzie przyjęcie przez rząd projektu ustawy reformującej szpitalnictwo, a w tej sprawie jest poparcie samego premiera.

Ciąg dalszy był łatwy do przewidzenia, 8 kwietnia rząd ustawy szpitalnej nie przyjął. Za pretekst posłużyło umieszczenie w niej uzgodnionego z samorządem lekarskim rozwiązania dotyczącego prawa wykonywania zawodu przez lekarzy spoza Unii Europejskiej. Rządowi legislatorzy zwrócili uwagę, że zapisy będą oddziaływać m.in. na podmioty lecznicze,

fot. Paweł Sudara/GUMed

▶ *Wbrew obietnicom minister zdrowia* ***Izabela Leszczyna*** *podniosła rękę „za" zmniejszeniem obciążeń dla przedsiębiorców*

tymczasem nie zostały poddane konsultacjom publicznym. Problem w tym, że rząd nie musiał stopować prac nad całym projektem – wystarczyło tę zamkniętą całość, jaką stanowią przepisy związane z lekarskim PWZ, wyłączyć z procedowanego dokumentu.

DO WYBORÓW CISZA

Rzeczywistym powodem fiaska trzeciego już podejścia do tzw. reformy szpitali jest obawa rządzących, że pod sam koniec kampanii prezydenckiej wróci temat „zamykania porodówek" czy też szerzej – oddziałów szpitalnych lub wręcz całych szpitali. Nawet jeśli w obecnym kształcie w projekcie nie ma żadnych twardych rozwiązań dotyczących na przykład minimalnej liczby porodów czy zabiegów, nie ulega wątpliwości, że jednym z jej celów jest wskazanie procedury, w jaki sposób oddziały wyraźnie odstające pod względem częstości wykonywania określonych świadczeń (z czym powiązane są ściśle jakość i bezpieczeństwo) powinny znikać z mapy.

Minister zdrowia już pod koniec ubiegłego roku (projekt Leszczyny pierwszy raz spadł z posiedzenia rządu na początku listopada) tłumaczyła, że kampania prezydencka z pewnością opóźni prace nad ustawą. Tym bardziej trudno zrozumieć, dlaczego to, czego nie rozpatrywano przez blisko pół roku, miałoby zostać przyjęte na kilka tygodni przed pierwszą turą wyborów.

To jednak oznacza, że w drugiej połowie roku szpitale pozostaną pod ogromną presją kosztową, wzmocnioną lipcowymi podwyżkami płac. Bez narzędzi, jakie miała im dać ustawa, umożliwiających racjonalizację (czyli zmniejszenie) zatrudnienia, przede wszystkim dyżurujących lekarzy.

– Nie atakuję ustawy. Ona w oczywisty sposób rozwiązała istotny problem strukturalny bardzo niskich wynagrodzeń w sektorze ochrony zdrowia – zapewniał podczas kongresu Rzecznicy Zdrowia Jakub Szulc. Stwierdził jednak, że ustawa realnie zabija nie tylko finanse systemu ochrony zdrowia, ale też redefiniuje rolę płatnika, który w coraz większym stopniu finansuje zasoby systemu, a w coraz mniejszym może zapewniać pacjentom dostępność do świadczeń. – Jeśli praktycznie cały wzrost przychodów musi sfinansować podwyżki, a narastający koszt operacji podwyżkowej w 2025 r. pochłonie 25 proc. budżetu płatnika, nie ma przestrzeni do obejmowania finansowaniem np. nowych programów lekowych, nowych terapii. Fundusz nie ma pieniędzy na realizację nowych zadań – mówił Szulc.

CZY TO JUŻ SUFIT

Od przedstawicieli NFZ można usłyszeć, że sytuacja jest więcej niż niepokojąca, a tegoroczna operacja podwyżkowa będzie już na granicy mission impossible. Konieczna jest polityczna dyskusja i decyzja, co dalej z ustawą. Uchylenie, zamrożenie – raczej nie wchodzą w grę. Ale już zmiany w ustawie – z jednej strony porządkujące sytuację na przykład w obrębie zawodu pielęgniarskiego, z którym jest największy problem, z drugiej ograniczające częściowo koszty podwyżek – są możliwe. Punktem wyjścia jest założenie, że wynagrodzenia w ochronie zdrowia osiągnęły poziom więcej niż zadowalający i w tej chwili wystarczyłoby zastąpić mechanizm podwyżkowy powiązany ze średnią krajową w gospodarce mechanizmem waloryzacji wzmocnionym o symboliczną podwyżkę. Takim, jaki stosuje Zakład Ubezpieczeń Społecznych odnośnie emerytur i rent. Bo na to, że znajdzie się źródło finansowania, czyli budżet państwa będzie przekazywać (poza dotacją podmiotową związaną z realizacją zadań) kilkanaście miliardów złotych rocznie na zwiększenie wynagrodzeń, raczej nikt nie liczy.

W aspekcie wynagrodzeń oraz poziomu finansowania ochrony zdrowia nadal niewiele uwagi poświęca się – i w trakcie dyskusji politycznych, i debat eksperckich – zagrożeniu, jakim jest praktyczne wyczerpywanie się potencjału systemu ochrony zdrowia w obszarze kadrowym. To jeden z powodów, dla których odmieniane przez wszystkie przypadki „zawody pomocnicze" w ochronie zdrowia pozostają jedynie na papierze. Bo jeśli rzeczywiście, jak mówią dyrektorzy szpitali, w tej chwili nawet 90 proc. przychodów placówek z kontraktów pochłaniają koszty pracy, zwiększenie liczby personelu jest praktycznie niemożliwe. I to nawet takiego, którego zarobki nie stanowią jednostkowo dużego obciążenia, ale który powinien pojawić się w placówce w dużej liczbie (asystenci pielęgniarek, asystenci lekarzy, opiekunowie etc.). To z kolei oznacza, że nadal pracownicy o najwyższych kwalifikacjach będą znaczącą część swojego czasu przeznaczać na czynności, które tych kwalifikacji nie wymagają. •

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

GAZETA LEKARSKA

AKTUALNOŚCI

Interna woła o pomoc

RYSZARD GOLAŃSKI

W szpitalach brakuje łóżek, a normalnym widokiem są tzw. dostawki na korytarzach. Bez zmiany procedur wyceny sytuacja szybko się nie zmieni.

Doroczna konferencja „Problemy interny na Mazowszu", która odbyła się pod koniec marca, miała mylący tytuł. W Domu Pracy Twórczej w Radziejowicach poruszane były bowiem sprawy mające charakter ogólnopolski.

Spotkanie zorganizował dr Marek Stopiński – mazowiecki konsultant wojewódzki. Otwierając je, mówił o nieocenionej roli oddziałów wewnętrznych w systemie ochrony zdrowia. Są one podstawową bazą diagnostyczno-terapeutyczną także dla oddziałów zabiegowych.

– Specyfiką oddziałów internistycznych jest leczenie pacjentów wieloprofilowych, także w zakresie geriatrii, oraz chorych w stanach terminalnych. Oddziały te to podstawowa baza dla systemu kształcenia modułowego także dla innych specjalizacji, takich jak kardiologia czy onkologia kliniczna. To także baza do kształcenia lekarzy w ramach stażu podyplomowego i studentów – podkreślał dr Stopiński.

NIEWYDOLNY SYSTEM

Podczas spotkania poruszono problem braku lekarzy o specjalizacji w zakresie chorób wewnętrznych.

W nowym programie specjalizacji na 794 miejsca na Mazowszu wykorzystanych jest tylko 384. Niezwykle ważnym problemem dotyczącym całego kraju jest też sukcesywnie malejąca liczba łóżek na oddziałach wewnętrznych. 56 proc. leczonych pacjentów to osoby powyżej 70. roku życia, a chorzy mający 80 lat i więcej stanowią 29 proc.

Najczęstszymi przyczynami hospitalizacji są choroby układu krążenia (ok. 18 proc.), ale przeważają pacjenci z wielochorobowością. Ogromny wpływ na funkcjonowanie oddziałów internistycznych ma niewydolny system podstawowej opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej. Powszechna jest świadomość, że brakuje wolnych łóżek, a normalnym widokiem w szpitalach w całej Polsce są tzw. dostawki na korytarzach. Pacjenci są skazani na długie, wielogodzinne oczekiwanie w szpitalnych oddziałach ratunkowych na przyjęcie na oddział chorób wewnętrznych z powodu braku zainteresowania chorym z wielochorobowością przez oddziały specjalistyczne. Braki wolnych łóżek szczególnie dotkliwie odczuwalne są w Warszawie, gdzie chorzy czekają nawet ponad dwie doby na SOR-ach na przyjęcie na oddział wewnętrzny. 80-85 proc. pacjentów jest przyjmowanych w trybie ratującym życie, praktycznie nie ma przyjęć planowych. Aby poprawić sytuację oddziałów chorób wewnętrznych, konieczna jest zmiana wyceny procedur internistycznych z uwzględnieniem wieku pacjentów i ich wielochorobowości.

fot.: Dorota Lebiedzińska

◀ *Uczestnicy spotkania w Radziejowicach: konsultant krajowy ds. interny* ***prof. Ilona Kurnatowska*** *i* ***dr Marek Stopiński***

Kolejny problem to wiek lekarzy specjalistów chorób wewnętrznych. 20 proc. spośród nich przekroczyło 70. rok życia. Brak radykalnych działań może doprowadzić do upadku interny w Polsce, co może skutkować załamaniem się całego systemu lecznictwa oraz systemu kształcenia lekarzy.

ZMIANY W EGZAMINOWANIU

Prof. Ilona Kurnatowska, konsultant krajowy ds. interny, przedstawiła na spotkaniu informacje o kształceniu w zakresie chorób wewnętrznych. Jako konsultant krajowy lobbuje w ministerstwie o to, by po uzyskaniu specjalizacji z chorób wewnętrznych lekarz mógł kontynuować kształcenie w ramach rezydentury 2-, 3-letniej w zakresie specjalności szczegółowych: pulmonologii, gastroenterologii, endokrynologii, nefrologii i innych.

Na spotkaniu pokazano także ciekawe dane dotyczące aktualnego stanu interny na Mazowszu. W 2024 r. NFZ podpisał kontrakt z 67 oddziałami internistycznymi, dodatkowe 20 oddziałów dysponuje możliwością rozliczania procedur internistycznych, liczba hospitalizacji wyniosła ponad 106 tys. •

WAŻNE SPRAWY

Fałszowanie leków bardziej dochodowe niż narkotyki

MARIUSZ TOMCZAK
DZIENNIKARZ

Przestępcy liczą na łatwe zyski, a pacjenci tracą nadzieję, zdrowie i życie, ponieważ to, co jest przedstawiane jako ostatnia deska ratunku, czasami okazuje się fikcją albo gwoździem do trumny.

Dawno temu zdarzało się, że w fiolkach z rzekomą penicyliną umieszczano piasek, a w tabletkach glina udawała substancję czynną. W XXI w. metody fałszowania produktów leczniczych stały się bardziej wyrafinowane, ale nawet w obecnych czasach dochodzi do sytuacji, gdy zawartość opakowań rozcieńcza się wodą i sprzedaje po cenie zbliżonej do oryginału. Niektórzy oszuści idą na całość, wypełniając je właściwie w całości zwyczajną kranówką.

Czasami w tym, co pacjent kupuje z nadzieją na szybki powrót do zdrowia, znajdują się substancje chemiczne mogące zaszkodzić zdrowemu człowiekowi, a co dopiero schorowanej osobie, która rozpaczliwie szuka pomocy. Międzynarodowa firma farmaceutyczna Eli Lilly and Company ostrzega na swojej stronie internetowej, że sfałszowane produkty lecznicze mogą zawierać toksyczne składniki, np. kwas borowy, ołowiowe farby drogowe czy środki do polerowania podłóg. Ale to zapewne tylko czubek góry lodowej.

GROŹNIEJSZE OD CHOROBY

Fałszowanie medykamentów to zjawisko o charakterze globalnym. W Stanach Zjednoczonych 55 proc. osób, które przedawkowały leki opioidowe, korzystało z fałszywych produktów. W Afryce 120 tys. dzieci rocznie traci życie po przyjęciu sfałszowanych leków przeciwmalarycznych. Leczenie pacjentów chorych na malarię, którzy zażyli takie specyfiki, kosztuje kraje Afryki Subsaharyjskiej ok. 45 mln dolarów rocznie, a w skali całego kontynentu – dużo więcej.

– Produkty, które mamy w kraju, często są bardziej niebezpieczne dla życia ludzi niż choroby, którym mają zapobiegać – mówi Luke Bawo, dyrektor instytucji odpowiedzialnej za oficjalne wprowadzanie leków na rynek w Liberii, cytowany przez Polską Agencję Prasową. A przeprowadzone niedawno przez Uniwersytet Bahir Dar w Etiopii badanie wskazuje, że ponad 1/5 wszystkich leków w Afryce może być podrobiona lub nie spełnia norm.

> W przypadku 21 proc. sfałszowanych leków deklarowana substancja lecznicza jest w dawce znacznie wyższej lub niższej, niż wynikałoby z informacji na opakowaniu

– Z danych Światowej Organizacji Zdrowia wynika, że 32 proc. zafałszowanych leków nie zawiera żadnej substancji leczniczej, a w przypadku 21 proc. deklarowana substancja lecznicza jest w dawce znacznie wyższej lub niższej, niż wynikałoby z informacji podanej na opakowaniu. Dodatkowo w 20 proc. fałszywe leki zawierają zupełnie inne substancje niż deklarowane. Innymi słowy, trzy czwarte tych preparatów stanowi realne zagrożenie dla naszego zdrowia – mówi Łukasz Pietrzak, główny inspektor farmaceutyczny (GIF).

MILION OSÓB NA ŚWIECIE UMIERA

Interpol, czyli międzynarodowa organizacja policji pomagająca organom ścigania w walce z wszelkimi formami przestępczości, szacuje, że z powodu używania sfałszowanych leków każdego roku umiera nawet milion osób. Obok takiej liczby trudno przejść obojętnie. Nic dziwnego, że w 2023 r. aż w 89 krajach przeprowadzono operację wymierzoną w handlarzy sfałszowanymi produktami leczniczymi. W efekcie podjętych działań wszczęto 325 dochodzeń i zabezpieczono sfałszowane produkty o wartości 7 mln dolarów. Zostało też zamkniętych 1,3 tys. stron internetowych, które były powiązane z przestępczym procederem.

Fałszowane są zarówno leki oryginalne, jak i generyczne. Co do zasady, przynajmniej w krajach rozwiniętych, częściej podrabiane są farmaceutyki specjalistyczne i te o wysokiej cenie rynkowej, ale to raczej nie powinno nikogo zaskakiwać. Szacuje się, że fałszowanie leków może być nawet 10-20 razy bardziej dochodowe od handlu narkotykami, co w znacznym stopniu wyjaśnia przyczyny tego zjawiska.

JAK JEST W UNII EUROPEJSKIEJ?

Od 2019 r. w Unii Europejskiej funkcjonuje system weryfikacji

autentyczności produktów leczniczych (ang. National Medicines Verification System – NMVS). „System powstał, ponieważ rynek farmaceutyczny w ostatnich latach mierzy się z szybko rozwijającym się i niebezpiecznym zjawiskiem fałszowania produktów leczniczych" – podkreśla Krajowa Organizacja Weryfikacji Autentyczności Leków. Celem NMVS jest wyeliminowanie z obrotu sfałszowanych farmaceutyków, a w konsekwencji – podniesienie poziomu bezpieczeństwa pacjentów.

System zawiera dane o produktach znajdujących się w legalnym łańcuchu dystrybucji. Są w nim informacje o wszystkich produktach leczniczych wydawanych na receptę i dopuszczonych do obrotu w krajach UE. – W 2023 r. w Europie dzięki NMVS zidentyfikowany został sfałszowany produkt leczniczy Ozempic. Sfałszowane opakowania jednostkowe ujawniono w legalnym łańcuchu dostaw na terenie Niemiec, Szwajcarii, Słowacji, Austrii i Wielkiej Brytanii – przypomina Damian Kuraś, rzecznik prasowy GIF. Ten lek obniża stężenie glukozy we krwi i jest stosowany u osób z cukrzycą typu drugiego, u których dieta i wysiłek fizyczny nie są wystarczające.

Jak dodaje rzecznik GIF, po otrzymaniu informacji w systemie rapid alert przeprowadzono postępowanie wyjaśniające i ustalono, które opakowania i serie były przedmiotem obrotu w Polsce. – W konsekwencji Główny Inspektor Sanitarny wydał decyzję wycofującą z obrotu opakowania jednostkowe produktu opatrzone zidentyfikowanym fałszywym numerem seryjnym. Decyzja obejmowała swoim zakresem również zakaz wprowadzania do obrotu opakowań jednostkowych opatrzonych zidentyfikowanymi fałszywymi numerami seryjnymi – mówi Damian Kuraś.

POLSKIE APTEKI SĄ BEZPIECZNE

GIF, który kieruje Państwową Inspekcją Farmaceutyczną (PIF) i wykonuje zadania przy pomocy Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego, zapewnia, że znajduje się na pierwszej linii frontu w walce z przestępczością farmaceutyczną. Wynika to m.in. z kompetencji w zakresie kontroli wytwarzania leków i ich obrotu oraz – jak mówi Łukasz Pietrzak – przeznaczania pokaźnych środków na badanie jakości produktów wytwarzanych i sprzedawanych w naszym kraju.

– Polska ma bardzo dobre organy i służby nadzoru farmaceutycznego, a więc nie ma zagrożenia nabycia fałszywych leków w aptece – mówi prof. Krzysztof J. Filipiak, przewodniczący Zespołu ds. Polityki Lekowej i Farmakoterapii Naczelnej Rady Lekarskiej. I dodaje, że sam nie spotkał się z fałszywymi lekami w swojej praktyce zapewne dlatego, że najpierw przez ćwierć wieku pracował w szpitalu wysokospecjalistycznym, a od pewnego czasu przyjmuje pacjentów już tylko ambulatoryjnie jako kardiolog. Nie oznacza to jednak, że omawiane zjawisko w naszym kraju w ogóle nie występuje.

UWAGA NA MEDIA SPOŁECZNOŚCIOWE

W ostatnich latach oszustwa farmaceutyczne coraz częściej dokonywane są za pośrednictwem stron internetowych i mediów społecznościowych.

– Problem fałszywych leków dotyczy w Polsce praktycznie wyłącznie leków nabywanych przez internet. Chociaż sprzedaż w internecie leków wydawanych na receptę jest u nas zakazana, zdarzają się próby sprowadzania ich poprzez zagraniczne portale internetowe, a także zakupy przez nieświadomych pacjentów w portalach udających apteki. Odpowiedzią jest zatem edukacja i podnoszenie świadomości tych zagrożeń – podkreśla prof. Krzysztof J. Filipiak.

Z danych udostępnionych „Gazecie Lekarskiej" przez GIF wynika, że w ostatnich latach liczba zgłoszeń dotyczących podejrzenia sfałszowania produktów leczniczych wyniosła:

- w 2020 r. – 120,
- w 2021 r. – 122,
- w 2022 r. – 132,
- w 2023 r. – 141,
- w 2024 r. – 230.

– Niemal wszystkie zgłoszenia dotyczyły produktów zidentyfikowanych w nielegalnym łańcuchu dystrybucji, a produkty najczęściej były oferowane w sprzedaży internetowej – komentuje Damian Kuraś.

– Skala fałszowania produktów leczniczych w Unii Europejskiej wydaje się mniejsza niż w innych regionach świata. Niepokój wzbudza jednak łatwy dostęp do niesprawdzonych produktów za pośrednictwem portali internetowych i mediów społecznościowych. Tylko legalne pochodzenie gwarantuje prawidłowe działanie leku – mówi dr Klaudiusz Komor, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej.

Osobom zajmującym się fałszowaniem medykamentów sprzyja zarówno powszechny dostęp do internetu i popularność mediów społecznościowych, jak i to, że monitorowanie e-handlu jest bardzo trudne. Nie bez znaczenia są przepisy nie zawsze nadążające za pomysłowością oszustów. Oferowane w sieci specyfiki czasami nie są określane jako leki, lecz np. „produkty kolekcjonerskie", a w celu uniknięcia odpowiedzialności karnej stosowane są też takie zwroty jak „produkt do badań".

W INTERNECIE CO DRUGI LEK JEST FAŁSZYWY

Eksperci wskazują, że fałszowanie dotyczy przede wszystkim produktów wspomagających odchudzanie i stosowanych przy problemach z erekcją, których dystrybucja najczęściej odbywa się bez pozwolenia na dopuszczenie do obrotu, i hormonów sterydowych, ale coraz częściej w tym gronie znajdują się też środki o działaniu antykoncepcyjnym czy psychotropowym. Zjawisko to dotyczy także produktów sprowadzanych z Chin lub Korei, stosowanych w gabinetach kosmetycznych i salonach tatuażu, które zawierają m.in. toksynę botulinową i lidokainę.

– 50 proc. leków dostępnych w internecie jest sfałszowanych, a z leków na receptę sprzedawanych nielegalnie 96 proc. to fałszywki – mówił Łukasz Pietrzak podczas niedawnego kongresu „Zdrowie Polaków – Nauka dla zdrowia społeczeństwa". Dodał, że kupowanie leków w internecie to igranie ze śmiercią, a wśród najczęściej fałszowanych są analogi GLP-1 oraz leki: przeciwcukrzycowe, anaboliczne i przeciwnowotworowe. Zdarza się, że są one bardzo zanieczyszczone.

– Z wielu źródeł wiemy, że problem podrobionych leków dotyczy przede wszystkim steroidów anabolicznych i hormonu wzrostu kupowanych przez osoby uprawiające sporty wytrzymałościowe, leków odchudzających

fot.: pixabay.com

▶ *W ostatnich latach oszustwa farmaceutyczne coraz częściej są dokonywane za pośrednictwem stron internetowych i mediów społecznościowych*

z grupy agonistów GLP-1, wybranych leków poprawiających jakość współżycia seksualnego, wybranych środków antykoncepcyjnych i psychotropowych – wymienia prof. Krzysztof J. Filipiak.

Jednocześnie zwraca uwagę na dostępność niektórych leków sprzedawanych bez recepty w sklepach czy na stacjach benzynowych. – Tam nie docierają służby inspekcji farmaceutycznej i tam, pomijając kwestię przechowywania tych leków, można spodziewać się większego ryzyka wprowadzenia podróbek. To tutaj należy zmienić prawo w pierwszym rzędzie i zakazać sprzedaży tych środków poza aptekami – dodaje ekspert.

POLICJA NIE JEST BIERNA

Walką z wytwarzaniem i wprowadzaniem do obiegu fałszywych produktów zajmują się też mundurowi. W szczególności chodzi o funkcjonariuszy: wydziałów do walki z przestępczością gospodarczą i narkotykową, Centralnego Biura Śledczego Policji, wyspecjalizowanych w zwalczaniu zorganizowanych grup przestępczych, a także Centralnego Biura Zwalczania Cyberprzestępczości. – Monitorujemy internet i wspólnie z policją zamykamy nielegalne składowiska leków – przyznaje Łukasz Pietrzak.

– Zwalczając nielegalny handel produktami leczniczymi, policja przede wszystkim ukierunkowuje działania na rozpoznanie i ujawnianie miejsc nielegalnej produkcji leków oraz ich magazynowania, a także monitoruje strony internetowe, za pośrednictwem których przestępcy wprowadzają je do obrotu. Chciałbym, żeby to jasno wybrzmiało: sprzedaż leków przez osoby prywatne jest przestępstwem – podkreśla nadinsp. Tomasz Michułka, zastępca komendanta głównego Policji.

Z danych Komendy Głównej Policji (KGP) wynika, że w 2024 r. wszczęto 503 postępowania przygotowawcze w tym obszarze (co stanowi wzrost o 113 w stosunku do 2023 r.) i odnotowano 627 przestępstw w obszarze przestępczości farmaceutycznej (wzrost o 121 rok do roku).

W ramach porozumienia KGP z GIF we wszystkich garnizonach policji w Polsce odbywają się specjalne szkolenia, w czasie których funkcjonariusze poszerzają wiedzę na temat walki z przestępczością farmaceutyczną. Jedno z takich spotkań miało miejsce pod koniec marca w stolicy Podlasia, w czasie którego przedstawiciele PIF przeszkolili policjantów pionu do walki z przestępczością gospodarczą z białostockiego garnizonu oraz żołnierzy Żandarmerii Wojskowej.

Asp. szt. Aleksandra Laskowska z Biura Komunikacji Społecznej KGP mówi, że powołano CBZC – jednostkę do zwalczania cyberprzestępczości. W 2025 r. jej stan etatowy wzrósł do 1,8 tys. Funkcjonariusze CBZC rzucili rękawicę m.in. grupom zajmującym się przestępczością farmaceutyczną.

– Coraz częściej w różnego rodzaju niezgodnych z prawem procederach, w tym także związanych z nielegalnym obrotem farmaceutykami, sieć internetowa jest narzędziem wykorzystywanym przez przestępców, służącym do anonimizacji ich działań. To często utrudnia ustalenie tożsamości sprawcy – podkreśla Aleksandra Laskowska.

PACJENT NIE MA SZANS

W poradniku pt. „Nie okradaj się ze zdrowia!", opracowanym przez Ministerstwo Zdrowia, GIF, KGP i Polską Agencję Antydopingową, przypomniano, że leki na receptę można kupować wyłącznie w aptekach stacjonarnych, a sprzedawanie ich bez wymaganych zezwoleń jest łamaniem przepisów prawa. Przestępstwem jest też odsprzedaż i nieodpłatne przekazywanie leków przez osoby fizyczne, w tym „domowych zapasów" – tego, co pozostało po zakończonej kuracji albo po zmarłych członkach najbliższej rodziny.

„Zapewnienie anonimowego sprzedawcy, że środek ma określone działanie, wcale nie musi być prawdą. Jedynie zarejestrowane leki mają udowodnioną skuteczność i potwierdzone działanie lecznicze" – podkreślono w publikacji przygotowanej w ramach kampanii społecznej „Nie okradaj się ze zdrowia. Fałszywe leki to prawdziwe zagrożenie". Jej celem jest uświadomienie ryzyka związanego z kupowaniem leków z nieznanych źródeł. Pacjent nie ma bowiem szans na samodzielną weryfikację, czy taki produkt nie stanowi zagrożenia dla jego życia i zdrowia.

Inicjatorzy kampanii apelują o zgłaszanie organom lub instytucjom odpowiedzialnym za bezpieczeństwo publiczne stron internetowych, które prowadzą nielegalną sprzedaż leków. Przy tej okazji warto dodać, że lista zarejestrowanych w Polsce produktów leczniczych jest dostępna pod adresem: https://rejestry.ezdrowie.gov.pl/rpl/search/public. •

GAZETA LEKARSKA

WAŻNE SPRAWY

Jak kandydaci na prezydenta chcą uleczyć ochronę zdrowia

MAŁGORZATA SOLECKA
DZIENNIKARKA

Pewne jest jedno: z systemem ochrony zdrowia trzeba coś zrobić. Tylko co? Niektóre pomysły zaskakują nawet najodważniejszych.

Szymon Hołownia podpisałby jako prezydent popartą w referendum ustawę legalizującą aborcję, a Rafał Trzaskowski nie czekałby na inicjatywę Sejmu, tylko sam złożył projekt takiej ustawy. W kampanii prezydenckiej tematy związane ze zdrowiem pojawiają się reaktywnie (aborcja, składka zdrowotna przedsiębiorców) albo praktycznie nie istnieją. Przynajmniej w głównym nurcie.

OBIETNICE BEZ POKRYCIA

Prezydent nie jest „drugim rządem". Prezydent nie musi mieć szczegółowego programu dla poszczególnych obszarów życia społecznego. Prezydent wręcz nie powinien zbyt mocno wkraczać w szczegóły i obiecywać czegoś, czego i tak nie miałby możliwości wyegzekwować. Nie przeszkadzało to jednak w poprzednich kampaniach takich obietnic składać. Jedna z najbardziej znaczących, która się fatalnie zestarzała, to deklaracja Rafała Trzaskowskiego, że jeśli zostanie prezydentem, będzie się domagać od rządu, by już w budżecie na 2021 r. wydatki na zdrowie wynosiły realnie 6 proc. PKB. No, ale to był rząd Prawa i Sprawiedliwości, więc można było takie obietnice formułować.

Pięć lat temu w kampanii prezydenckiej zdrowia, tak ogólnie, było z pewnością więcej. Rozpoczynała się pandemia, więc w sposób naturalny pojawiła się kwestia nastawienia kandydatów do szczepień zarówno obowiązkowych, jak i tych wyczekiwanych, covidowych. Pandemii nie ma, tematy związane z profilaktyką zdrowotną zniknęły z głównego nurtu dyskusji politycznej, co, patrząc na jej poziom, niekoniecznie jest złą wiadomością.

W programach wyborczych zdecydowanej większości kandydatów głównego nurtu punkty dotyczące ochrony zdrowia nie rzucają się w oczy. I to nie tylko tych, którzy na podstawie sondaży mają szanse wejść do drugiej tury, ale również tych, za którymi stoją ugrupowania mające reprezentację w parlamencie. A jeśli nawet takie tematy się pojawiają, są raczej na odległych miejscach.

CISZEJ NAD TYM SYSTEMEM

Dotyczy to przede wszystkim Rafała Trzaskowskiego i Karola Nawrockiego. Reprezentując ugrupowania, które odpowiadały lub odpowiadają za funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia, kandydaci wiedzą, że nie ma co rzucać hasła: „Make ochrona zdrowia great again". A to dlatego, że w tym przypadku zdecydowanie trzeba mierzyć zamiar podług sił. Stąd programowe obietnice, jeśli się pojawiają, to w zakamuflowanej formie.

Kandydat Koalicji Obywatelskiej obiecuje inwestycje w dostępność, czyli „zapewnienie dostępności usług publicznych (szkoły, szpitale) na równym poziomie dla wszystkich obywateli". Karol Nawrocki zaś dopatruje się szans na uzdrowienie sytuacji w ochronie zdrowia w zagwarantowaniu priorytetowego dostępu w kolejkach do usług zdrowotnych dla Polaków. Obywatelski kandydat PiS w wypowiedziach publicznych sugeruje też, że rząd Donalda Tuska chce zamykać szpitale i porodówki (a to bardzo źle). Zapomina przy tym, że dywagacje na ten temat to bardzo miękka wersja planów snutych przez ekipę Adama Niedzielskiego, który przez dwa lata był ministrem w rządzie PiS.

Potwierdzeniem tezy, że tym łatwiej nakreślić propozycje dla zdrowia, im mniejszy wpływ się miało do tej pory na podejmowanie decyzji w tym obszarze na jakimkolwiek szczeblu, są programy Sławomira Mentzena i Adriana Zandberga. To programy biegunowo różne – co warto zaznaczyć. Kandydat Konfederacji chce likwidacji monopolu NFZ i wprowadzenia wielu, również prywatnych, ubezpieczycieli (na wzór raczej Szwajcarii niż Niemiec) wraz z całym pakietem rynkowych rozwiązań dla ochrony zdrowia. Chce też likwidacji „przymusu" (czyli obowiązku) szczepień ochronnych. Kandydat partii Razem proponuje „pakt dla zdrowia", czyli zwiększenie publicznych wydatków na ochronę zdrowia do minimum 8 proc. PKB, rozłączność pracy w systemie publicznym z prowadzeniem prywatnej praktyki.

PODEBATUJMY O PIENIĄDZACH…

W trakcie kwietniowej debaty telewizyjnej w Końskich (precyzyjnie, w trakcie drugiej z debat, relacjonowanej przez największe stacje) padły deklaracje w sprawie procedowanej ustawy obniżającej składkę zdrowotną dla przedsiębiorców. Kandydaci podzielili się na dwie połowy: Szymon Hołownia, Rafał Trzaskowski, Marek Jakubiak i Maciej Maciak (jeden

fot. materiały kandydatów

▲ ***Rafał Trzaskowski***
Uważa, że obniżenie składek dla przedsiębiorców zoptymalizuje działanie służby zdrowia, bo ta będzie musiała bardziej oszczędzać

fot. materiały kandydatów

▲ ***Karol Nawrocki***
Obiecuje ustawy, dzięki którym „Polacy będą mieli pierwszeństwo w korzystaniu z polskiej służby zdrowia"

fot. materiały kandydatów

▲ ***Sławomir Mentzen***
Proponuje koniec monopolu NFZ i stworzenie wielu mniejszych funduszy, które będą ze sobą konkurować

fot. materiały kandydatów

▲ ***Magdalena Biejat***
Zapowiada większe pieniądze dla szpitali powiatowych i obiecuje sprzeciw wobec pomysłów prywatyzacji służby zdrowia

fot. A. Gryczuk

▲ ***Adrian Zandberg***
Krytykuje praktykę, w której pacjenci muszą najpierw odbyć prywatną wizytę, aby otrzymać szybszy termin w publicznej placówce

fot. A. Sasin

▲ ***Szymon Hołownia***
Uważa, że w jego idealnym świecie to lekarz dzwoni do pacjenta, a nie pacjent do lekarza

z kandydatów, którzy bez zaplecza zebrał 100 tys. podpisów) zadeklarowali swój podpis jako głowy państwa pod ustawą. Magdalena Biejat, Karol Nawrocki, Joanna Senyszyn i Krzysztof Stanowski złożyli deklarację przeciwną.

W debacie wzięło udział ośmiu z trzynastu kandydatów. Można założyć, że ustawę podpisałoby co najmniej dwóch z nieobecnej piątki (Grzegorz Braun, Sławomir Mentzen), jeden – Adrian Zandberg – z pewnością by jej nie podpisał. Czy jednak ta wiedza mówi cokolwiek o poglądach dotyczących wyzwań, przed jakimi stoi ochrona zdrowia, osób aspirujących (mniej lub bardziej serio) do najwyższego urzędu w państwie? Na marginesie: Krzysztof Stanowski podczas pierwszej z debat w Końskich apelował do zebranej publiczności, by głosowała na kogo chce, byle nie na niego.

Karol Nawrocki deklaruje, że nie podpisałby ustawy zmniejszającej składkę zdrowotną dla przedsiębiorców, ale jednocześnie obiecuje, że nie podpisze żadnej ustawy zwiększającej obciążenia podatkowe. Tymczasem eksperci od miesięcy powtarzają, że ustabilizowanie finansów ochrony zdrowia bez zwiększenia składek (lub innych obciążeń podatkowych) jest po prostu niemożliwe.

...ALBO O CZYMKOLWIEK

W debacie telewizyjnej temat zdrowia (poza składką oraz zakazem sprzedaży alkoholu na stacjach benzynowych) mocniej nie zaistniał. Nie znaczy to jednak, że kandydaci nie muszą odpowiadać na pytania dziennikarzy czy też wyborców z nim związane.

Rafał Trzaskowski i Szymon Hołownia przekonują więc w trakcie spotkań i konferencji, że zmniejszeniu składki zdrowotnej muszą towarzyszyć zmiany i reformy systemu ochrony zdrowia. Zupełnie jakby zmniejszenie finansowania miało „zachęcić" system, a raczej wymusić na nim racjonalizację wydatków. Maria Libura, ekspertka ds. ochrony zdrowia, komentując ustawę dotyczącą obniżenia składki, przypomina tymczasem, że Niemcy, którzy wdrażają wielką reformę ochrony zdrowia polegającą m.in. na redukcji lecznictwa szpitalnego na rzecz opieki ambulatoryjnej, podjęli decyzję odwrotną – o zwiększeniu składki.

Karol Nawrocki z kolejkami w ochronie zdrowia chce walczyć przyznaniem obywatelom Polski pierwszeństwa w dostępie do świadczeń zdrowotnych. Chodzi, oczywiście, o uchodźców z Ukrainy, którzy mogą korzystać z publicznego systemu opieki zdrowotnej na podstawie specustawy, a świadczenia dla nich pokrywane są z budżetu państwa. O tym, jak nikła jest skala tego zjawiska, świadczą dane NFZ: w 2024 r. z jakiegokolwiek świadczenia zdrowotnego (mogła to być jedna refundowana recepta), rozliczonego na podstawie specustawy, skorzystało niespełna 190 tys. uchodźców, z których połowa to kobiety, a jedna trzecia – osoby niepełnoletnie. W tym samym roku płatnik wydał na świadczenia ok. 190 mld zł. Zestawienie tej kwoty z 750 mln zł wystarczy za komentarz do propozycji kandydata PiS. Abstrahujemy od faktu, że to rząd PiS przedstawił – słusznie – ustawę gwarantującą uchodźcom dostęp do świadczeń, a jedynym kryterium warunkującym kolejność udzielania ich powinien być stan pacjenta, a już na pewno nie jego narodowość.

POOBIECUJMY O ABORCJI

Tematem z pogranicza zdrowia, choć odległym od systemu, jest aborcja (lub pakiet zdrowia prokreacyjnego). Szymon Hołownia kusi referendum w sprawie legalizacji aborcji i zapowiada, że jeśli większość w referendum poprze to rozwiązanie, podpisze ustawę. Rafał Trzaskowski chce przygotować własny projekt ustawy legalizującej przerywanie ciąży do 12. tygodnia oraz zapowiada podpisanie ustawy umożliwiającej sprzedaż pigułki „dzień po" bez recepty, a Magdalena Biejat dokłada do tego bezpłatną antykoncepcję dla młodzieży. Za legalizacją aborcji opowiada się również Adrian Zandberg.

Z drugiej strony barykady są Karol Nawrocki i Sławomir Mentzen, choć trudno – jak w przypadku zwolenników liberalizacji prawa aborcyjnego – mówić o jednomyślności. O ile pierwszy zapowiada szukanie „nowego kompromisu" w obszarze przesłanki związanej ze stwierdzonymi wadami płodu, drugi publicznie opowiedział się za delegalizacją aborcji, w przypadkach gdy ciąża jest wynikiem czynu zabronionego. Tąpnięcie w sondażach, jakie zaliczył kandydat Konfederacji (będąc blisko wyprzedzenia Karola Nawrockiego), mogło być spowodowane m.in. wypowiedziami na temat ochrony dzieci poczętych w wyniku gwałtu, określonego jako „pewna nieprzyjemność". Nie ulega jednak wątpliwości, że ogromne znaczenie miała też prawdopodobnie deklaracja dotycząca powszechnej odpłatności za studia. •

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

GAZETA LEKARSKA

PRAWO I MEDYCYNA

Najpierw zbadać, potem diagnozować

Chęć zysku nie może przesłaniać lekarzowi dobra pacjenta, które jest najwyższą wartością.

ZBIGNIEW KUZYSZYN
NACZELNY RZECZNIK ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ

Możliwość zdalnego wystawiania recept stała się błogosławieństwem w okresie pandemii. Jednak niemal natychmiast otworzyła furtkę dla niekontrolowanego zapisywania na życzenie wszelkich farmaceutyków, zwłaszcza opioidów, leków psychotropowych i środków antykoncepcyjnych (w szczególności w ramach tzw. antykoncepcji awaryjnej). Pojawiły się podmioty, których celem jest wystawianie recept bez żadnej weryfikacji, a jedynym warunkiem uzyskania żądanego specyfiku – wniesienie opłaty po wypełnieniu ankiety, która ma służyć jako atrapa wywiadu lekarskiego.

Doprowadziło to do kilku udokumentowanych zgonów i skłoniło Ministerstwo Zdrowia do przyjrzenia się skali zjawiska. Centrum e-Zdrowia opracowało dokument „Lekarze z największą liczbą porad" zawierający numer prawa wykonywania zawodu lekarza, liczbę porad, liczbę recept wystawionych w konkretnym tygodniu roku i w całym poprzednim roku oraz rozproszenie (podane w kilometrach) ich realizacji. Informacje o podejrzeniu nieprawidłowości w wystawianiu recept przekazano Naczelnemu Rzecznikowi Odpowiedzialności Zawodowej, a właściwi okręgowi rzecznicy rozpoczęli postępowania wyjaśniające.

Jedna z takich spraw zakończyła się prawomocnym orzeczeniem zawieszenia prawa wykonywania zawodu lekarza na dwa lata wraz z maksymalną karą pieniężną w wysokości czterokrotnego przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia.

RECEPTA NA MINUTĘ

Lekarz medycyny rodzinnej przez 1,5 roku w licznych podmiotach za pośrednictwem systemów teleinformatycznych wystawiał od 190 do 270 recept elektronicznych w ciągu doby przez siedem dni w tygodniu. Stwierdzano przypadki zrealizowania kilku wizyt w ciągu minuty. Ponadto w inkryminowanym okresie pracował stacjonarnie w POZ. W ocenie rzecznika odpowiedzialności zawodowej i sądu lekarskiego wykluczało to możliwość choćby pobieżnego zapoznania się ze zgłaszanymi przez pacjentów dolegliwościami lub ich dokumentacją medyczną i ograniczało się jedynie do przepisywania wnioskowanych przez pacjentów leków, a tym samym narażało ich na negatywne skutki.

W toku postępowania dotyczącego odpowiedzialności zawodowej stwierdzono, że wina nie ulega wątpliwości, a obwiniony lekarz przyznał się do wystawiania takiej liczby recept. Nie uznał jednak, aby mogło to mieć wpływ na jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych. W ocenie sądu lekarskiego przeczy temu wystawianie przez obwinionego lekarza tak dużej liczby recept, która nie pozwalała na dochowanie należytej staranności i zapewnienie każdemu pacjentowi bezpieczeństwa przy doborze leków względem zgłaszanych dolegliwości. Chęć zysku nie może przesłaniać lekarzowi dobra pacjenta, które jest wartością najwyższą.

KRÓTKA ANKIETA TO ZA MAŁO

Zgodnie z komentarzem do nowego Kodeksu Etyki Lekarskiej opracowanym przez Komisję Etyki Lekarskiej Naczelnej Izby Lekarskiej „nie zaleca się udzielania teleporad pacjentom dotąd nieleczonym przez danego lekarza (…). Jeżeli efektem teleporady ma być (…) nowa recepta, wywiad ma być przeprowadzony w trakcie telekonsultacji w czasie rzeczywistym, analogicznie do wywiadu przeprowadzonego w warunkach gabinetowych. Komunikacja asynchroniczna (np. ankieta lub e-mail), jeżeli jest stosowana, może mieć wyłącznie charakter pomocniczy, umożliwiający przygotowanie, uzupełnienie lub kontynuację leczenia".

Aktualnym pozostaje apel z 7 lipca 2023 r. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej krytycznie oceniającego „oferowane w internecie usługi odpłatnego wystawiania recept i zwolnień w sytuacjach, kiedy wystarczającym do otrzymania recepty jest wypełnienie krótkiej ankiety niespełniającej kryterium badania podmiotowego i sugerującej pacjentowi objawy, pacjent nie ma jakiegokolwiek kontaktu z lekarzem, finalizacja usługi następuje w niezwykle krótkim czasie, a pacjent nie był wcześniej badany i leczony przez lekarza wystawiającego receptę". Idąc dalej za prof. Arnoldem Gubińskim: „Leczenie bez uprzedniego zbadania, poza wyjątkowymi sytuacjami, stanowiłoby przewinienie zawodowe choćby nawet zastosowane leczenie było prawidłowe". •

GAZETA LEKARSKA

PRAWO I MEDYCYNA

Przymusowo do badania i na leczenie

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

Na nikim nie ciąży prawny obowiązek leczenia się. To samo dotyczy badania się. Nie oznacza to, że nie ma wyjątków. O ważniejszych z nich będzie tu mowa.

Pandemia COVID-19 brutalnie przypomniała dawno już zapomniane lęki przed przymusowym leczeniem, badaniami oraz izolacją chorych (kwarantanną), lekceważącą zupełnie wolę samych zainteresowanych. Kto czytał „Dżumę" Alberta Camusa, pamięta doskonale szczelny i prawdziwie przerażający kordon sanitarny wokół zadżumionego algierskiego miasta Oran. Kto chorował na COVID-19, przynajmniej w pierwszej fazie pandemii, mógł poczuć (prawie) to samo i to nad wyraz namacalnie.

DOBROWOLNOŚĆ

Współcześnie zasadą jest, że leczenie jest dobrowolne. To pacjent (i nikt inny) decyduje, czy chce się leczyć, a także w jakim zakresie ograniczy swą własną swobodę. To on, odpowiednio poinformowany przez lekarza, wyraża zgodę „legalizującą" nawet niezbędne uszkodzenia ciała. Każdy ma prawo cierpieć, jeśli taka jego wola, albo nawet umrzeć, jeśli np. nie ma zaufania do medycyny.

Jakiś czas temu Wielka Izba Trybunału Praw Człowieka ukarała Hiszpanię (wyrok z 17 września 2024 r. w sprawie Pindo Mulla v. Spain) za transfuzję krwi przeprowadzoną wbrew woli pacjentki i jej przekonaniom religijnym. Trybunał potwierdził rzecz i tak już oczywistą, że: „fundamentalną zasadą w sferze opieki zdrowotnej jest poszanowanie prawa pacjenta do wyrażenia zgody na leczenie lub odmowy leczenia".

Na nikim nie ciąży prawny obowiązek leczenia się. To samo dotyczy badania się. Oczywiście, nie oznacza to, że nie ma wyjątków. Właśnie o ważniejszych z nich będzie tu mowa.

Regulacje prawne w różnych krajach różnią się w szczegółach, generalnie potrzeby w tym zakresie są zbliżone, stąd i przyjmowane unormowania z grubsza podobne. Zwykle prawodawcy odwołują się do przymusu leczenia dla ochrony osób niepoczytalnych (zarówno z powodu wieku, jak i stanu umysłowego) oraz dla ochrony „zdrowia publicznego". Także „przymus badań" pojawia się z powodu zdrowia jednostki i zbiorowości, ale też w związku z innymi ważnymi interesami ogółu.

> Fundamentalną zasadą w sferze opieki zdrowotnej jest poszanowanie prawa pacjenta do wyrażenia zgody na leczenie lub do odmowy leczenia

W INTERESIE OGÓŁU

W interesie ogółu leży zwalczanie tzw. chorób społecznych oraz zakaźnych. Ich katalog zmienia się. W Polsce stosowną regulację zawiera ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi z 2008 r. (Dz.U. z 2024 r., poz. 924), załącznik do niej oraz rozporządzenie wykonawcze ministra zdrowia z 2022 r. (w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji…; Dz.U. z 2022, poz. 680).

Z ustawy wynikają liczne ograniczenia autonomii jednostki, poczynając od obowiązku poddania się badaniom sanitarno-epidemiologicznym (w celu wykrycia zakażeń i chorób zakaźnych), poprzez izolację i kwarantannę aż do przymusowej hospitalizacji. Nakłada ona także obowiązek szczepień ochronnych.

Regulacja wprowadza m.in. obowiązkowe leczenie osób chorych na gruźlicę płuc, kiłę i rzeżączkę (art. 40.1). Chorzy na gruźlicę (prątkujący), a także osoby chore na wymienione w rozporządzeniu choroby zakaźne podlegają przymusowej hospitalizacji (§2).

W wykazie ujęte jest także zakażenie wirusem HIV oraz zachorowanie na AIDS (pkt 55). Mimo to wobec zakażonych albo chorych na AIDS nie stosuje się przymusu badania ani też leczenia, hospitalizacji czy izolacji. Wynika to z obserwacji, że osoby te nie stanowią dużego ryzyka dla społeczeństwa. Już sam sposób zakażenia (obcowanie seksualne lub kontakt z krwią) bardzo ogranicza potencjalny krąg zagrożenia. Co więcej, osoby te – jeśli podejmują leczenie – mają prawo zastrzec dane pozwalające na ich identyfikację (co pozwala uniknąć stygmatyzacji, ale też – w interesie ogółu – zachęca do leczenia, art. 41.1.). Analogiczne i utrwalone jest stanowisko Europejskiego

▶ *W 2020 r. pojawił się nieznany w Polsce wcześniej dramatyczny lockdown, był powszechny obowiązek zasłaniania ust i nosa, obowiązkowa kwarantanna domowa i kary za jej złamanie*

fot.: Shutterstock.com

Trybunału Praw Człowieka (ETPC). W głośnej sprawie Enhorn v. Sweden (2005 r.) Trybunał orzekł, że zastosowana przez sąd szwedzki wielomiesięczna przymusowa izolacja szpitalna chorego na AIDS była nieproporcjonalna do stwarzanego przez niego zagrożenia publicznego.

SPECUSTAWA KORONAWIRUSOWA

Dramatyczne okoliczności wymuszają wyjątkowe kroki. Tak było w 1963 r. w związku z ogniskiem ospy prawdziwej we Wrocławiu, tak też stało się w 2019 r. wobec pandemii COVID-19. W tym drugim przypadku prawodawca zareagował sążnistą ustawą (z 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID – 19; tj. Dz.U. z 2024 r., poz. 340) i wyjątkowymi środkami. W 2020 r. pojawił się nieznany w Polsce wcześniej dramatyczny lockdown, był powszechny obowiązek zasłaniania ust i nosa, była obowiązkowa kwarantanna domowa i kary za jej złamanie, i wiele innych dotkliwych ograniczeń. Nie zdecydowano się na przymus szczepienny (nawet gdy już sprowadzono szczepionki).

DLA ŚCIGANIA PRZESTĘPCÓW

Bezdyskusyjny jest interes państwa polegający na zwalczaniu przestępczości i wykrywaniu sprawców przestępstw. Autonomia jednostki ustępuje tu przed koniecznością obrony zbiorowości. Stąd podejrzany, chociażby nie chciał, ma obowiązek poddania się pewnym czynnościom i badaniom (chodzi np. o pobranie krwi, włosów oraz wydzielin organizmu; vide art. 74 § 3 k.p.k.). Oskarżony (czyli osoba, której przedstawiono już zarzuty) ma obowiązek poddania się w szczególności badaniom psychiatrycznym, od czego zależy in casu odpowiedzialność karna, ale też badaniom połączonym z dokonaniem zabiegów na ciele – co nie dotyczy jednak zabiegów chirurgicznych (art. 74 § 2 k.p.k.).

Skoro jest obowiązek, to w razie konieczności dopuszczalne jest użycie przymusu dla jego realizacji. Oskarżonego (podejrzanego) można zatrzymać, przymusowo doprowadzić, stosować siłę fizyczną oraz środki techniczne dla obezwładnienia w zakresie niezbędnym do wykonania czynności (art. 74 § 3a). Oczywiście, przymusu nie stosuje personel medyczny, ale policja (sprawę szczegółowo reguluje rozporządzenie ministra sprawiedliwości z 23 lutego 2005 r., Dz.U. z 2005, poz. 299).

ABY CHRONIĆ SKAZANEGO

Z kolei skazany może być wbrew zasadzie dobrowolności leczony przymusowo. W tym nawet z zastosowaniem przymusu bezpośredniego. Jednak tylko wtedy, gdy zagrożone jest jego życie. Tu motyw ograniczenia praw jednostki jest już zgoła odmienny i nie tak oczywisty, a nawet dyskusyjny. Najogólniej ujmując: państwo jest odpowiedzialne za skazanego, chce zatem dbać o jego życie podczas odbywania kary (nawet wbrew jemu samemu). Przepis art. 118 Kodeksu karnego wykonawczego stanowi, że: „W wypadku, gdy życiu skazanego grozi poważne niebezpieczeństwo stwierdzone co najmniej orzeczeniem dwóch lekarzy, można dokonać koniecznego zabiegu lekarskiego, nie wyłączając chirurgicznego, nawet mimo sprzeciwu skazanego (§2)". „W wypadku sprzeciwu skazanego o dokonaniu zabiegu orzeka sąd penitencjarny" (§3). „W nagłym wypadku, jeżeli zachodzi bezpośrednie niebezpieczeństwo śmierci skazanego, o konieczności zabiegu decyduje lekarz" (§4).

Nie wszędzie podzielane jest przekonanie prawodawcy polskiego. Niektórzy zapewne pamiętają tragiczny finał strajku głodowego prowadzonego w brytyjskim więzieniu Maze przez Irlandczyka Boby'ego Sandsa. Zmarł on w 1981 r. w efekcie swojego dramatycznego i medialnie głośnego protestu.

ZDROWIE PSYCHICZNE I RATOWANIE SAMOBÓJCÓW

Zasady postępowania leczniczego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi określone zostały w ustawie z 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (tj. Dz. U. 2024, poz. 917) i są szeroko znane. Wystarczy zatem przypomnieć, że także tu jako reguła zachowana została dobrowolność stosowania środków leczniczych i uzyskiwanie zgody pacjenta. Wyjątkiem jest badanie i leczenie bez zgody. To ostatnie dopuszczone zostało przede wszystkim w przypadku zagrożenia dla zdrowia lub życia osoby chorej lub zdrowia lub życia innych osób. Ustawa reguluje szczegółowo zasady i granice stosowania przymusu (w tym fizycznego) przez personel szpitalny (art. 18).

Przymusowo jako osoby niebezpieczne dla samych siebie leczeni są samobójcy. Wprawdzie już dawno odstąpiono od obyczaju

GAZETA LEKARSKA

karania niedoszłych samobójców (a w historii zdarzało się, że nawet śmiercią), jednak także obecnie państwo nie toleruje samobójstw.

AUTONOMIA UZALEŻNIONYCH

W świetle ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 2005 r. (tj. Dz. U. z 2023 r., poz. 1939) poddanie się leczeniu przez osoby uzależnione ma charakter dobrowolny (art. 25). Odmiennie wygląda jedynie sytuacja małoletnich. Tu sąd rodzinny mógłby zarówno na wniosek (w tym przedstawiciela ustawowego, krewnych w linii prostej, rodzeństwa i faktycznego opiekuna), jak i działając z urzędu, skierować uzależnionego na leczenie także wbrew jego woli (art. 30.1).

Podobnie na zasadach ogólnych, a więc dobrowolnie, leczone są osoby uzależnione od alkoholu (ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi z 1982 r., tj. Dz.U. z 2023 r., poz. 2151).

Ciekawa i sporna jest natomiast kwestia o dużej praktycznej doniosłości, a mianowicie sprawa dopuszczalności przymusowego badania na zawartość alkoholu we krwi lub w wydychanym powietrzu (przede wszystkim osób podejrzanych o popełnienie przestępstw lub wykroczeń drogowych, ale nie tylko). Ustawa o wychowaniu w trzeźwości nie formułuje bowiem dostatecznej podstawy. Trzeba rekonstruować ją z innych szczegółowych przepisów. W przypadku podejrzenia popełnienia przestępstwa (nie tylko drogowego) niebudząca wątpliwości podstawa do zastosowania przymusu będzie wynikała z przywołanych już przepisów Kodeksu postępowania karnego. Przy ewentualnych wykroczeniach drogowych trzeba jej poszukiwać raczej w Prawie o ruchu drogowym (tj. Dz.U z 2024, poz. 1251; art. 129i).

Przy okazji, od niedawna prawo pracy dopuszcza możliwość kontroli trzeźwości pracownika przez samego pracodawcę (art. 22 zn. 1c Kodeksu pracy). Chodzi zarówno o badanie prewencyjne, jak i uzasadnione podejrzeniem nietrzeźwości.

DLA USTALENIA OJCOSTWA

W procesie o ustalenie ojcostwa pobranie i badanie krwi albo materiału genetycznego (DNA) może nastąpić wyłącznie za zgodą osoby, która ma być poddana badaniom (albo za zgodą jej przedstawiciela ustawowego – zwykle rodzica – gdy nie ukończyła lat 13).

W Polsce do dzisiaj brakuje uregulowań prawnych zezwalających na badanie przymusowe (nawet to zupełnie niekłopotliwe, niezwiązane z naruszeniem ciągłości tkanki, jak pobranie wymazu śluzówki do badań genetycznych), mimo że taka potrzeba od dość dawna artykułowana jest w doktrynie prawa, a także pomimo tego, co jest powszechnie dostrzegane, że odmowa zgody na badanie stała się już „instrumentem obrony" nadużywanym w procesie.

Wbrew pozorom brak zgody na badania zwykle nie wyklucza prowadzenia procesu. Oczywiście, znacznie go utrudnia. Eliminuje przecież najlepszy dowód (a w przypadku badania DNA dowód pewny). Sprawa jest w miarę prosta, jeśli zgody na badania nie wyraża sam żądający ustalenia pochodzenia dziecka od niego. Wówczas – zgodnie z utrwalonym poglądem – uzasadnione będzie oddalenie powództwa.

Prawdziwy problem dotyczy przypadków domagania się „zaprzeczenia ojcostwa" (czyli ustalenia negatywnego). To tu właśnie często pojawia się odmowa zgody na badanie dziecka albo na badanie rodzica (tego niezainteresowanego zaprzeczeniem). W tych sprawach przymusowe zarządzenie przez sąd pobrania krwi dziecka (odpowiednio wymazu śluzówki) byłoby dopuszczalne jedynie wówczas, gdyby miało służyć dobru dziecka. Najczęściej jednak nie będzie służyło. Dziecko przecież w wyniku procesu może „utracić ojca" (i w szczególności „żywiciela"). Najczęściej zatem sąd nie zastosuje przymusu. Oczywiście, odmowa zgody podlega ocenie sądu w kontekście okoliczności sprawy.

W związku z brakiem dopuszczalności przymusowych badań genetycznych rozwinął się i kwitnie rynek „usług prywatnych". „Skryte" pobranie materiału i przeprowadzenie badań powszechnie uważane jest za niedopuszczalne i bezprawne. Oprócz innych możliwych konsekwencji prawnych pojawia się i ta, że sąd nie przyjmie tak zdobytego dowodu.

BADANIA PRZEDMAŁŻEŃSKIE I PRACOWNICZE

Pewną ciekawostką mogą być zagraniczne regulacje prawne nakazujące „przymusowe" albo raczej „obowiązkowe" badania przedmałżeńskie. Prawo polskie nie wymaga przeprowadzenia badań medycznych przed zawarciem małżeństwa. Niektóre inne kraje nierzadko tak.

Na Litwie obowiązkowe są badania na AIDS oraz choroby weneryczne. Ich nieprzeprowadzenie nie wyzwala oczywiście możliwości „wymuszenia" badań ani nawet nie wyklucza skutecznego zawarcia małżeństwa, pozwala jednak na domaganie się unieważnienia małżeństwa, skoro współmałżonek nie wiedział (art. 3.21 Kodeksu cywilnego Litwy z 2000 r.). W Turcji obowiązkowe są badania pod kątem przekazania potomstwu SMA (spinal muscular atrophy, rdzeniowego zaniku mięśni). Szczególnie silna troska o ochronę potomstwa przed chorobami dziedzicznymi widoczna jest w krajach, w których szeroko praktykowany jest obyczaj zawierania małżeństw pomiędzy bliskimi krewnymi (np. kuzynostwem). Zjednoczone Emiraty Arabskie, Arabia Saudyjska, Kuwejt, Tadżykistan nakazują badania przedmałżeńskie (zwykle pod kątem HIV, żółtaczki typu C, chorób wenerycznych, a także ryzyka SMA, padaczki, mukowiscydozy, utraty słuchu). W wielu stanach USA zrezygnowano z badań w latach 80. XX. wieku (z powodu zderzenia kosztów masowych badań i marginalnej „wykrywalności"). W Meksyku obowiązkowe badania przedmałżeńskie służą ustaleniu stopnia pokrewieństwa.

Natomiast oczywistością także w Polsce są „przymusowe" okresowe badania pracownicze. Także tu sankcją niewykonania badań nie jest dopuszczalność zastosowania przymusu bezpośredniego, a polega ona na ewentualnym niedopuszczeniu do wykonywania pracy.

ZASADA MA SIĘ DOBRZE

Mimo wcale licznych „wyjątków" fundamentalna dla społeczeństw demokratycznych reguła dobrowolności badań i leczenia pozostaje nienaruszona. Obrazu tego nie zakłócają nawet – powtarzane od czasu do czasu – obawy o kolejną groźną epidemię albo pandemię. •

GAZETA LEKARSKA

PRAWO I MEDYCYNA

Dane osobowe: największe ryzyko powoduje człowiek

Bardzo często dane są źle zabezpieczane, a nawet wcale się tego nie robi. Placówka medyczna lub lekarz, który prowadzi prywatny gabinet, kupuje system informatyczny do obsługi i… na tym się kończy – mówi **Paweł Litwiński**, adwokat, partner w kancelarii Barta Litwiński Kancelaria Radców Prawnych i Adwokatów, w rozmowie z Antoniną Kryńską.

Jakie przepisy regulują ochronę danych osobowych pacjentów?
To nie tylko RODO, jak czasem nam się wydaje, ale także szereg aktów prawnych, taka prawna matrioszka. Mamy więc unijne rozporządzenie o ochronie danych osobowych (RODO), następne są przepisy sektorowe (szczególne), dotyczące tajemnicy zawodowej oraz dokumentacji medycznej. I wreszcie przepisy ograniczające konkretne operacje na danych, np. określające katalog danych, jakie lekarze i podmioty lecznicze mogą przetwarzać. A wisienką na torcie są kodeksy branżowe.

Jak stosowanie przepisów wygląda w praktyce? Z rocznych raportów prezesa UODO wynika, że lekarze dopuszczają się naruszeń przepisów o ochronie danych osobowych. Zaglądają np. na PUE ZUS w celach czysto prywatnych, np., by uzyskać dostęp do danych eksmałżonka, albo gubią pendrive z danymi pacjentów.
Ja bym nie demonizował. Te przypadki, o których pani mówi, wynikają z masowego korzystania z usług medyków. Z usług adwokata czy notariusza nie każdy korzysta, a z usług lekarza czy pielęgniarki – już tak. Dane przetwarzane przez placówki medyczne są liczone w dziesiątkach milionów rekordów, stąd też bierze się efekt skali.

Wykorzystywanie danych do celów prywatnych to zresztą nie tylko polska przypadłość. Mogę wymienić wiele przykładów z innych państw. Przodują w tym Niemcy. Tam dużym problemem jest wykorzystywanie systemów policyjnych do prywatnych celów przez szeregowych policjantów.

Oczywiście, w pełni się zgadzam, że zawsze najsłabszym ogniwem będzie człowiek. Przy czym przypadki, o których pani powiedziała, są tymi, które są po prostu medialne. Proszę spojrzeć na ten problem z innej strony: do mediów przebijają się przypadki, w których lekarze przeglądają dane osobowe przetwarzane w systemie informacji medycznej, podczas gdy nie powinni tego robić, bo sprawdzają np. dane swojej byłej żony. Czy więc powinniśmy drastycznie ograniczyć dostęp lekarzy do danych osobowych? Jeżeli zostanie pani – uchowaj Boże – znaleziona nieprzytomna na przystanku autobusowym, lekarz ratujący życie nie będzie miał szybkiego dostępu do pani danych, a w efekcie, nie będzie mógł zastosować odpowiedniej terapii. Czy tego chcemy?

> W przypadku prywatnych placówek ochrony zdrowia kara może sięgnąć aż do 4 proc. obrotów za ubiegły rok, czyli w grę mogą wchodzić miliony złotych

Dobrą analogią może być też słynny rejestr ciąż. Sam w sobie nie jest niczym złym. Zawiera ważne informacje, bo przecież zastosowanie konkretnej terapii może doprowadzić do utraty ciąży albo zaszkodzić matce lub dziecku. Dzięki rejestrowi można tego uniknąć. Problemem nie było więc, że dane o ciąży są widoczne w systemie, ale to, że wprowadza się je do niego przymusowo. Ponadto bardzo go upolityczniono. Karygodne było również to, że nie utworzono go na podstawie ustawy, tylko rozporządzenia. Czyli znowu zawiódł człowiek.

A cyberbezpieczeństwo? Zgodzi się Pan chyba, że mocno kuleje?
Nie do końca można je utożsamiać z ochroną danych osobowych. Cyberbezpieczeństwo to m.in. odporność szpitali na ataki pochodzące z zewnątrz. Całkiem niedawno w Krakowie jednemu ze szpitali zaszyfrowano dane. To niestety zdarza się, a cyberbezpieczeństwo faktycznie jest piętą achillesową służby zdrowia.

Bardzo często dane są źle zabezpieczane, a nawet w ogóle się tego nie robi. Z reguły wygląda to tak: placówka lub lekarz, który prowadzi prywatny gabinet, kupuje system informatyczny do obsługi i… na tym się kończy.

Pracownicy przychodni, szpitala czy wreszcie lekarz korzystają z systemu, ale nie dbają o właściwe zabezpieczenie danych, nie aktualizują go, nie szkolą się, nie reagują na to, co dzieje się wokół. I w ten sposób placówka wystawia się na wysokie ryzyko ataku z zewnątrz. Dodatkowo zdarza się, że jej pracownicy bezrefleksyjne klikają w linki zawarte w dziwnych mailach, gubią pendrive'y z danymi, a nawet całe laptopy. Niedawno miałem taką sytuację: pracownik przychodni zostawił laptopa z danymi wszystkich pacjentów na przystanku autobusowym. Na szczęście osoba, która

znalazła laptop, okazała się uczciwa i odniosła go na posterunek policji. Skończyło się na strachu.

Zdarza się również, że do wycieków danych dochodzi celowo, a to w istocie nie wycieki, ale kradzieże danych. Na szczęście w sektorze medycznym to zupełny margines.

Jakich kar może się spodziewać lekarz albo placówka ochrony zdrowia, która naruszyła przepisy o ochronie danych osobowych?

Przede wszystkim grożą im administracyjne kary pieniężne, czyli kary nakładane przez prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Jeżeli jest to podmiot z sektora finansów publicznych, czyli np. szpital, którego organem prowadzącym jest powiat, kara wynosi maksymalnie do 100 tys. zł. Tak było w przypadku byłego ministra zdrowia Adama Niedzielskiego: prezes UODO nałożył na niego jako ministra zdrowia karę w wysokości 100 tys. zł za ujawnienie w komunikatorze WhatsApp informacji o lekarzu, który wystawił sobie receptę na lek z grupy psychotropowych.

Postępowanie UODO dotyczyło naruszenia zasad ochrony danych osobowych nie tylko w związku z ujawnieniem danych z jednego z rejestrów, ale także w kontekście naruszenia zasad bezpieczeństwa związanych z pozyskaniem danych z systemu oraz sposobu ich przekazania ministrowi zdrowia. UODO w swojej decyzji zwrócił uwagę m.in. na fakt, że przekazanie danych pozyskanych z rejestru nastąpiło za pomocą komunikatora WhatsApp, co stworzyło też możliwość utraty kontroli nad tymi danymi, w tym ich bezpieczeństwem.

Prezes UODO nałożył też karę w wysokości 40 tys. zł na Samodzielny Publiczny ZOZ w Pajęcznie. W wyniku ataku hakerskiego placówka straciła dostęp do danych pacjentów i pracowników, a działania związane z zabezpieczeniem danych osobowych podjęła po fakcie. ZOZ dopiero po ataku wezwał ekspertów, którzy wskazali luki w zabezpieczeniach i zarekomendowali zmiany. Odbyły się też szkolenia dla pracowników dotyczące bezpieczeństwa systemów informatycznych i danych. W efekcie tego naruszenia prezes UODO doszedł do wniosku, że placówka nie przeprowadziła analizy ryzyka dla danych osobowych. Nie mogła więc skutecznie chronić danych osobowych. Stąd kara.

fot.: archiwum prywatne

◀ *Dane przetwarzane przez placówki medyczne są liczone w dziesiątkach milionów rekordów – mówi* ***mec. Paweł Litwiński***

A jeśli chodzi o podmioty prywatne?

W tym przypadku kara może sięgnąć aż do 4 proc. obrotów za ubiegły rok, czyli w grę mogą wchodzić miliony złotych. Na początku tego roku prezes UODO nałożył na Centrum Medyczne Ujastek w Krakowie kary w łącznej kwocie powyżej 1,1 mln zł za ukryty monitoring na oddziale neonatologii i za niewdrożenie odpowiednich środków bezpieczeństwa, które zapobiegłyby ryzyku wycieku danych z kart pamięci urządzeń monitorujących. Zdaniem urzędu matki i noworodki oraz pracownicy mieli być nagrywani bez ich zgody.

W ślad za odpowiedzialnością administracyjną może pojawić się odpowiedzialność cywilna. Z roszczeniami do sądów cywilnych mogą występować pacjenci oraz inne osoby, których prawo do ochrony danych zostało naruszone np. na skutek wycieku danych z podmiotu medycznego. Zasądzane kwoty mogą być wówczas stosunkowo wysokie, bo to są przecież bardzo wrażliwe dane. Do tego dochodzą koszty postępowania sądowego.

Skoro z naruszeniem danych osobowych wiąże się tak duża odpowiedzialność oraz ryzyko kar, to co powinna zrobić placówka medyczna albo lekarz, żeby uniknąć ich w przyszłości?

Przede wszystkim powinno się korzystać z usług renomowanych dostawców oprogramowania lub usług informatycznych. Ryzyko wycieków danych jest w takim przypadku znacznie mniejsze. Nigdy też nie powinno się ograniczać do wdrożenia konkretnego rozwiązania – ochrona danych osobowych to proces ciągły, wymagający reagowania na to, co się dzieje w otoczeniu, na pojawiające się nowe zagrożenia i ryzyka. To wymaga stałego monitorowania stosowanych zabezpieczeń. Niezwykle ważne są szkolenia wewnętrzne personelu, bo przecież to człowiek powoduje największe ryzyko. Jestem też ogromnym fanem kodeksów, o których wspominałem na początku rozmowy.

Może Pan powiedzieć więcej? Jakie mają zalety?

Mamy dwa kodeksy: Kodeks postępowania dla sektora ochrony zdrowia (Polska Federacja Szpitali) oraz Kodeks postępowania dotyczący ochrony danych osobowych przetwarzanych w małych placówkach medycznych (Porozumienie Zielonogórskie). Oba kodeksy zatwierdził prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Pierwszy jest przeznaczony dla dużych podmiotów, drugi dla mniejszych.

Podmiot leczniczy zainteresowany przystąpieniem do kodeksu zgłasza się – odpowiednio – do Polskiej Federacji Szpitali albo do Federacji Porozumienie Zielonogórskie, aby rozpocząć procedurę przystąpienia. Kończy ją otrzymanie dokumentu potwierdzającego stosowanie kodeksu. Stosowanie kodeksu wiąże się z koniecznością ponoszenia pewnych opłat – w przypadku Kodeksu postępowania dotyczącego ochrony danych osobowych przetwarzanych w małych placówkach medycznych są to kwoty od 710 zł do 1400 zł rocznie.

Sam kodeks to nic innego jak rodzaj ściągi z zasad ochrony danych osobowych – szczegółowo rozpisane zasady postępowania w konkretnych przypadkach, gdy dochodzi do przetwarzania danych osobowych. A korzyści ze stosowania kodeksu są wymierne, na czele ze zmniejszeniem administracyjnej kary pieniężnej w razie naruszenia przepisów o ochronie danych osobowych. ●

GAZETA LEKARSKA

PODATKI I FINANSE

Jedna inwestycja to za mało. O znaczeniu dywersyfikacji

MARIUSZ TOMCZAK
DZIENNIKARZ

Nie trzymaj wszystkich jajek w jednym koszyku – o tym powiedzeniu warto pamiętać nie tylko podczas zakupów.

Andrzej, Magda, Stefan, Oliwia, Bartosz i Jan mieszkają i pracują w Polsce, zarabiając w krajowej walucie. Andrzej ma kawalerkę na wynajem i ma nadzieję, że kiedyś uda się mu nabyć kolejną nieruchomość w tym celu. Obawiająca się ryzykownych instrumentów finansowych Magda stara się co miesiąc, choćby za symboliczne 100 czy 200 zł, kupować obligacje Skarbu Państwa. Stefan posiada akcje spółek dywidendowych z kilku krajów Europy. Oliwia inwestuje tylko w firmy technologiczne ze Stanów Zjednoczonych, a Bartosz wyłącznie na Giełdzie Papierów Wartościowych w Warszawie. Z kolei Jan, przekonany o tym, że „tylko złoto to pieniądz, a wszystko inne jest kredytem", ukrył tuzin monet bulionowych w zakamarkach swojego domu.

JAK ZRÓŻNICOWAĆ PORTFEL

Wspomniane osoby łączy chęć zabezpieczenia swojej przyszłości finansowej, ale niestety stawiają wszystko na jedną kartę. Kumulacja inwestycji w jednej branży (np. tylko na rynku nieruchomości), w jednym państwie albo na jednym kontynencie (np. tylko w Europie), w jedną klasę aktywów (np. tylko obligacje) czy w jednej walucie (np. tylko w polskim złotym) może też znacząco ograniczyć przyszłe stopy zwrotu, choć oczywiście nie jest to przesądzone.

Najważniejszym mankamentem wydaje się wystawienie na większe ryzyko. Zdarzają się bowiem okresy, liczone w kilku, a czasem nawet kilkunastu latach, kiedy jakaś branża, rynek, klasa aktywów czy waluta zachowują się fatalnie na tle pozostałych. Czy w sytuacji, gdy wokoło „wszystko" rośnie, a wartość niezdywersyfikowanego portfela stoi w miejscu lub przez długi czas znajduje się na minusie, nie uznamy, że inwestowanie to blaga? Inaczej mówiąc – mało zdywersyfikowany portfel zwiększa ryzyko.

EMOCJE WPŁYWAJĄ NA NASZE ZACHOWANIA

Andrzej nie ma powodów do narzekania, bo cena jego kawalerki na wynajem znacznie wzrosła w ostatnich latach. Ale doskonale pamięta, że w czasie pandemii COVID-19 przez wiele miesięcy nie przynosiła przychodów, bo potencjalni najemcy wrócili w rodzinne strony.

Magda ma ambiwalentne uczucia, ponieważ jeszcze niedawno mogła liczyć na znacznie większe odsetki od posiadanych obligacji Skarbu Państwa indeksowanych inflacją.

Stefan cieszy się z otrzymywanych kilkanaście razy w roku dywidend, ale nie jest zadowolony ze wzrostu wartości akcji.

Oliwia nerwowo sprawdza doniesienia z USA, ponieważ na początku kwietnia notowania spółek technologicznych zanurkowały, a w związku z polityką prezydenta Donalda Trumpa nie wie, czy teraz jest dobry moment, aby coś dokupić do portfela.

Do końca marca Grzegorz był mile zaskoczony, ponieważ pierwszy kwartał br. okazał się dla polskich akcji jednym z najlepszych kwartałów w ostatnich dwóch dekadach, czego w ogóle się nie spodziewał. Ale na początku kwietnia na GPW w Warszawie rozpoczęła się wyprzedaż.

Z kolei Bartosz zastanawia się, czy obecna sytuacja na rynku złota (ceny kruszcu są rekordowe) to powód do spokojnego snu, czy raczej do działania.

AMATOR NIE POWINIEN NAŚLADOWAĆ PROFESJONALISTY

Inwestor wszech czasów, Warren Buffett, twierdzi, że „dywersyfikacja to ochrona przed ignorancją", która „nie ma sensu, jeśli wiesz, co robisz", ale to przecież profesjonalista, który inwestowaniu poświęca każdy dzień swojej pracy od kilku dekad. Ktoś, kto nie jest zawodowcem w tej branży, powinien podchodzić do inwestowania ze znacznie większą pokorą i nie zapominać, że wiąże się ono z ryzykiem utraty części lub całości zainwestowanego kapitału. Dywersyfikacja daje szansę na to, że straty z jednej inwestycji zostaną zrekompensowane zyskami w innych. Jednym z najłatwiejszych sposobów na dywersyfikację portfela inwestycyjnego są niektóre fundusze ETF (ang. Exchange Traded Fund), czyli gotowe koszyki akcji, obligacji i innych aktywów. •

Zdrowa jama ustna to zdrowy organizm

Najwyższy czas zacząć traktować stomatologię poważnie. To dziedzina, bez której współczesna medycyna nie będzie skuteczna.

PAWEŁ BARUCHA
WICEPREZES NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

Z okazji Światowego Dnia Zdrowia Jamy Ustnej w Senacie 28 marca odbyła się konferencja „Okrągły stół profilaktyki stomatologicznej". Gościła nas pani senator, dr Agnieszka Gorgoń-Komor, której dziękuję za możliwość przedstawienia najważniejszych problemów, z jakimi boryka się stomatologia w Polsce. Tematem przewodnim była rola profilaktyki w prawidłowym dbaniu o zdrowie. Potrzeba nam nowego otwarcia w podejściu do leczenia stomatologicznego. To dynamicznie rozwijająca się dziedzina medycyny wymagająca wsparcia państwa. A obecnie ponad 90 proc. gabinetów to praktyki prywatne, które również pracują w ramach NFZ. Utrzymanie wysokiego poziomu leczenia wymaga wymiernego wsparcia: nie ma możliwości zabezpieczenia zdrowia pacjentów za jedynie 2 proc. budżetu NFZ. Potrzeba minimum 4 proc. na stomatologię. Trzeba podkreślić, że to nie wydatek, tylko inwestycja, która pomoże utrzymać wysoki poziom i wprowadzać nowe technologie.

W chorobach ogólnoustrojowych dotyczących serca, nerek, chorób autoimmunologicznych czy nowotworowych leczenie stomatologiczne jest pierwszym etapem. Brak sanacji jamy ustnej często jest przyczyną niepowodzenia leczenia innych chorób. Dlatego najwyższa pora zacząć traktować stomatologię poważnie. To nie „kosmetyka białego uśmiechu", ale dziedzina, bez której współczesna medycyna nie może skutecznie działać. Dzieci od najmłodszych lat powinny być uczone prawidłowej dbałości o swoje zdrowie. Muszą tego nauczać profesjonaliści. To w przyszłości zaprocentuje zdrowszym społeczeństwem, a więc mniejszymi wydatkami na leczenie.

Samorząd kolejny raz zwrócił uwagę na konieczność wprowadzenia minimalnego kontraktu na poziomie 20 000 punktów. To konieczność ze względu na zbyt dużą rozbieżność pomiędzy oddziałami wojewódzkimi. W mazowieckim obecnie jest to 26 000 punktów, a w świętokrzyskim 15 000. To prowadzi do niebezpiecznej sytuacji dla pacjentów. Gabinety wyczerpują kontrakt w dwa tygodnie – i dokąd wtedy ma się udać pacjent wymagający natychmiastowej sanacji jamy ustnej, koniecznej do rozpoczęcia leczenia np. choroby onkologicznej? Dodatkowe utrudnienia napotykają pacjenci z mniejszych miejscowości. Co prawda, liczba lekarzy dentystów jest w Polsce wystarczająca, ale są oni nierównomiernie rozmieszczeni. Zamiast dentobusów muszą pojawić się gabinety stacjonarne. To zapewni prawidłową i ciągłą opiekę stomatologiczną dla wszystkich. Bez dodatkowego wsparcia nie będzie to możliwe.

> Utrzymanie wysokiego poziomu leczenia wymaga wsparcia; za 2 proc. budżetu NFZ nie można zabezpieczyć zdrowia pacjentów

To szerszy problem, bo polskie uczelnie medyczne również potrzebują pieniędzy. Bez nowych, ciągle uzupełnianych kadr medycznych nie ma rozwoju medycyny. Kształcenie lekarzy i lekarzy dentystów kosztuje więcej niż w innych zawodach medycznych. Na nauczaniu nie można oszczędzać – w krajach, gdzie uczelnie medyczne prężnie się rozwijają, pojawiają się stale nowe, ciągle usprawniane sposoby leczenia. A bezpieczeństwo pacjentów jest w stanie zapewnić tylko opieka stomatologiczna oparta na wysokiej klasy specjalistach. •

GAZETA LEKARSKA

PRAKTYKA LEKARSKA

Okrągły stół dla stomatologii

ARTUR PEDRYC
DZIENNIKARZ

Bez zdrowych zębów nie ma zdrowego organizmu, a zdrowie ogólne zaczyna się od jamy ustnej – wybrzmiało podczas specjalnego spotkania ekspertów w Senacie.

Parlamentarzyści, prezes i wiceprezesi Naczelnej Rady Lekarskiej, konsultanci krajowi różnych dziedzin stomatologicznych, przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia i resortu edukacji, a także Narodowego Funduszu Zdrowia, środowisk naukowych i studentów wzięli udział w konferencji zorganizowanej w budynku izby wyższej polskiego parlamentu. „Okrągły stół profilaktyki stomatologicznej z okazji Światowego Dnia Zdrowia Jamy Ustnej" zorganizowano w związku z uchwałą Senatu RP ustanawiającą rok 2025 Rokiem Edukacji Zdrowotnej i Profilaktyki.

– Chcemy stworzyć platformę do dyskusji nad poprawą stanu zdrowia stomatologicznego w Polsce. Wszyscy wiemy, jaka jest sytuacja, dlatego rozpoczynamy akcję profilaktyczną razem z samorządami, z samorządem lekarskim. Ta akcja jest otwarta dla wszystkich, każdy może się do niej przyłączyć – mówiła tuż po przywitaniu obecnych prowadząca spotkanie senator dr n. med. Agnieszka Gorgoń-Komor. – Nasze dzieci i młodzież, której jest coraz mniej, potrzebują działań profilaktycznych, żeby nie dopuszczać do chorób. Dziś leczenie z powodu rozwoju nowych technologii staje się coraz droższe. Wiemy, że lepiej zapobiegać, niż leczyć, to hasło jest ciągle aktualne – podkreślała senator Gorgoń-Komor.

DENTYSTA TO NIE LEKARZ OD BIAŁYCH ZĘBÓW

Pierwszym prelegentem był Paweł Barucha, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej. Pytany o obecne zagrożenia dla stomatologii odpowiadał: – Niestety, w ostatnim czasie jesteśmy postrzegani jako lekarze, którzy zajmują się białymi i prostymi zębami. To nieporozumienie, które jest szkodliwe dla wszystkich. Leczenie stomatologiczne w dzisiejszych czasach jest pierwszym etapem leczenia wielu chorób ogólnoustrojowych. Dotyczy to schorzeń kardiologicznych, neurologicznych, autoimmunologicznych, endokrynologicznych, chorób nerek, oczu, a na końcu również nowotworów – podkreślał. Mówił o dramatycznych sytuacjach, kiedy zaniedbania w sferze zdrowia jamy ustnej uniemożliwiają rozpoczęcie niecierpiących zwłoki terapii.

– Często gdy pacjent jest szykowany do leczenia, otrzymujemy informację „prosimy o sanację jamy ustnej". I zaczynają się schody. W pewnych przypadkach nie jesteśmy w stanie tego zrobić nie tylko w tydzień, w miesiąc, ale czasem i w pół roku. W takim momencie zabieg, który powinien być wykonany natychmiast, chociażby chemioterapia, jest odwlekany (...). Dlatego tak ważne jest badanie przynajmniej raz na pół roku u lekarza dentysty, który jest w stanie prawidłowo ocenić stan jamy ustnej i tkanek przyległych. Jeżeli potrzeba, skieruje do specjalisty, jeżeli jest wymagane leczenie, wyleczy zęby i wtedy pacjent jest bezpieczny. Jeśli go dotknie coś gorszego, choroba ogólnoustrojowa, jest gotowy do natychmiastowego leczenia, pierwszy etap ma już za sobą – mówił Paweł Barucha.

> Prawie 40 proc. studentów pierwszy raz dowiedziało się, jak prawidłowo szczotkować zęby, od nauczyciela akademickiego

PROFILAKTYKA NIE TYLKO DLA DZIECI

Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej stwierdził, że dla wielu Polaków dopiero silny ból zęba staje się motywatorem do odwiedzenia gabinetu stomatologicznego. Aby to zmienić, niezbędna jest profilaktyka i nie może ona obejmować tylko dzieci i młodzieży, ale także studentów i osoby dorosłe w każdym przedziale wiekowym.

– Profilaktyka w stomatologii dotyczy całego okresu życia. Nie możemy mówić o profilaktyce dzieci i na tym zakończyć. Ze względu na choroby ogólnoustrojowe jest ona tak samo ważna od chwili narodzin aż do późnej starości – podkreślał Barucha.

Poinformował, powołując się na konsultanta krajowego w dziedzinie stomatologii dziecięcej, że nawet programy profilaktyczne dla najmłodszych zostały ostatnio zarzucone. – To bardzo duże niebezpieczeństwo – stwierdził Barucha. – Dzieci najłatwiej chłoną wiedzę i je najszybciej możemy nauczyć, jak dbać o swoje zdrowie. Jeśli ktoś uczestniczył w programach profilaktycznych, to wie, że najczęstsze pretensje ze strony rodziców do lekarzy prowadzących polegają na tym, że oni nigdy w życiu nie mieli w domu nici dentystycznych, a dziecko nagle zażyczyło sobie nitki. To pokazuje, jak ogromny wpływ na dorosłych mają dzieci. Musimy to wykorzystać. Bez zdrowej jamy ustnej nie ma zdrowego organizmu, a zdrowie ogólne

fot.: Artur Pedryc

◀ *O zagrożeniach i wyzwaniach dla współczesnej stomatologii mówił* ***Paweł Barucha****, wiceprezes NRL*

zaczyna się w jamie ustnej – podkreślał wiceprezes Paweł Barucha.

– Zdrowie jamy ustnej to zdrowie ogólne, to zwierciadło ciała – wtórowała mu Marzena Dominiak, prezydent Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego. Podkreślała, że wiele chorób ogólnych można rozpoznać po zmianach w obrębie jamy ustnej, tylko lekarze muszą „nauczyć się to czytać". Zwracała uwagę na potrzebę wykonywania samobadań.

– Często mówimy o samobadaniu piersi, a czy ktoś mówi o samobadaniu jamy ustnej? Czy ktoś naprawdę ogląda, co się dzieje pod językiem, jak wygląda błona śluzowa i podniebienie? – pytała. Postulowała także większą współpracę stomatologów z lekarzami rodzinnymi i odwrotnie.

EDUKACJA ZDROWOTNA W SZKOŁACH

Biorąca udział w spotkaniu Emilia Różycka, naczelnik Departamentu Podręczników, Programów i Innowacji Ministerstwa Edukacji Narodowej, poinformowała o zmianach wprowadzanych w szkołach podstawowych i ponadpodstawowych, mających na celu podniesienie poziomu edukacji zdrowotnej Polaków. – Są dwa świeżo podpisane rozporządzenia. Od 1 września edukacja zdrowotna będzie realizowana w szerszym zakresie niż do tej pory. Ona dotychczas była, ale pod inną nazwą: wychowanie do życia w rodzinie, o którym wszyscy słyszeli. Natomiast teraz będzie to edukacja zdrowotna i ona naprawdę obejmuje całość człowieka: aktywność fizyczną, istotę szczepień, sprawy dotyczące uzależnień – informowała przedstawicielka resoru.

Zapewniła, że w podstawie programowej nowego przedmiotu dużo miejsca poświęcono także profilaktyce stomatologicznej. – Są tam te elementy, o których państwo dziś powiedzieliście. Jest wręcz literalnie wskazane, że należy nauczać dzieci i młodzież wszystkich rzeczy związanych z higieną jamy ustnej plus tego, jak przygotować się do wizyty stomatologicznej – zapewniła Emilia Różycka.

NOWY KOSZYK ŚWIADCZEŃ

Dominika Janiszewska-Kajka, zastępca dyrektora Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia, przedstawiła ostatnie działania resortu w zakresie profilaktyki stomatologicznej. Podkreślała, że wiele z nich jest efektem działania Rady ds. Rozwoju Stomatologii, na której czele przez ostatnie sześć miesięcy stał Paweł Barucha, wiceprezes NRL.

– Dzięki współpracy z Radą, bardzo dobrej, powstają pomysły, które Ministerstwo Zdrowia stara się wdrażać. W ostatnim czasie sporo się zdarzyło w tym zakresie – mówiła Dominika Janiszewska-Kajka, przedstawiając procedury z nowego koszyka świadczeń gwarantowanych. – Mam całą listę, ale odniosę się tylko do profilaktyki: lakierowanie zębów mlecznych, profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla trzylatków, została także opracowana nowa wycena w profilaktyce, za pomocą której staramy się zachęcić, by te świadczenia były realizowane – wymieniała. I dodała: – Jak wiemy, bardzo długo nic się nie działo w koszyku stomatologicznym. To jednak dopiero początek, bo w planach mamy sporo, m.in. chcemy wprowadzić w najbliższym czasie do konsultacji rozporządzenie, które będzie umożliwiało zastosowanie takich plomb, jakie będzie chciał zastosować lekarz, czyli będzie miał dowolność – zapowiadała przedstawicielka resortu.

STUDENCI UCZĄ SIĘ, JAK MYĆ ZĘBY

Ciekawym elementem obrad było wystąpienie lek. med. Barbary Gronwald, ekspertki ds. wydajności w Centrum Medyczno-Diagnostycznym w Siedlcach, i studenta Tomasza Kinkela ze Studenckiego Towarzystwa Naukowego działającego przy Uniwersytecie Medycznym w Łodzi. Barbara Gronwald zaprezentowała dane dotyczące ochrony stomatologicznej w Polsce i w Europie, wskazała rozwiązania pozwalające na znaczną poprawę sytuacji, które okazały się skuteczne w krajach skandynawskich.

Z kolei Tomasz Kinkel zaprezentował wyniki ankiety przeprowadzonej wśród słuchaczy kierunku lekarsko-dentystycznego w całym kraju. Sporym zaskoczeniem dla zgromadzonych była informacja, że prawie 40 proc. studentów pierwszy raz dowiedziało się, jak prawidłowo szczotkować zęby, od nauczyciela akademickiego.

– Uczymy nasze dzieci, jak jeździć na rowerze, równań matematycznych, a nie uczymy, jak szczotkować zęby i dbać o higienę jamy ustnej. Dlatego my, studenci, prosimy, by lekcje z profilaktyki stomatologicznej w szkole były obowiązkowe i aby znalazły się tam zajęcia praktyczne z instruktażem higieny jamy ustnej – postulował Tomasz Kinkel.

ULOTKA SAMORZĄDU

Ważnym punktem obrad było zaprezentowanie ulotki dotyczącej higieny jamy ustnej, która została opracowana przez samorząd lekarski i firmę Haleon.

– Próbowaliśmy stworzyć prostą ulotkę. Taką, która zawiera maksimum informacji, ale w czytelnej formie. Będziemy ją wysyłać do gabinetów, szczególnie zajmujących się stomatologią dziecięcą, po to, aby nawet w trakcie czekania na swoją kolejkę w gabinecie można się było z nią zapoznać. Mam nadzieję, że to dzieci zabiorą ją do domu, bo wtedy będziemy mieli najlepszy skutek – mówił Paweł Barucha, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej, prezentując projekt ulotki. •

GAZETA LEKARSKA

PRAKTYKA LEKARSKA

To nie są rewelacje z Facebooka

IX Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne odbędą się pod hasłem „Kierunek przyszłość – innowacja i tradycja w stomatologii" – mówi dr n. med. **Dariusz Paluszek**, wiceprezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, w rozmowie z Mariuszem Tomczakiem.

Dlaczego w dniach 6-8 czerwca warto przyjechać do podwarszawskiego Serocka?
Bo Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne to krajowe święto lekarzy dentystów. To jedyne miejsce, w którym kilkaset osób przez kilka dni dyskutuje o tym, jak wygląda polska stomatologia i czego potrzebują lekarze dentyści. W odróżnieniu od innych konferencji, w czasie których kładziony jest silny nacisk na wiedzę albo na warsztaty praktyczne czy przyjemne spędzanie czasu, my zdecydowaliśmy się to wszystko połączyć. Nic dziwnego, że niektórzy przyjeżdżają na MSS z rodziną.

Do kogo jest skierowane to wydarzenie?
W Serocku spotykają się najważniejsze osoby z różnych dziedzin stomatologii w Polsce, tj. konsultanci krajowi i wojewódzcy oraz prezesi towarzystw naukowych, przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia, działacze samorządu lekarskiego, a przede wszystkim bardzo wielu lekarzy dentystów praktykujących na co dzień w swoich gabinetach, którzy w tym miejscu mogą bez problemu spotkać osoby znane z gazet czy telewizji. Ideą MSS jest to, by każdy uczestnik mógł podejść np. do profesora, ważnego urzędnika czy samorządowca i zapytać o dowolną sprawę. W czasie MSS burzymy wyrosłe między nami bariery. Dzięki temu wydarzenie cieszy się rosnącą popularnością.

Ilu uczestników się spodziewacie?
Pod względem organizacyjnym jesteśmy przygotowani na 700 osób. W ubiegłym roku zabrakło miejsc hotelowych tuż przed konferencją, a w tym roku wyprzedały się one prawie w całości, zanim oficjalnie ogłosiliśmy zapisy. Znaczną część uczestników stanowią członkowie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, ale nie brakuje osób z innych części kraju, np. Krakowa, Katowic, Rzeszowa, Białegostoku czy Szczecina.

fot.: archiwum prywatne

◀ *Wydarzenie ewoluuje w kierunku większej specjalistyki – podkreśla dr* ***Dariusz Paluszek***

W trakcie trzech dni zaplanowano trzydzieści wykładów i debat. Czego będą dotyczyć?
Punktem wspólnym są innowacje. Będziemy rozmawiać m.in. o multidyscyplinarnym i zespołowym podejściu do leczenia oraz o chorobach ogólnoustrojowych w jamie ustnej. Porozmawiamy o liczbie lekarzy dentystów w Polsce i o tym, co z tego wynika. Zostaną przedyskutowane też różne kwestie dotyczące pacjentów zarówno małoletnich, jak i najstarszych, bo czasami wymagają one odmiennego podejścia. To bardzo ważne, choćby dlatego że w czasie studiów nie ma zagadnień związanych z gerostomatologią. Tymczasem starsi pacjenci przychodzący do gabinetu często przyjmują leki stosowane w chorobach serca czy na cukrzycę albo mają schorzenia, o których tak naprawdę sami jeszcze nie wiedzą. Zdarza się, że w jamie ustnej pacjentów widzimy objawy różnych chorób i naszą rolą jest zwrócić im na to uwagę.

MSS odbywa się po raz dziewiąty. Czy tegoroczny program różni się od wcześniejszych edycji?
Nasze wydarzenie ewoluuje w kierunku większej specjalistyki – początkowo było kierowane do szeroko rozumianych stomatologów, ale od kilku lat wiedza przekazywana w czasie MSS staje się mniej ogólna. Współpracujemy z towarzystwami naukowymi i praktykami wysokospecjalistycznymi. W tym roku konferencja jest organizowana we współpracy m.in. z Warszawskim Uniwersytetem Medycznym, Polskim Towarzystwem Stomatologii Dziecięcej, Polskim Towarzystwem Radiologii Stomatologicznej i Szczękowo-Twarzowej, Polskim Towarzystwem Stomatologii Geriatrycznej oraz Ogólnopolskim Stowarzyszeniem Implantologii Stomatologicznej. Będzie też sesja poświęcona protetyce, która potrwa praktycznie przez półtora dnia, przygotowana przez Sekcję Protetyki Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego. W czasie MSS jest przekazywana evidence-based medicine, a nie plotki czy facebookowe rewelacje. To wiedza bezpieczna dla pacjentów i lekarzy dentystów opierająca się na nowoczesnych, ale sprawdzonych rozwiązaniach. Dodatkowe informacje o MSS są dostępne na stronie internetowej https://mss.izba-lekarska.pl. •

Łatwo wpaść w pułapkę uzależnienia

Lekarze to nie tylko profesjonaliści, ale też zwykli ludzie, którzy czasem zmagają się z trudnościami większymi, niż moglibyśmy przypuszczać. Ich uzależnienia wymagają zrozumienia, a nie potępienia. A szukanie pomocy to nie wstyd. To przejaw odwagi.

MARIUSZ POLITOWICZ
CZŁONEK NACZELNEJ RADY APTEKARSKIEJ

Uzależnienia wśród lekarzy to temat delikatny, ale ważny. Zasługuje na refleksję. Lekarze to grupa zawodowa, która każdego dnia podejmuje decyzje mogące wpłynąć na ludzkie życie, a jednocześnie styka się z presją, stresem i łatwym dostępem do substancji psychoaktywnych. Jako farmaceuta mogę jedynie spróbować zrozumieć, co prowadzi do takich sytuacji, i spojrzeć na problem z empatią, a nie osądzając.

Praca w ochronie zdrowia nie należy do łatwych. Długie dyżury, brak czasu na regenerację, emocjonalne obciążenie wynikające z trudnych przypadków medycznych. Wyobraźmy sobie chirurga po wielogodzinnej operacji, która nie zakończyła się sukcesem, lub internistę, który musi poinformować rodzinę pacjenta o złych rokowaniach. To zostawia ślad w psychice. W takich momentach potrzeba odreagowania czy ukojenia może być ogromna, a leki – które dla lekarza są narzędziem pracy – stają się czymś, co jest pod ręką.

Dostępność substancji odurzających to jeden z kluczowych czynników ryzyka. Lekarze, podobnie jak farmaceuci, mają wiedzę o działaniu leków i możliwość ich zdobycia. Opioidy, benzodiazepiny, a nawet stymulanty stosowane w leczeniu ADHD mogą być kuszące, gdy ktoś szuka sposobu na radzenie sobie z wyczerpaniem lub bezsennością. Z perspektywy farmaceuty, który wydaje te leki, trudno nie dostrzec, że to, co dla pacjenta jest ściśle kontrolowane, dla lekarza może być łatwiej dostępne. To nie powód, by lekarzy potępiać. Raczej sygnał, że system, w którym pracują, nie zawsze daje im wystarczające wsparcie.

Warto też wspomnieć o stresie chronicznym, który w tej profesji jest niemal codziennością. Farmaceuta widzi lekarzy w biegu, zmęczonych, z wyraźnym napięciem na twarzy. Często rozmawia z nimi o pacjentach, o terapiach, ale rzadko o tym, jak oni sami się czują. A przecież są tylko ludźmi. Uzależnienie może zacząć się niewinnie – od jednej tabletki na sen, od czegoś, co miało być chwilową pomocą. Z czasem jednak tolerancja rośnie, a organizm domaga się więcej.

Kolejna rzecz to tabu. W środowisku medycznym przyznanie się do problemu z uzależnieniem jest trudne. To ryzyko utraty reputacji, prawa wykonywania zawodu, a czasem nawet całej kariery. Lekarz, który zmaga się z problemem, często woli milczeć, niż szukać pomocy. Farmaceuta jako osoba z zewnątrz może czasem wyczuć, że coś jest nie tak. Nie ma jednak narzędzi, by interweniować bezpośrednio, ale jedynie w subtelny sposób sugerować wsparcie.

Badania pokazują, że lekarze niekoniecznie nadużywają substancji bardziej niż reszta społeczeństwa, ale gdy już popadają w uzależnienie, często sięgają po leki na receptę. Anestezjolodzy są na przykład bardziej narażeni na uzależnienie od opioidów ze względu na codzienny kontakt z tymi substancjami. Z kolei psychiatrzy czy interniści mogą częściej sięgać po benzodiazepiny.

Nie oceniam, współczuję. Wiem, że uzależnienie to nie kwestia słabej woli, lecz złożony problem, na który składają się biologia, psychologia i okoliczności zewnętrzne. Lekarze mimo swojej wiedzy nie są odporni na te mechanizmy. Przeciwnie. Świadomość działania leków może czasem sprawić, że bagatelizują pierwsze oznaki problemu, myśląc, że mają wszystko pod kontrolą. To pułapka, w którą każdy może wpaść, niezależnie od wykształcenia.

Rozwiązanie? Trudno o proste odpowiedzi. Z pewnością potrzebne jest większe wsparcie systemowe – mniej dyżurów, dostęp do psychologów, programy prewencyjne skierowane specjalnie do personelu medycznego. Farmaceuci mogą odgrywać tu pewną rolę, zwracając na przykład uwagę na nietypowe wzorce zamawiania leków, ale bez naruszania prywatności czy zaufania. Ważne jest też przełamanie stygmatu – pokazanie, że szukanie pomocy to nie wstyd, ale odwaga.

Uzależnienia wśród lekarzy to problem, który wymaga zrozumienia, a nie potępienia. Widzę w nich nie tylko profesjonalistów, ale też zwykłych ludzi, którzy czasem zmagają się z trudnościami większymi, niż moglibyśmy przypuszczać. Współpraca między nami – farmaceutami i lekarzami – to nie tylko wymiana wiedzy o lekach, ale też szansa na budowanie wzajemnego wsparcia. Może dzięki temu uda się kiedyś zmniejszyć skalę tego cichego, ale realnego problemu. •

GAZETA LEKARSKA

PRAKTYKA LEKARSKA

Banki białej krwi

Dzięki bankom mleka skrajne wcześniaki zyskują dostęp do lekarstwa niedostępnego w żadnej aptece. Nie byłoby go, gdyby nie dawczynie: karmiące mamy – mówi **Agnieszka Piątkowska**, kierownik Banku Mleka Kobiecego w Instytucie „Centrum Zdrowia Matki Polki", w rozmowie z Adamem Czerwińskim.

Parę lat temu widziałem niezwykłe ogłoszenie. W „Gazecie Wyborczej" w dziale „Pomoc w domu i opieka" ktoś zamieścił anons: „Zatrudnię kobietę karmiącą jako mamkę".

Dziś mamki, jakie znamy z literatury czy opowieści starszych krewnych, należą do przeszłości. Mamy już taką wiedzę, że potrafimy chronić i wspierać laktację u mamy biologicznej, tak by mogła uzyskać pokarm po porodzie. Wiemy też, jak zaopiekować się kobietą, by laktację utrzymać przez okres przynajmniej sześciu miesięcy.

Poza tym w Polsce i na świecie wróciły do łask laktaria i banki mleka. Od 2015 r. dzięki programowi „Za życiem" powstała sieć 16 takich banków. Skoro działają takie instytucje, zatrudnianie mamek traci sens. Tym bardziej że mówimy o osobach działających w medycznej szarej strefie. Takiej, w której nie zadaje się pytań o bezpieczeństwo. A przecież mleko kobiece jest ludzką tkanką. Może nie tak wymagającą jak krew, nie musimy dostosować dawcę do biorcy pod względem zgodności biologicznej. Ale nie możemy zapominać o elementarnym bezpieczeństwie. Bezwzględnym przeciwwskazaniem do karmienia piersią jest zakażenie wirusem HIV, bo mleko kobiece go przenosi.

Powiedzmy, czym ten bank jest i jak działa?

W bankach zazwyczaj się coś gromadzi, przechowuje i wydaje. My gromadzimy mleko od kobiet, które karmią własne dzieci i mają „nadwyżki". Tym mlekiem odpowiednio się zajmujemy: analizujemy, czy jest bezpieczne pod względem mikrobiologicznym, sprawdzamy również jego skład i wartość odżywczą. Czyli działamy jak laboratorium. Zgodnie z obowiązującymi rekomendacjami mleko kobiece w banku jest poddawane procesowi pasteryzacji. Po pasteryzacji prowadzimy kolejne badania. Tak, że jesteśmy absolutnie pewni, że wychodzące od nas mleko jest bezpieczne i posiada określony skład, a więc ma określoną ilość tłuszczu, białka i liczbę kalorii. Zabezpieczony i zbadany produkt przechowujemy do momentu, kiedy spłyną zamówienia ze szpitalnych oddziałów.

fot.: archiwum prywatne

▲ *W Polsce wszystkie banki mleka działają przy szpitalach*

Wasi biorcy to…

Zazwyczaj noworodki w oddziałach neonatologicznych. Twórcy sieci banków mleka w Polsce zakładali, że pierwszymi biorcami pasteryzowanego mleka kobiecego będą dzieci urodzone przedwcześnie. Głównie skrajnie niedojrzałe wcześniaki, a więc dzieci urodzone przed 30. tygodniem ciąży. Mleka kobiecego potrzebują również noworodki obarczone chorobami i wadami wrodzonymi. Dostają je również tak zwane późne wcześniaki. Kolejną grupą odbiorców są dzieci urodzone o czasie, które wymagają hospitalizacji czy leczenia ze względu na zaburzenie okresu adaptacji, choroby czy wady. Ostatnia, najmniejsza grupa to zdrowe dzieci urodzone o czasie, których matki borykają się z brakiem mleka. Czasem z banków korzystają podopieczni domów dziecka i maluszki w hospicjach. Zostaje nam jeszcze pewna pula mleka do celów naukowych.

Czasem życie pisze scenariusze, które trudno umieścić w określonej szufladce. Bywało, że w naszym ośrodku rodziły się bliźniaki. Jedno z rodzeństwa trafiało na oddział neonatologiczny, drugie zostawało na oddziale położniczym z mamą, która nie miała pokarmu. Wtedy zarówno zdrowy noworodek przy mamie i jego siostra czy brat na neonatologii dostawali mleko bankowane. W momencie kiedy mama uzyskiwała pokarm, nasze mleko było wycofywane. Ono było traktowane jako pomost do naturalnego pokarmu matki.

Neonatolodzy mówią o „złotej godzinie".

Chodzi o to, by w pierwszych kilkudziesięciu minutach po porodzie podać dziecku naturalny pokarm, najlepiej matki. Tylko że nie zawsze się to udaje. Bo laktacja po porodzie ma różny przebieg. Wpływa na nią wiele czynników ze strony matki – i zdrowotnych, i zewnętrznych – np. stres okołoporodowy. Więc nie zawsze mama w pierwszych godzinach po porodzie jest w stanie pozyskać pierwsze krople mleka. Jeśli ciąża kończy się zbyt wcześnie, kobieta może mieć problem z wytworzeniem mleka. Zawsze są dwie osoby, które biorą udział w laktacji: mama i dziecko, które oczekuje na pokarm. Laktacja jest fizjologicznym procesem, który kończy ciążę. W momencie zakończenia porodu, urodzenia łożyska, rusza cały kompleks laktogenny i proces powinien się zacząć. Ale jest on zależny od hormonów, od stanu mamy, również emocjonalnego. Poród przedwczesny, np. w dwudziestym piątym, dwudziestym ósmym tygodniu, to często sytuacja krytyczna. Działają kortyzol, adrenalina. I one blokują wydzielanie hormonów odpowiedzialnych za laktację, takich jak prolaktyna, oksytocyna.

Coraz częściej ciężarne mają choroby przewlekłe typu cukrzyca, nadciśnienie. To też nie pomaga. Może opóźnić laktację nawet do piątej doby po porodzie. To czas dla doświadczonych położnych. Prowadzimy stymulację, pokazujemy, jak pracować z laktatorem, ale zdarza się, że mimo wysiłków pokarmu nie uzyskujemy w odpowiednich ilościach. 2 do 3,5 ml na dobę to za mało na start.

Nawet skrajny wcześniak potrzebuje około 0,5 ml osiem razy na dobę.

fot.: archiwum prywatne

◀ *Pozyskiwanie dawczyń to najtrudniejszy element pracy w banku mleka – uważa* ***Agnieszka Piątkowska***

Dlatego kiedy przyjdziemy do zestresowanej kobiety z informacją, żeby się nie martwiła, bo dziecko dostanie mleko, i to ludzkie, przebadane, pasteryzowane, bezpieczne dla jej dziecka, a nie sztuczną mieszankę, to usuwamy przynajmniej jedną przeszkodę na drodze do laktacji, czyli stres.

Dla dzieci to też ważne.

Skoro mamy spokojniejszą mamę, możemy zająć się dzieckiem. Wiemy, że fizjologicznie przeciwciała, czyli wsparcie odpornościowe od matki, przenikają przez łożysko powyżej 34. tygodnia ciąży. Potem, po porodzie, kontynuacją tego procesu są przeciwciała przekazywane w pokarmie mamy. Wcześniak urodzony przed czasem przekazywania przeciwciał jest pozbawiony naturalnej ochrony, a nierzadko trzeba go zaintubować, założyć drogę. Te interwencje są obarczone ryzykiem zakażenia. Mamy dowody na to, że mleko kobiece ma nie tylko walory odżywcze, ale przede wszystkim stymuluje układ odpornościowy. Wiemy także, że dla wcześniaka nie potrzeba bardzo dużo tego mleka. Te krople – 0,2, 0,3, 0,5 mililitra mleka matczynego – wpływają stymulująco na odporność. Do tego dochodzi działanie odżywcze, mówimy wtedy o żywieniu troficznym, które jest równie ważne jak leczenie. Reasumując: mleko jest lekarstwem dla wcześniaków.

A jak sobie radzicie z pozyskiwaniem mleka?

Nie ma banku bez dawczyń. Dlatego w Polsce wszystkie banki mleka działają przy szpitalach. Na świecie jest różnie. My potrzebujemy dostępu do nadwyżek mleka. No i najłatwiej je zdobyć w obrębie szpitala z oddziałami położniczymi i noworodkowymi. Bo właśnie tu można znaleźć mamy, które są zdrowe i mają szansę na to, by rozwinąć laktację, czyli wykarmić swoje dziecko i jeszcze pozyskać nadwyżkę mleka, która będzie mogła zostać w banku.

Bank mleka działa na podobnych zasadach jak centrum krwiodawstwa. Ale największa różnica to dawcy. Centra krwiodawstwa budują sobie zaplecze z dawców, którzy regularnie, często przez całe życie, oddają krew.

Nigdy nie będziemy mieć takiego komfortu. Przede wszystkim dlatego, że dawczynią można być przez trzy miesiące. Oczywiście, zdarza się, że wracają do nas panie po urodzeniu kolejnych dzieci. Ale pozostaną z nami przez kolejne kilka-kilkanaście tygodni. Pozyskanie dawczyń to bodaj najtrudniejszy element pracy banku. Nie każda kobieta, która karmi, ma ochotę albo możliwości, żeby zostać dawczynią. A więc musimy szukać i zachęcać. Tu chwytamy się wszystkich możliwych metod. Staramy się, żeby było o nas słychać. Korzystamy z tradycyjnych mediów: telewizje, radia, gazety. Bardzo dobrym narzędziem są social media. Dlatego informacje o nas często można znaleźć na Facebooku. Oczywiście bezcenny jest kontakt twarzą w twarz. Dlatego można nas spotkać w oddziałach położniczych i noworodkowych. No i poczta pantoflowa. Zawsze powtarzamy rodzicom, żeby

GAZETA LEKARSKA

opowiadali znajomym, że ich dziecko skorzystało z mleka innych kobiet. To samo z dawczyniami. Prosimy, by opowiadały koleżankom, jak się dzielą mlekiem. W naszym szpitalu jest dużo studentek położnictwa. Zapraszam je do banku i w trakcie wizyty zawsze proszę o reklamę na ich mediach społecznościowych, czyli tam, gdzie bywają inne młode kobiety.

Czyli Pani prowadzi nieustającą kampanię medialną.
Bo wiem, że wcześniej czy później przyjdzie kryzys. Teraz mam kilka stałych dawczyń. Ale co będzie, jak za kilka tygodni odejdą i nie namówię na współpracę żadnej kobiety? Zapasy wcześniej czy później się wyczerpią. A już niedługo wakacje.

Jak wygląda proces kwalifikacji dawczyni?
Jak w krwiodawstwie: najpierw jest wywiad, później badania serologiczne z krwi. Musimy także wykonać analizę mikrobiologiczną mleka, czyli poznać jego florę bakteryjną, ustalić miana mikroorganizmów. I tak jak nie każdy może zostać dawcą krwi, tak nie każda zgłaszająca się do nas kobieta będzie mogła nas wspierać.

Nawet jeśli karmi swoje dziecko i ono jest zdrowe?
Kontrolujemy mleko przed pasteryzacją i po niej. Po „obróbce" musi ono być jałowe, natomiast przed pasteryzacją nie może być wysokiego miana np. gronkowca złocistego. A wielu ludzi to nosiciele tej bakterii i o tym nie wiedzą. Czasem kobiety dowiadują się właśnie podczas kwalifikacji do banku mleka. Inny przykład to nadciśnienie. Można z nim w miarę bezpiecznie przejść całą ciążę, urodzić i karmić zdrowe dziecko. Ale niestety nie każda kobieta z nadciśnieniem może być dawczynią. Wszystko zależy od tego, jakie przyjmuje leki. Nie wszystkie leki na nadciśnienie są bezpieczne w mleku dla dzieci.

Podobnie jest z innymi chorobami. Np. z depresją czy padaczką. Obecnie mamy już takie leki, przy których możliwe jest bezpieczne karmienie własnego dziecka, ale już nie ma możliwości dzielenia się nadwyżkami mleka z bankiem.

Bo przecież to mleko trafi do najbardziej kruchych pacjentów, czyli skrajnych wcześniaków. Musimy im zagwarantować najbezpieczniejszy pokarm, więc najlepiej, by nasze dawczynie były zdrowe, nieobciążone żadną chorobą, niebiorące żadnych leków. Tylko że coraz trudniej znaleźć taką kobietę. Każda kandydatka na dawczynię przechodzi pogłębiony wywiad zdrowotny. Zadajemy mnóstwo pytań. Pytamy o choroby, które przeszła, jakie leki zażywa, jak się odżywia, czy korzysta z suplementacji preparatami witaminowymi lub ziołowymi. Pytamy o styl życia rodziny. Czy w domu się pali? Czy się pije? W końcu dopytujemy o to, jak dawczyni postępuje z mlekiem. W jaki sposób je odciąga, jakim laktatorem?

Po kwestionariuszu wystawiamy skierowania na badania krwi i mikrobiologiczne. Po kilku dniach, kiedy mamy wyniki, podejmujemy ostateczną decyzję o kwalifikacji lub dyskwalifikacji. Przez sześć lat działalności mojego banku przez sito przeszło 250 dawczyń.

Wychodzi 42 rocznie.
Dlatego pracujemy w ciągłym napięciu. Zazdroszczę centrom krwiodawstwa, bo one mają bazę stałych dawców, którym w trudnym momencie można wysłać SMS-a z prośbą o wsparcie. Zamiast wysyłać wiadomości, otaczamy dawczynie troską.

Za każdym razem staramy się im podarować jak najwięcej dobrych słów. A gdy dodamy, że dzięki pani mleku, powiedzmy, pięć noworodków zyskało możliwość korzystania z pokarmu kobiecego i doczekały momentu, w którym mama uzyskała własny pokarm, i być może uratowaliśmy je przed martwiczym zapaleniem jelit, to widzę błysk w oku i wielką radość.

Nasze dawczynie są wyjątkowe z jeszcze jednego względu. Są dobrze wyedukowane. Gdy z nimi rozmawiam, widzę, że świetnie znają walory mleka. Karmiąc swoje dzieci, widzą, że maluszki

DR HAB. N. MED. EWA GULCZYŃSKA
KIEROWNIK KLINIKI NEONATOLOGII, PATOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII NOWORODKA INSTYTUTU „CENTRUM ZDROWIA MATKI POLKI" W ŁODZI

fot.: archiwum prywatne

W przypadku każdego dziecka preferujemy zawsze karmienie mlekiem własnej mamy. Dotyczy to wszystkich noworodków: zarówno donoszonych, jak i wcześniaków. Wśród dzieci leczonych na intensywnej terapii miewamy trudne sytuacje związane z karmieniem. Czasami laktacja występuje później. Mamy też kłopoty z „rozkarmieniem" małego wcześniaka, bo to często dzieci krytycznie chore. I u nich oczywiście również preferujemy mleko kobiece, tylko że często mleko własnej mamy jest niedostępne. Jest ono takie ważne, dlatego że zawiera bardzo dużo czynników wzrostowych, które stymulują dojrzewanie przewodu pokarmowego, ośrodkowego układu nerwowego. Jest w nim dużo hormonów i też żywe komórki, leukocyty czy makrofagi. To wszystko stymuluje niedojrzały organizm do lepszej adaptacji i funkcjonowania w życiu pozamacicznym. Jeżeli nie mamy mleka własnej mamy, to drugim wyborem jest mleko z banku mleka kobiecego. Natomiast ostatnim wyborem są mleka modyfikowane. One jakościowo są zdecydowanie coraz lepsze, ale wciąż niedoskonałe. Nasze małe wcześniaki nadal osiągają lepsze wyniki, zarówno jeżeli chodzi o opiekę neurorozwojową, jak i dojrzewanie, adaptację przewodu pokarmowego, jeśli karmimy je mlekiem mamy albo mlekiem z banku mleka kobiecego. •

są zdrowsze i fajnie się rozwijają. Świadome tego chętniej się swoim mlekiem dzielą.

Wiemy, jak wygląda pobieranie krwi, a jak jest z mlekiem.
Mamy pokarm pobierają w domu i po prostu przywożą go w specjalnych pojemnikach. Mleko może być zamrożone.

Mama po zakwalifikowaniu dostaje od nas butelki, wypożyczamy też laktator klasy szpitalnej. Jest cały czas pod naszą opieką. Co jakiś czas się z nią kontaktujemy, rozmawiamy. Jeśli pojawiają się jakiekolwiek problemy z laktacją, zgłasza się do nas. Pokarm można zamrażać i przywozić do nas hurtem co kilka, kilkanaście dni, ale nie rzadziej niż raz na dwa, trzy tygodnie.

Ponieważ nie mamy możliwości odbierania mleka z domu, „odpadają" nam pacjentki mieszkające dalej od nas. Nie namówimy ich na długie podróże. Nawet dziś dzwoniła do mnie pani spod Częstochowy. Chciała się dzielić mlekiem, ale zrezygnowała, gdy dowiedziała się, że co trzy tygodnie musiałaby przyjeżdżać do Łodzi. Rozumiem. To jest godzina jazdy w jedną stronę i kolejna godzina w drugą.

Czy szpital coś z tego ma, że ma bank mleka?
Na pewno prestiż. Dla wielu pacjentek informacja o tym, że w danej placówce działa bank mleka, może być dodatkowym argumentem, by w niej rodzić.

Mleko kobiece jest dodatkowo finansowane przez NFZ. Można rozliczyć procedurę żywienia mlekiem kobiecym z banku. Procedura jest przeznaczona dla dzieci urodzonych przedwcześnie, do 4. tygodnia wieku korygowanego. Szpital dostaje za nią sporą liczbę punktów. Ale na prowadzeniu banku mleka się nie zarabia. Ministerstwo tak to wymyśliło i tak zaprogramowało, że zyskują placówki, które karmią.

Ale trochę niezręcznie mówić mi o pieniądzach w kontekście mleka kobiecego. Janusz Korczak powiedział, że mleko kobiece to biała krew, która ratuje życie. I my – w bankach mleka – pomagamy się nią dzielić. Dzięki mamom pomagamy dzieciom i innym mamom. I korzystając z okazji, wszystkim naszym byłym, obecnym i przyszłym dawczyniom z serca dziękuję. •

Co mówią matki o banku mleka

OLA, MAMA ZUZI

fot.: archiwum prywatne

Urodziłam córeczkę we wrześniu, a już w październiku musiałam wrócić do obowiązków zawodowych. Jestem pielęgniarką w trakcie specjalizacji. W weekendy mam zajęcia. Zaczęłam odciągać mleko na zapas, żeby dziecko miało co jeść, gdy mnie nie będzie. No i laktacja się rozkręciła. Skoro pojawiły się nadwyżki, zaczęłam szukać informacji, jak się nimi podzielić z potrzebującymi. Jestem już honorowym krwiodawcą, pomyślałam, że zostanę dawczynią mleka. Na internetowej stronie szpitala znalazłam informację o banku i się zgłosiłam z nadzieją, że może ktoś skorzysta. •

MILENA, MAMA LEO

fot.: archiwum prywatne

Kiedy wybierałam szpital, w którym chciałam urodzić, zbierałam informacje o nim. Chciałam mieć pewność, że z dzieckiem trafimy w najlepsze miejsce. Przeglądając stronę internetową szpitala, natrafiłam na informacje o banku mleka. Przyznam, że był to dla mnie dodatkowy argument, by rodzić tu, a nie gdzie indziej. Myślałam: jeśli nie miałabym mleka, moje dziecko i tak je dostanie. Okazało się, że problemów z mlekiem nie mam, nadwyżkami postanowiłam się podzielić i zgłosiłam się pomóc w banku, o którym wcześniej czytałam. •

SANDRA, MAMA AURELII

fot.: archiwum prywatne

Od czasu gdy urodziłam córeczkę, mam dużo mleka. Na oddziale noworodkowym była u mnie doradczyni laktacyjna i powiedziała „zawsze możesz to zamrozić". Posłuchałam i zaczęłam mrozić. Bardzo szybko okazało się, że w zamrażalniku nie mieści się nic oprócz mleka. Kupiliśmy więc wolno stojący zamrażalnik. Wkrótce i w nim zabrakło miejsca. Przecież nie będę wylewać mleka, które może pomóc innym. Dlatego zgłosiłam się do Banku Mleka Kobiecego. Fajnie, że komuś pomogę. •

GAZETA LEKARSKA

FELIETON

Gonimy Skandynawię

Mam głębokie poczucie, że jesteśmy piątym kołem u wozu, wrzodem na tyłku każdej władzy, czymś, na czym politycy i polityczki mogą tylko stracić, bo zyskać na tym nie sposób. Wiedzą, że ochrona zdrowia jest jak wielki tankowiec, którego kursu zmienić w krótkim czasie się nie da.

JAKUB SIECZKO
ANESTEZJOLOG

Nasi prawodawcy podjęli kolejną światłą decyzję. Tym razem obniżyli składkę zdrowotną. Twierdzą, że posunięcie to poprawi stan systemu ochrony zdrowia. Wpisują się tym w popularny, szczególnie w Skandynawii, nurt minimalizmu, którego motto brzmi: „mniej znaczy więcej". Co prawda, chodzi tam raczej o otaczanie się ubraniami, samochodami i sprzętami domowymi dobrej jakości (a w mniejszej liczbie), na ochronę zdrowia zaś kraje te wydają ponad dziesięć procent swojego PKB. Nie czepiajmy się jednak szczegółów. Czerpiemy ze wzorców skandynawskich? Jakoś tam czerpiemy.

Szacuje się, że budżet polskiego NFZ wskutek obniżenia składki zdrowotnej zmniejszy się o ponad 4 mld złotych, a to jest około trzech jego procent. Decyzja ta jest słuszna na pewno, wszak parlamentarzyści – nasi przedstawiciele – stanowią mądrość zbiorową. Zdziwiło mnie jednak kilka uzasadnień dla tejże decyzji, choć oczywiście na pewno czegoś nie zrozumiałem, wszak wybrańcem narodu nigdy nie byłem i prawdopodobnie nie będę. Insynuacje, jakoby obniżenie składki miało cokolwiek wspólnego z nadchodzącymi wyborami prezydenckimi, odrzucam. Niech się wstydzi, kto tak myśli.

Najpoważniejszy kandydat na prezydenta naszej ojczyzny stwierdził, że pomysł jest świetny, bo dzięki mniejszemu budżetowi placówki ochrony zdrowia będą mogły wydajniej i mądrzej zarządzać powierzonymi – skromniejszymi – środkami. Każdy grosz publiczny będzie przez to oglądany nie raz, ale trzy razy. Idea to niezwykle słuszna. Proponuję więc, aby budżet NFZ obciąć nie o trzy procent, a o trzydzieści. Co tam trzydzieści? Mało. Dam pięćdziesiąt procent. Zmniejszmy budżet polskiej ochrony zdrowia o połowę, wtedy każdą złotówkę dyrektorzy finansowi będą musieli oglądać nie trzykrotnie, a trzydziesto- lub nawet stukrotnie. Od uważnego przyglądania się złotówkom zyskują przecież one na wartości tak samo jak herbata bez cukru, która od mieszania staje się słodsza, prawda? Zresztą, proponuję obciąć prezydentowi Warszawy budżet kampanijny o pięćdziesiąt procent. Niech się sztabowcy kandydata więcej nad wydatkami głowią, niech robią jeszcze mądrzejsze (choć krótsze) spoty, jeszcze bardziej uwodzące plakaty, a hasła przez nich wymyślane niech nam obiecują przyszłość jeszcze bardziej świetlaną. W tym celu sztabowców proponuję zamknąć na cztery dni w ciemnej piwnicy i żywić ich czerstwym chlebem, poić tylko zimną wodą. „Artysta głodny jest o wiele bardziej płodny" – śpiewał przecież swego czasu Kazik Staszewski.

> Od uważnego przyglądania się złotówki zyskują na wartości tak samo jak herbata bez cukru, która od mieszania staje się słodsza

Marszałek Sejmu RP w mądrości swojej stwierdził, że dzięki obniżeniu składki zdrowotnej stówa czy dwie stówy miesięcznie pozostaną w kieszeni drobnych przedsiębiorców, np. kwiaciarek. Kwiaciarki – jak wiadomo – na pewno zbiorą się wskutek tej obniżki w większą grupę i zrobią zrzutkę na tomograf komputerowy dla pobliskiego szpitala lub ambulans dla najbliższej stacji pogotowia ratunkowego. Bo z budżetu NFZ na takie zakupy pieniędzy zabraknie. Ale, co tam, najważniejsze, że kwiaciarce trochę grosza w kieszeni zostanie. Przez kilka lat uzbiera się z tego nawet okrągła sumka – będą miały dzieci kwiaciarki co odziedziczyć, kiedy nieszczęśliwą matkę przyjmie już ziemia. Choroba nowotworowa kwiaciarki okaże się bowiem rozpoznana zbyt późno, kiedy w budżecie

NFZ akurat na profilaktykę pieniędzy zabraknie. Idea rozdawania pieniędzy obywatelom, aby realizowali cele, które realizować powinno państwo, wydaje mi się na tyle pociągająca, że proponuję ją zaimplementować do innych dziedzin życia. Obetnijmy na przykład budżet na obronność, ale za to każdy Polak będzie mógł z rozdanych pieniędzy na własne potrzeby kupić sobie komplet scyzoryków do odparcia ataku najeźdźcy. Czołgów może nie będziemy mieli, bunkrów też nie. Jak jednak wiemy z filmu „Chłopaki nie płaczą" i bez bunkrów bywa rozkosznie. Budżet przeznaczony na budowę dróg też proponuję rozparcelować wśród obywateli. Kupi sobie każdy trochę budulca – żwiru albo betonu i zobaczymy, co się stanie.

Szefowa naszego umiłowanego resortu zdrowia Izabela Leszczyna 19 marca zadeklarowała: „Na pewno nie zagłosuję za obniżeniem składki zdrowotnej". Czegóż innego by się spodziewać po ministrze zdrowia cywilizowanego kraju – nie będzie przecież podcinała gałęzi, na której sama siedzi, prawda? Co prawda 4 kwietnia ministra Leszczyna zagłosowała za obniżeniem składki zdrowotnej, ale nie czepiajmy się szczegółów. Nie jest ministra Leszczyna krową, żeby nie zmieniać poglądów.

To trwa od lat. Odkąd pamiętam, mam głębokie poczucie, że jesteśmy piątym kołem u wozu, wrzodem na tyłku każdej władzy, czymś, na czym politycy i polityczki mogą tylko stracić, bo zyskać na tym nie sposób. Wiedzą, że ochrona zdrowia jest jak wielki tankowiec, którego kursu zmienić w krótkim czasie się nie da. Szpitale i przychodnie nikomu nie są do zbijania politycznego kapitału potrzebne. No, może przydają się ewentualnie partyjnym działaczom niższego szczebla, których w podzięce za lojalność można obdarzyć prezesurami zarządów i członkostwem w radach nadzorczych. Jeśli chcą, to niech sobie z wartkiej rzeki publicznych pieniędzy wyprowadzą swój drobny strumyczek. Niech tym na dole też coś skapnie, niech mają, tylko ostrożnie, bo teraz ludzie wszystko komórkami nagrywają i czasem bronić się nie ma jak.

Gdyby polska ochrona zdrowia była krajem, byłaby Mołdawią albo Maltą. Wszyscy zapewnialiby publicznie, że z najwyższą powagą odnoszą się do bogactwa mołdawskiego i maltańskiego dziedzictwa oraz potencjału, ale jednocześnie mieliby pełną świadomość, że w geopolitycznej rozgrywce państwa te stanowią siły absolutnie pomijalne. Że są przypisem.

Gdyby polska ochrona zdrowia była uczniem szkoły podstawowej, to byłaby tym chłopakiem w klasie, którego nikt nigdy nie zaprasza na imprezy, z którymi nikt nie chce siadać w ławce, który nie gra dobrze w koszykówkę ani w piłkę nożną, nie ma fajnych ciuchów, a dziewczyny albo się z niego naśmiewają, albo jest dla nich tak niewidzialny, że jakby przezroczysty.

Gdyby polska ochrona zdrowia była członkinią twojej rodziny, to byłaby tą gadatliwą, męcząca, wścibską ciotką Danutą, której brzydko pachnie z ust. Kiedy ciotka Danuta wychodzi z imienin babci, wszyscy oddychają z ulgą.

Gdyby była twoim kolegą ze studenckiej grupy, to tym, który w piątek o 18:30, na koniec ostatnich zajęć, ma jeszcze cztery pytania do prowadzącego ćwiczenia asystenta. Wszyscy chcecie już iść na piwo albo siedem. Kolegi nikt na piwo nie zaprosił, a jego pytania trzymają was w dusznej sali wykładowej. Jesteście wtedy gotowi udusić go gołymi rękami.

Polska ochrona zdrowia jest też dla rządzących jak ten jeden lekarz w szpitalu – charakteropata, furiat albo dziwak, obok którego nikt nie chce siadać w stołówce, z którym nikt nie chce dyżurować, do którego każdy boi się zadzwonić z prośbą o konsultację – jeden Bóg wie bowiem, co też pan doktor tym razem wymyśli. Każdy szpital ma takiego jednego ananasa – wasz też, prawda?

Jesteśmy kosztem. Jesteśmy problemem. Jesteśmy nierozwiązywalnym równaniem. Od lat i jeszcze na długie, długie lata. •

Napisz do autora:
sieczko.gazetalekarska@gmail.com

reklama

GAZETA LEKARSKA

PRAKTYKA LEKARSKA

Pomiędzy potrzebami i możliwościami

LIDIA SULIKOWSKA
DZIENNIKARKA

Ministerstwo Zdrowia pracuje nad zmianą rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. Czy kryteria przyjęcia pacjentów będą lepiej dostosowane?

Opieka paliatywna i hospicyjna dla dorosłych w ramach świadczeń gwarantowanych jest realizowana ambulatoryjnie w poradniach medycyny paliatywnej, stacjonarnie (w oddziałach szpitalnych lub hospicjach stacjonarnych), a także w formie opieki domowej (hospicja domowe). Przepisy określające, kto może skorzystać z tych świadczeń, reguluje rozporządzenie ministra zdrowia z 2013 r. (po tym czasie było jeszcze dwukrotnie nowelizowane). Zgodnie z tym dokumentem opieką mogą być objęte osoby, które chorują na nieuleczalne, postępujące, ograniczające życie choroby nowotworowe i nienowotworowe, wymienione w zał. nr 1 do rozporządzenia. W przypadku osób dorosłych są to: nowotwory, kardiomiopatia, stwardnienie rozsiane, układowe zaniki pierwotne zajmujące ośrodkowy układ nerwowy, następstwa zapalnych chorób ośrodkowego układu nerwowego, choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności (HIV), niewydolność oddechowa niesklasyfikowana gdzie indziej, a także owrzodzenie odleżynowe. Jest jednak szansa, że zasady korzystania z opieki paliatywnej się zmienią.

PRACE NA FINISZU

„Finalizowane są prace nad ostatecznym brzmieniem projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, które po wejściu w życie zastąpi obecnie obowiązujące rozporządzenie" – poinformowała minister zdrowia Izabela Leszczyna w liście zaadresowanym do uczestników 14. Konferencji „Opieka Paliatywna w Polsce", która odbyła się 4 kwietnia w Warszawie. List odczytała Dominika Janiszewska-Kajka z Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia.

Placówki paliatywne nie kwapią się do wykonywania dużo większej liczby świadczeń, bo Narodowy Fundusz Zdrowia rozlicza się z dużym opóźnieniem

Projekt ten nie został jeszcze skierowany do konsultacji publicznych (stan na 11 kwietnia), więc trudno powiedzieć z całą pewnością, co będzie zawierać nowe rozporządzenie. Najprawdopodobniej zmienią się m.in. kryteria kwalifikacji pacjentów do opieki paliatywnej i hospicyjnej.

OCZEKIWANY KSZTAŁT PROJEKTU

Dr hab. n. med. Aleksandra Ciałkowska-Rysz, prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej (PTMP) i kierownik Kliniki Medycyny Paliatywnej Katedry Onkologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, przyznaje, że potrzebne jest lepsze dostosowanie kryteriów kwalifikujących do opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz zróżnicowanie rodzaju tej opieki zależnie do stanu pacjenta.

– Rozporządzenie, które obecnie obowiązuje, wymaga zastąpienia nowym dokumentem, który bardziej adekwatnie zdefiniuje, komu mamy pomagać. Czekamy na jego wprowadzenie – mówi szefowa PTMP. Dodaje, że propozycja zmian jest w zasadzie gotowa od połowy 2023 r., a nad jej kształtem pracował zespół do spraw przygotowania projektu długookresowej strategii rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej powołany przez ministra

WYŻSZE STAWKI

Od 1 lipca 2024 r. obowiązują wyższe wyceny świadczeń w opiece paliatywnej i hospicyjnej. Zmiany wprowadzono zarządzeniem prezesa NFZ z 29 maja 2024 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna. Jednocześnie dodano w nim m.in. zapis wskazujący na obowiązek przeprowadzania i dokumentowania kwalifikacji świadczeniobiorcy do kontynuacji opieki paliatywnej i hospicyjnej nie rzadziej niż co trzy miesiące (dotyczy świadczeń finansowanych osobodniem).

▶ *W nowym rozporządzeniu zmienią się najprawdopodobniej kryteria kwalifikacji pacjentów do opieki paliatywnej i hospicyjnej*

fot. freepik.com

zdrowia (w jego pracach uczestniczyli m.in. przedstawiciele PTMP, konsultant krajowy w dziedzinie medycyny paliatywnej, konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej, przedstawiciele resortu zdrowia, Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, Narodowego Funduszu Zdrowia).

Co konkretnie zawiera ta propozycja? – Proponuje się w niej m.in. rozszerzenie dostępu do poradni medycyny paliatywnej. Tak, aby każdy pacjent, niezależnie od rozpoznania, wymagający uśmierzenia cierpienia, z którym lekarz prowadzący sobie nie radzi, mógł otrzymać tam konsultację, a nawet dłuższą opiekę, jeśli będzie taka potrzeba. Lekarz poradni paliatywnej będzie też mógł go pokierować do opieki stacjonarnej albo domowej, o ile spełni kryteria przyjęcia do tych form opieki paliatywnej. Obecnie z tej poradni mogą korzystać wyłącznie osoby ze schorzeniami wymienionymi w zał. nr 1 do rozporządzenia – wyjaśnia Aleksandra Ciałkowska-Rysz.

Jak bardzo może się zmienić dostępność do stacjonarnej i domowej opieki paliatywnej? – Proponujemy, aby z tych świadczeń mogły korzystać osoby z wymienionymi w wykazie jednostkami chorobowymi, które jednak będą bardziej doprecyzowane, niż wygląda to teraz. Zgodnie z tą propozycją kryterium objęcia opieką paliatywną powinno być nasilenie objawów towarzyszących chorobie. Chcemy też modyfikacji samego wykazu jednostek chorobowych – tłumaczy Aleksandra Ciałkowska-Rysz. – Obecne przepisy umożliwiają przyjęcie pacjentów kwalifikujących się de facto do opieki długoterminowej, z kolei nie dopuszczają wielu chorych, którym opieka paliatywna naprawdę jest potrzebna. Chodzi m.in. o ciężko chorych pacjentów kardiologicznych lub pulmonologicznych. Ta sytuacja powinna się zmienić – dodaje prezes PTMP.

Jak bardzo może się zmienić wykaz chorób uprawniających osoby dorosłe do korzystania ze świadczeń opieki paliatywnej udzielanych w warunkach stacjonarnych i domowych? Dr hab. n. med. Tomasz Dzierżanowski, wiceprezes PTMP i kierownik Kliniki Medycyny Paliatywnej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, tłumaczy, że najprawdopodobniej kardiomiopatia zostanie zastąpiona przez schyłkową niewydolność serca, ale uwaga – z dokładnie doprecyzowanymi objawami warunkującymi przyjęcie.

– To będzie musiał być pacjent z niewydolnością serca w stadium NYHA IV pomimo stosowania dożylnych diuretyków pętlowych, po dwóch hospitalizacjach z powodu niewydolności serca w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Chcemy również włączenia do tego katalogu pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek dla pacjentów nieotrzymujących leczenia nerkozastępczego – mówi Tomasz Dzierżanowski. Dyskusyjne jest, czy na liście pozostaną pacjenci z odleżynami. – Owrzodzenia odleżynowe, zwłaszcza liczne, są obrazem złej kondycji całego ciała. Chciałbym mieć możliwość reagowania u takich pacjentów. Obawiam się jednak, że mogą zniknąć – przyznaje wiceprezes PTMP.

APEL W SPRAWIE PRZETACZANIA KRWI I LECZENIA ŻYWIENIOWEGO

Poza oczekiwanymi zmianami w rozporządzeniu w środowisku medycyny paliatywnej mówi się też o innych kwestiach, które wymagają poprawy. 1 kwietnia minął rok, od kiedy zniesiono limitowanie w opiece paliatywnej. To teoretycznie bardzo dobra informacja, chociaż, na co zwraca uwagę wiceprezes PTMP Tomasz Dzierżanowski, placówki paliatywne nie kwapią się do wykonywania dużo większej liczby świadczeń, bo Narodowy Fundusz Zdrowia rozlicza się z dużym opóźnieniem.

Tomasz Dzierżanowski zwraca też uwagę, że trwa walka o to, aby w oddziałach medycyny paliatywnej móc kwalifikować pacjentów do leczenia żywieniowego drogą dożylną lub dojelitową. – Możemy w oddziałach prowadzić leczenie żywieniowe, ale nie możemy do tego żywienia kwalifikować pacjentów. To dla mnie niezrozumiałe – mówi Tomasz Dzierżanowski. Wspomina również, że środowisko od lat apeluje do Ministerstwa Zdrowia o wprowadzenie możliwości rozliczania procedury przetaczania krwi i preparatów krwiopochodnych w placówkach stacjonarnych opieki paliatywnej (oddziały i hospicja).

– Mamy do tego warunki, ale NFZ nie chce nam sfinansować tego świadczenia. W efekcie nasi pacjenci muszą być przewożeni na oddział hematologiczny albo internistyczny. To absurdalne rozwiązanie, bo niepotrzebnie blokują tam łóżko. W grudniu 2024 r. wspólnie z konsultantami w dziedzinie medycyny paliatywnej, transfuzjologii oraz hematologii, a także Polskim Towarzystwem Hematologów i Transfuzjologów wystosowaliśmy pismo do resortu zdrowia w tej sprawie – tłumaczy wiceprezes PTMP.

O tym, że nikt nie dyskutuje z zasadnością wprowadzenia takiej możliwości, zapewniła Magdalena Kramska z Departamentu Oceny Inwestycji Ministerstwa Zdrowia podczas posiedzenia Parlamentarnego Zespołu ds. Wspierania Honorowych Dawców Krwi i Polskiego Czerwonego Krzyża oraz Promocji Krwiodawstwa, Dawstwa Szpiku Kostnego i Transplantologii, które odbyło się 3 kwietnia. Dodała, że ten temat był podejmowany podczas posiedzenia Krajowej Rady ds. Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa oraz że trwają prace nad połączeniem części merytorycznej z organizacyjną tego rozwiązania. ●

GAZETA LEKARSKA

PRAKTYKA LEKARSKA

Nie wszystko jest czarno-białe

Każdą sprawę trzeba rozsądzić tak, by nikogo nie skrzywdzić. Nie przespałam z tego powodu wielu nocy – opowiada **prof. Krystyna Rowecka-Trzebicka**, naczelny rzecznik odpowiedzialności zawodowej III kadencji, pierwsza kobieta w najwyższych władzach samorządu lekarskiego w Polsce, w rozmowie z Mariuszem Tomczakiem.

Kilka tygodni temu odebrała Pani Krzyż Komandorski Orderu Odrodzenia Polski nadany przez prezydenta Andrzeja Dudę za wybitne zasługi w działalności na rzecz samorządu lekarskiego oraz za osiągnięcia w pracy naukowo-badawczej i społecznej. Serdecznie gratuluję.

Krzyż Komandorski, który ma piękną szarfę w kształcie kokardy, został mi przyznany w październiku 2024 r., a odebrałam go w marcu 2025 r. w czasie uroczystości w Belwederze. Wyobrażam sobie, że jest to uznanie zarówno dla całego mojego życia, jak i dla wszystkich moich współpracowników. To nie jest przejaw skromności, bo miałam kontakt z wieloma naprawdę bardzo wartościowymi osobami. Moje życie zawodowe to była przede wszystkim praca na etacie w szpitalu klinicznym.

Dodam, że już wcześniej otrzymałam Krzyż Kawalerski Orderu Odrodzenia Polski, z czym wiąże się bardzo ciekawa historia. Odznaczenie zostało mi przyznane już w 1989 r., ale ja o tym nie wiedziałam, bo jak się później okazało, dokumenty gdzieś zaginęły. Odebrałam je dopiero w 1998 r., w dniu, w którym odchodziłam z Centrum Zdrowia Dziecka na emeryturę. Z kolei w 2001 r. otrzymałam Krzyż Oficerski Orderu Odrodzenia Polski.

W grudniu 2024 r. z rąk prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej Łukasza Jankowskiego otrzymałam podziękowanie za – proszę pozwolić, że odczytam – uznanie dla osiągnięć zawodowych, wpływ na rozwój i umocnienie samorządu lekarskiego w Polsce oraz świadectwo niezłomnego ducha, empatii i miłości do ludzi.

Co to znaczy być dobrym lekarzem?

Niełatwo odpowiedzieć na to pytanie w kilku zdaniach. Przede wszystkim ważna jest osobowość oraz życzliwość i chęć pomocy innym ludziom. Lekarz powinien mieć dużo cierpliwości, bo nie będzie w stanie porozumieć się z pacjentem, choć oczywiście zdaję sobie sprawę, że jest to trudne, kiedy wizyta jest zaplanowana na 15 minut, a do gabinetu przychodzi starsza osoba. Pracowałam przez 43 lata i w tym czasie wychowałam dwoje dzieci, co jest także zasługą mojego męża, na którego pomoc zawsze mogłam liczyć.

> Dobrego lekarza musi cechować świadomość, że choćby nie wiem ile się nauczył, nigdy nie będzie wiedział wszystkiego

Oczywiście nie wolno zapominać o wiedzy. Pamiętam, jak kiedyś prof. Bolesław Górnicki powiedział, że lekarz powinien widzieć pacjenta w całości, ponieważ nie może być specjalistą tylko od dużego palca czy tylko od ucha. Dlatego dobrego lekarza musi cechować świadomość, że choćby nie wiem ile się nauczył, nigdy nie będzie wiedział wszystkiego. Warto czasami pomyśleć: „może się mylę", „może czegoś nie wiem". W takich sytuacjach zawsze konsultowałam się z innymi lekarzami i jestem pewna, że dzięki temu pacjenci otrzymali najlepszą możliwą pomoc.

Jak doszło do tego, że zaangażowała się Pani w działalność samorządu lekarskiego?

Kiedy pod koniec lat 80. XX w. odradzały się izby lekarskie, otrzymałam rekomendację ze strony Niezależnego Samorządnego Związku Zawodowego „Solidarność". Mam to pismo do dziś. Dzięki temu w 1989 r. zostałam wybrana na zastępcę naczelnego rzecznika odpowiedzialności zawodowej. W głosowaniu otrzymałam drugą największą liczbę głosów. Rzecznikiem I kadencji został prof. Stanisław Leszczyński, człowiek wspaniały i uczciwy, od którego biła niesłychana życzliwość.

Naprawdę jestem dumna z tego, że byłam pierwszą kobietą na tak odpowiedzialnym stanowisku w odrodzonym samorządzie lekarskim po 1989 r. Przed wojną nie było żadnej kobiety piastującej taką funkcję. W I kadencji byłam zastępcą NROZ, a w III kadencji zostałam wybrana naczelnym rzecznikiem.

To były lata 1997-2001. Jak je Pani wspomina?

fot.: Przemysław Keler/KPRP

▶ *W imieniu prezydenta Andrzeja Dudy odznaczenie* ***prof. Krystynie Roweckiej-Trzebickiej*** *wręczył minister* ***Andrzej Dera***

Od początku uważałam, że rolą naczelnego rzecznika odpowiedzialności zawodowej jest obrona pacjentów, ale też obrona lekarzy przed niesłusznymi skargami. Tego nauczył mnie prof. Leszczyński. Bywały też, niestety, sprawy na linii lekarz-lekarz, których liczba w mojej kadencji nieznacznie wzrosła w porównaniu z poprzednimi latami.

Zawsze dbałam o to, by podczas rozpatrywania sprawy był obecny przynajmniej jeden specjalista z danej dziedziny medycyny. W tamtym okresie wśród zastępców NROZ było około trzydziestu lekarzy i lekarzy dentystów z całej Polski. Dominowały sprawy z zakresu ginekologii i położnictwa oraz chirurgii. Długo dyskutowaliśmy, zwłaszcza nad trudnymi przypadkami.

Wielkim problemem był brak biegłych. Kiedy zostałam naczelnym rzecznikiem, skontaktowałam się telefonicznie z kilkunastoma osobami z różnych stron kraju, które w mojej ocenie były uczciwe i mądre i miały długi staż pracy. Wszyscy, poza jedną, zgodzili się pomagać nam w przygotowywaniu opinii i problem w dużym stopniu został rozwiązany.

Co jest najtrudniejsze dla naczelnego rzecznika odpowiedzialności zawodowej?

Praca rzecznika polega na ocenie konkretnych spraw. Trzeba je rozważać w sumieniu, w oparciu o wiedzę, własne doświadczenie i wnioski wynikające z rozmów z zastępcami. Nie wszystko jest czarno-białe, a każdą sprawę trzeba rozsądzić tak, by nikogo nie skrzywdzić. Czasami kluczowa rola przypada ocenie tego, na ile na daną sytuację wpłynęły warunki udzielania świadczeń czy miejsce, w którym coś się wydarzyło. Nie przespałam z tego powodu wielu nocy.

Dlaczego?

Wprawdzie wspólnie omawialiśmy wszystkie przypadki – w gronie rzeczników zbieraliśmy się mniej więcej raz na dwa tygodnie – ale to przecież ja jako NROZ podejmowałam ostatecznie decyzję, czy sprawa zostanie skierowana do sądu lekarskiego. Zdarzało się, że pacjent miał rację i lekarz został ukarany. To naprawdę nie były łatwe decyzje. Dlatego kiedy zaproponowano zgłoszenie mojej kandydatury na kolejną kadencję, bardzo pięknie podziękowałam i odmówiłam.

Czy wciąż pamięta Pani sprawy z tamtych lat?

Tak. W pamięci utkwiła mi zwłaszcza sytuacja, kiedy do NROZ wpłynęła skarga starszego mężczyzny, który chyba od niedawna przebywał na emeryturze, a wcześniej leczył się psychiatrycznie. Jeszcze zanim doszło do tego spotkania, poprosiłam męża, który też był lekarzem, żeby przyjechał samochodem, zaparkował w pobliżu naszej siedziby i zawiadomił policję, gdyby doszło do jakiegoś nieprzyjemnego zdarzenia.

Spotkanie odbyło się po południu, kiedy w budynku przy ulicy Grójeckiej w Warszawie było tylko kilka osób. W momencie kiedy ten pan pojawił się na sali, podszedł do mnie portier i na ucho powiedział: „Niech pani uważa, bo on ma kamizelkę kuloodporną i gazrurkę". Wtedy nawet nie wiedziałam, co to słowo oznacza…

Rozmowa przebiegała w dość spokojnej atmosferze. Cierpliwie słuchałam, co ten człowiek ma do powiedzenia. Parokrotnie zapytałam, w jaki sposób możemy mu pomóc. Umówiliśmy się, że jeśli w przyszłości zajdzie taka potrzeba, zwróci się z wnioskiem o udzielenie pomocy. Kiedy było już po wszystkim, podszedł do mnie, podziękował i pocałował w rękę, mówiąc, że jestem pierwszą osobą w jego życiu, która go wysłuchała. Więcej pism od tego człowieka nie było, mimo że wcześniej zgłosił z dziesięć skarg. •

Krystyna Rowecka-Trzebicka urodziła się w 1933 r. Studia ukończyła w 1957 r. Specjalizację I stopnia w dziedzinie pediatrii uzyskała w 1961 r., a II stopnia – cztery lata później. W 1967 r. obroniła tytuł doktora nauk medycznych, w 1978 r. uzyskała habilitację, a w 1989 r. otrzymała tytuł profesora. Przez ćwierć wieku kierowała Oddziałem Niemowlęcym w Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie. Od 1998 r. przebywa na emeryturze. Jest honorowym członkiem Światowego Związku Żołnierzy Armii Krajowej oraz bratanicą gen. Stefana Grota-Roweckiego – pierwszego dowódcy AK.

GAZETA LEKARSKA

PRAKTYKA LEKARSKA

Czy ośmioletni chłopiec może zabić z zimną krwią?

SYLWIA WAMEJ
DZIENNIKARKA

Brytyjski film „Dojrzewanie", oparty na prawdziwej historii, stawia pytania, które coraz częściej padają także w polskich gabinetach psychiatrycznych: gdzie kończy się niewinność, a zaczyna wina? Kto naprawdę zawodzi: dziecko czy system?

Brytyjski serial „Dojrzewanie" (Netflix) porusza temat przemocy rówieśniczej i problemów w relacjach dzieci z rodzicami. Jest fabularny – jak zaznacza psychiatra Krzysztof Wilczyński. Serial przejaskrawia pewne zjawiska, wywołując niekiedy nieuzasadniony lęk u rodziców. Może być jednak impulsem do refleksji nad relacjami z dziećmi.

WZROST PRZEMOCY RÓWIEŚNICZEJ

Inspiracją dla produkcji był wzrost przemocy wśród młodzieży w Wielkiej Brytanii – serial trafił nawet pod obrady parlamentu. W Polsce również zmagamy się z tym problemem. Raport fundacji Dajemy Dzieciom Siłę pokazuje, że aż 66 proc. dzieci i nastolatków doświadczyło przemocy rówieśniczej. W ciągu dekady znacząco wzrosła liczba przypadków przemocy fizycznej i psychicznej.

Przemoc rówieśnicza ma nie tylko negatywny wpływ na zdrowie fizyczne dzieci, ale także na ich stan emocjonalny. Badania pokazują, że młodzież, która doświadcza przemocy, może borykać się z poważnymi trudnościami emocjonalnymi, takimi jak depresja, lęki, a także obniżona samoocena. Wiele dzieci, które doświadczają przemocy, zamyka się w sobie, nie rozmawia o swoich przeżyciach, co tylko pogłębia ich trudności.

BRUTALNE HISTORIE

Przykładów rówieśniczej przemocy w Polsce nie brakuje. Choćby historia 17-letniego Eryka z Zamościa, który w lutym 2023 r., wracając do domu, został brutalnie pobity przez kolegów. Rówieśnicy postanowili dać mu nauczkę za to, że rozsiewał plotki w szkole na temat jednej z koleżanek. Inny przykład: w kwietniu tego roku 16-latek z Tarnowa śmiertelnie ranił nożem swojego rówieśnika. Z nieoficjalnych informacji wynika, że chłopcy pokłócili się o ojca jednego z nich.

Jak wyjaśnia psychiatra dzieci i młodzieży Katarzyna Stewart, przyczyny agresji wśród młodych ludzi to splot wielu różnych czynników. – Można ich upatrywać w trudności kontroli emocji i braku umiejętnych mechanizmów radzenia sobie ze złością i frustracją. Do czynników ryzyka na pewno można zaliczyć brak wsparcia emocjonalnego, głębokich relacji z osobami, do których młody człowiek mógłby zgłosić się po pomoc, przemoc w domu, ale też przemoc rówieśnicza, o której młode osoby często wstydzą się mówić. Narażenie na hejt i przemoc nie kończy się po powrocie do domu ze szkoły. Przenosi się na platformy społecznościowe i komunikatory – zauważa Katarzyna Stewart.

INCELE I KULT ANDREW TATE'A

Internet, social media i komunikatory odgrywają ogromną rolę w życiu młodzieży, a popularne w sieci szkodliwe zjawiska bardzo szybko zostają przeniesione do realnego świata. Gdy w serialu „Dojrzewanie" widzowie zaczynają poznawać okoliczności zabójstwa, dowiadują się, że ofiara 13-latka, koleżanka ze szkoły o imieniu Kate, nazwała Jamiego incelem, co uruchomiło jego złość. Jak wyjaśnia Obserwatorium Językowe Uniwersytetu Warszawskiego, incelami nazywają samych siebie mężczyźni, którzy nie mogą znaleźć partnerki seksualnej, a całą frustrację wylewają na forach internetowych i w mediach społecznościowych. W produkcji pada również nazwisko Andrew Tate'a – przestępcy i szkodliwego influencera, głoszącego skrajnie szowinistyczne poglądy, w które niestety wierzy wielu młodych chłopców.

Czy takie tematy nie są zbyt dorosłe dla współczesnych nastolatków? Zdaniem psychiatry dzieci i młodzieży Krzysztofa Wilczyńskiego, choć to może być zaskakujące, takie zagadnienia jak najbardziej interesują młode osoby.

– Nie jestem w stanie powiedzieć, czy jest to związane bezpośrednio z social mediami. Być może tak. Sam czasem jestem zaskoczony tym, jak bardzo 12-,13-latki potrafią być w temacie. Zdarzyło mi się mieć pacjentkę, która, mając 13 lat, zaszła w ciążę. Dużo mówi się o agresji, która jest formą kryzysu tożsamości w zakresie płci. Prowadzi do tego, że osoby, które gorzej sobie radzą w relacjach, mogą mieć różne wątpliwości związane ze środowiskiem incelskim. Nie mówię, że to od razu doprowadzi do morderstwa – wyjaśnia.

A Katarzyna Stewart dodaje, że choć dla wielu rodziców takie tematy mogą wydawać się zbyt dorosłe, tak wygląda współczesna rzeczywistość: social media nie mają granicy wiekowej, a coraz młodsze dzieci oglądają filmy na TikToku czy YouTube, nawet jeśli formalnie nie powinny.

– Dla wielu młodych osób influencerzy są autorytetami, szczególnie w przypadkach, gdy brakuje im innych wzorców. Unikanie tematu nie sprawi, że on zniknie. To dorosły powinien być przewodnikiem dla dziecka. W innym przypadku młoda osoba może się pogubić w tym przekazie – wyjaśnia lekarka.

PSYCHOLOGICZNE SKUTKI

Przemoc rówieśnicza, niezależnie od swojej formy, ma głęboki wpływ na rozwój psychiczny i emocjonalny młodzieży. Dzieci, które stają się ofiarami agresji, często czują się bezradne i nie potrafią poradzić sobie z emocjami. Poczucie izolacji i odrzucenia przez rówieśników może prowadzić do poważnych zaburzeń psychicznych, takich jak depresja, stany lękowe, a w skrajnych przypadkach także myśli samobójcze.

Psychologowie podkreślają, że długotrwała przemoc w szkole może prowadzić do zaburzeń w rozwoju społecznym dziecka. Młodzież, która doświadcza przemocy, ma trudności z nawiązywaniem zdrowych relacji interpersonalnych, a także z rozwiązywaniem problemów w sposób konstruktywny.

Dzieci, które doświadczają przemocy, często szukają sposobów na ucieczkę od emocjonalnego bólu. Niestety, niektóre z nich sięgają po alkohol, narkotyki lub inne substancje, by na chwilę zapomnieć o swoich problemach. Uzależnienia, które mogą pojawić się w wyniku takiej ucieczki, stanowią kolejną przeszkodę w rozwoju młodego człowieka i utrudniają jego życie społeczne.

ROLA RODZINY, SZKOŁY I SPECJALISTÓW

Aby skutecznie przeciwdziałać przemocy rówieśniczej, kluczową rolę odgrywają zarówno rodzina, jak i szkoła. Niestety, w Polsce system wsparcia dla dzieci, które doświadczają przemocy, wciąż jest niedostateczny. Nauczyciele często nie są odpowiednio przeszkoleni w zakresie rozpoznawania sygnałów przemocy, a szkoły nie mają wystarczających procedur, by szybko reagować na tego typu problemy.

Rodzice są pierwszymi osobami, które mogą zauważyć zmiany w zachowaniu swojego dziecka. Często jednak nie mają świadomości, że ich pociecha może doświadczać przemocy w szkole. Z tego względu niezwykle ważne jest, by rodzice tworzyli z dziećmi otwarte relacje, w których młodzież czuje się bezpiecznie, dzieląc się swoimi trudnościami. Warto, by rodzice potrafili zauważyć pierwsze symptomy problemów emocjonalnych u swojego dziecka, takie jak zmiana nastroju, zamknięcie się w sobie czy wycofanie z aktywności szkolnych.

Gdy dziecko doświadcza przemocy rówieśniczej, bardzo istotne jest, by rodzina, szkoła i specjaliści – psycholodzy, terapeuci – współpracowali, oferując kompleksowe wsparcie. Pomoc psychologiczna, która umożliwia dziecku wypracowanie zdrowych mechanizmów radzenia sobie z emocjami i konfliktami, jest kluczowa w procesie wychodzenia z traumy.

Seriale i inne produkcje medialne takie jak „Dojrzewanie" mają ogromny wpływ na postawy młodych ludzi. Pokazują, jak młodzież radzi sobie z trudnymi emocjami, wyzwaniami szkolnymi i rówieśniczymi, a także jak reaguje na przemoc. Produkcje te mogą pomóc młodym ludziom zrozumieć, że nie są sami ze swoimi problemami, a także, że istnieją rozwiązania, które pozwalają radzić sobie w trudnych sytuacjach.

CO MOŻE ZROBIĆ SPOŁECZEŃSTWO?

Aby skutecznie przeciwdziałać przemocy rówieśniczej, działania muszą być podejmowane na wielu poziomach. Na poziomie indywidualnym istotne jest, by dzieci i młodzież były odpowiednio przygotowane do rozwiązywania problemów i zarządzania emocjami. Szkoła jako instytucja powinna wdrażać procedury, które pozwolą szybko reagować na zgłoszenia dotyczące przemocy. Nauczyciele powinni uczestniczyć w odpowiednich szkoleniach z zakresu rozpoznawania oznak przemocy i udzielania wsparcia emocjonalnego.

W kontekście społecznym ważne jest, by tworzyć inicjatywy, które umożliwią młodym ludziom otwarte rozmowy o swoich przeżyciach. Serial „Dojrzewanie" jest wartościowym narzędziem do dyskusji o przemocy rówieśniczej, jej skutkach i sposobach radzenia sobie z trudnymi emocjami wśród młodzieży. Jednak skuteczne przeciwdziałanie przemocy wymaga zaangażowania wszystkich stron – rodziny, szkoły, specjalistów oraz całego społeczeństwa. Tylko poprzez wspólne działania możemy stworzyć bezpieczne środowisko dla młodych ludzi, w którym będą mogli rozwijać się w sposób zdrowy, emocjonalnie stabilny i odporny na przemoc. •

reklama

GAZETA LEKARSKA

Jak cię piszą, tak cię widzą

Wiemy, że czasem złoto to nie to, co się świeci. Wiemy też, że niektóre rzeczy – na pozór kuszące, kojące i dobre – na dłuższą metę okazują się złe, trujące i marnujące życie. Łatwo w nie wejść, ale trudno wyjść. Nawet taki muchomor. Czerwony, błyszczący i zachęcający. Z zewnątrz.

ANNA GOŁĘBICKA,
EKONOMISTKA, STRATEG KOMUNIKACJI I ZARZĄDZANIA

Są rzeczy, które – dla odmiany – w dłuższej perspektywie przynoszą same zyski, ale wciąż wielu lekarzom wydają się mało interesujące. Mowa tu o zarządzaniu swoim wizerunkiem.

Wiosna to świetny moment na różne porządki. Czas na nowe i lepsze. Czas, by zerwać ze starymi, niesłużącymi nam nawykami i zrobić miejsce na nowe. To nic, że jesteś w porządku, że dobrze leczysz i że znają cię z tego najbliżsi. W twoim zawodzie w jakimś momencie nie wystarczy to, co widzą, tylko co piszą albo inaczej – co znajdą w internecie.

I tu trzeba powiedzieć jasno, że w temacie świadomego budowania wizerunku lekarze nie są najbardziej zaawansowaną grupą zawodową. W dużej części środowiska pokutuje przekonanie, że dobry lekarz nie potrzebuje „ściemy marketingowej". Są też opinie typu: „pracuję w szpitalu i nie potrzebuje reklamy" albo „pracuję w poradni i niech poradnia o to dba". I wszystko to może być prawdą albo i nieprawdą, bo nikt tak nie zadba o ciebie, jak ty sam. Uporządkowany i przemyślany wizerunek jest jak czysty, wyprasowany strój, do tego w odpowiednio dopasowanym rozmiarze. Jeśli o niego nie zadbasz, różnie może się zdarzyć.

Jak jest zatem z twoim wizerunkiem? Wpisz swoje nazwisko do wyszukiwarki i zobacz, czy to, co ci ona pokaże, rzeczywiście cię satysfakcjonuje. To, co o tobie piszą. W jakim kontekście występuje twoje nazwisko. Ogranicz swoje wyszukiwanie do grafiki i zobacz, jakie twoje zdjęcia się wyświetlają. Zawęź w narzędziach wyszukiwania czas do ostatniego roku. Co teraz się wyświetla? Pamiętaj, że może być to obarczone pewnym błędem, bo tego, czego nauczyła się twoja wyszukiwarka, nie muszą widzieć inne algorytmy. Generalnie będzie to papierek lakmusowy. Sprawdź, jak to działa na telefonie i na innym – najlepiej nie twoim – urządzeniu.

Nie kończ jeszcze tego ćwiczenia. Włącz sobie najprostsze narzędzie AI, czyli ChatGPT, i zapytaj o samego siebie. Popytaj trochę z różnych stron. Chat to maszyna, która nie zawsze rozumie, o co nam chodzi, nie zawsze też wbrew powszechnie panującej opinii bywa miła. Jest jednak jak pacjent, który pilnuje opinii o tym, co do internetu wrzucono.

W twoim zawodzie są cztery elementy, które mają kluczowe znaczenie dla uporządkowania wizerunku. Pierwszy to coś, co w marketingu nazywa się zdaniem pozycjonującym. Jak zapiszesz swoje nazwisko, imię, tytuły naukowe i specjalizacje, czyli stałe zdanie o sobie, które odróżni cię od innych z podobnym nazwiskiem. Drugie to zdjęcie. To, jakie zdjęcia lekarskie można zobaczyć w internecie, buduje niezłą galerię przypadkowości. Pstryknięte prawie w biegu w poradni, sprzed 10 lat, wycięte z jakiejś konferencji. Zdjęcie lekarza powinno być lekarskie. Profesjonalne, w stroju służbowym i nie pod ścianą i nie na szybko. Z dobrym światłem, makijażem, w przemyślanej przestrzeni. I nie jest to zdjęcie, które ma pokazywać urodę ani robione na siłę, bo nie jest to fotografia do serwisu randkowego czy paszportu. To jest zdjęcie, które ma budować profesjonalnie i w przemyślany sposób wizerunek.

Trzecia rzecz to twoje miejsca w sieci. Często na twój temat wpada coś, co napisał ktoś, a my już dawno w danym miejscu na przykład nie przyjmujemy. Kontroluj, sam stwórz własną wizytówkę.

Czwarta to opinie. Opinie pacjentów mają ogromne znaczenie. Zwykle piszą je skrajni. Ci zachwyceni i ci bardzo niezadowoleni, ale mogą pisać wszyscy, pod warunkiem że o to podczas wizyty poprosisz. I na koniec. Uważaj na swoje media społecznościowe. Co publikujesz i kto może je oglądać.

Uporządkowany wizerunek buduje wiarygodność i pozycjonuje cię na rynku. Jeśli nie zadbasz o swój wizerunek, prawdopodobnie w jakimś momencie on pokieruje sobą sam. I na koniec pamiętaj: złe wieści szybciej się roznoszą. Niezadowolony klient opowie o swoim złym doświadczeniu średnio 9-15 osobom. Zadowolony klient zazwyczaj dzieli się pozytywnym doświadczeniem tylko z 4-6 osobami. Czasy, w których prawdziwa cnota krytyk się nie boi, może nie minęły, ale warto jej pomóc. To, że jesteś dobrym lekarzem, jest jak z dobrym obrazem. W ramie wygląda jeszcze lepiej. •

NOWE TECHNOLOGIE

Cyberataki paraliżują szpitale

KRZYSZTOF JAKUBIK
DZIENNIKARZ

Placówki ochrony zdrowia stają się celem hakerów. Zablokowane systemy, utracone dane, odwołane operacje – a w tle prawdziwe zagrożenie dla życia pacjentów.

W ostatnich latach ataki ransomware stały się jednym z największych zagrożeń dla ochrony zdrowia na całym świecie, również w Polsce. Placówki medyczne, szpitale oraz prywatne kliniki przechowują olbrzymie ilości wrażliwych danych pacjentów, które stanowią atrakcyjny cel dla cyberprzestępców. W marcu br. przekonał się o tym szpital MSWiA w Krakowie, w którym w ramach ataku ransomware zablokowano dostęp do wielu systemów IT.

Ransomware to rodzaj złośliwego oprogramowania, które po zainfekowaniu komputera szyfruje jego zawartość, przez co blokuje dostęp do plików lub baz danych. W zamian za dostarczenie klucza do odszyfrowania danych hakerzy żądają okupu (zwykle w kryptowalutach), jednak – jak pokazuje doświadczenie wielu ofiar – nawet po jego zapłaceniu nie ma gwarancji odzyskania dostępu do informacji. Naturalnym remedium przeciwko skutkom ataków ransomware jest systematyczne wykonywanie kopii zapasowych (backup) danych. W przypadku powodzenia ataku wystarczy przywrócić je do zaatakowanej stacji roboczej lub serwera i uniknąć płacenia okupu.

Świadomi tej możliwości cyberprzestępcy zaczęli w ramach prowadzonych ataków wykradać dane i, szantażując, żądać zapłaty za zaniechanie ich upublicznienia. Taka sytuacja stanowi podwójne zagrożenie dla placówek ochrony zdrowia: powoduje zarówno utratę dostępu do systemów medycznych (co może skutkować opóźnieniami w leczeniu, błędami diagnostycznymi, a nawet zagrożeniem życia pacjentów), jak i potencjalne poważne konsekwencje prawne wynikające z wycieku wrażliwych danych.

JAK RANSOMEWARE TRAFIA DO KOMPUTERA

Do zainicjowania ataku ransomware może dojść na kilka sposobów. Najczęstszym jest kliknięcie przez użytkownika w link lub otworzenie załącznika do stanowiącej element kampanii phishingowej wiadomości e-mail, która może wyglądać jak wysłana przez znanego nadawcę (np. kierownictwo szpitala, dostawcę sprzętu medycznego lub firmę farmaceutyczną). To tam zazwyczaj znajduje się złośliwy plik zawierający kod szyfrujący dane, który cyberprzestępcy chcą uruchomić na komputerze ofiary. Jeżeli oprogramowanie antywirusowe lub narzędzia ochrony sieci nie wykryją tego faktu, hakerzy mają otwartą drogę do zasobów szpitala. Co więcej, zazwyczaj szkodliwy plik ma wbudowany mechanizm autoreplikacji, co powoduje, że zagrożone stają się wszystkie komputery podłączone do sieci.

> Złośliwe oprogramowanie nie wybiera – blokuje oddziały ratunkowe, przerywa operacje, paraliżuje system. A pacjent nie może czekać

Sposobów na przeniknięcie kodu ransomware do komputera jest więcej. Wartym odnotowania są błędy w ustawieniach konfiguracyjnych urządzeń i oprogramowania, a także samodzielne zainstalowanie złośliwego kodu przez użytkownika, który mógł być dystrybuowany np. z nielegalnie pobranym z internetu oprogramowaniem. Bardzo ważne jest również bieżące aktualizowanie aplikacji. Cyberprzestępcy mogą być świadomi charakteru luk, które są łatane przez aktualizacje, a następnie wykorzystywać je do uruchomienia złośliwego kodu.

Na szczęście narzędzia ochronne są coraz skuteczniejsze – od strony technicznej stosunkowo prosto jest zauważyć fakt, że nagle duża liczba plików została poddana zaszyfrowaniu danych. Dlatego cyberprzestępcy wynajdują bardziej zaawansowane metody, aby doprowadzić do maksymalizacji swojego zysku. Wspomniane wykradanie danych jest jedną z nich, ale coraz częściej przyjmowaną strategią jest poszukiwanie

GAZETA LEKARSKA

fot.: Shutterstock.com

◀ *Cyberataki na ochronę zdrowia to już nie sci-fi, to codzienność*

na większą niż dotychczas skalę ofiar, które nie będą posiadały stosownych zabezpieczeń. Dlatego inicjują oni zaawansowane kampanie, między innymi z wykorzystaniem narzędzi sztucznej inteligencji, w ramach których możliwe jest zautomatyzowane identyfikowanie luk w zabezpieczeniach i atakowanie najbardziej wrażliwych systemów.

Zdarza się też, że czasem przyjmowana jest odwrotna strategia – za cel ataku obierana jest konkretna placówka i przez dłuższy czas podejmowane są wobec niej wrogie działania, aż do osiągnięcia sukcesu. Dlatego aby zminimalizować ryzyko infekcji, konieczne jest nie tylko stosowanie profesjonalnych zabezpieczeń przeciwko atakom ransomware, ale również zadbanie o wiedzę pracowników, bo to oni zawsze stanowią najsłabsze ogniwo w systemach ochrony.

ZDROWIE SŁABO ZABEZPIECZONE

Placówki medyczne przetwarzają wrażliwe dane pacjentów, w tym historie chorób, wyniki badań oraz dane osobowe. Cyberprzestępcy wiedzą, że podmioty te nie mogą pozwolić sobie na długotrwałe przerwy w dostępie do cyfrowych systemów, co sprawia, że w wyniku presji na jak najszybsze przywrócenie ich do pracy będą bardziej skłonne do zapłacenia okupu. W grę wchodzi też wartość danych medycznych (większa niż np. danych finansowych), szczególnie na czarnym rynku.

Podmioty medyczne bywają także szczególnie podatne na ataki ransomware z powodów technicznych. Funkcjonujące w nich systemy IT często składają się z wielu połączonych ze sobą urządzeń, co zwiększa możliwy do zaatakowania obszar. Słabe ogniwo może również stanowić podłączony do internetu sprzęt lub starszej daty oprogramowanie (ze szczególnym wskazaniem na nadal powszechnie stosowany system operacyjny Windows XP), dla których producenci nie zapewniają już aktualizacji eliminujących ewentualne luki. No i kwestie finansowe: wiele szpitali i przychodni działa w realiach ograniczonego budżetu na IT, co może prowadzić do zaniedbań w zakresie cyberbezpieczeństwa.

Do tej pory cyberprzestępcom udało się przeprowadzić wiele ataków ransomware na placówki medyczne na całym świecie. Do spektakularnego incydentu dochodzi raz na kilka miesięcy. Ataki skutkowały ogromnymi problemami w codziennej pracy lekarzy. Doprowadzały do opóźnień w diagnozowaniu i leczeniu pacjentów, a także odwoływania wizyt, zabiegów i operacji. Brak możliwości uzyskania dostępu do elektronicznych kartotek pacjentów powodował konieczność prowadzenia dokumentacji w sposób ręczny, co zwiększało ryzyko popełnienia błędów medycznych. Sytuacje te prowadziły do utraty poufnych danych pacjentów, co mogło skutkować konsekwencjami prawnymi dla placówki oraz utratą reputacji.

Dochodziło również do tragicznych wydarzeń. Przykład to przeprowadzony w 2020 r. atak na szpital w Düsseldorfie, w którym pacjentka zmarła, ponieważ musiała zostać przeniesiona do innej placówki z powodu paraliżu systemów IT (to pierwszy oficjalnie odnotowany przypadek śmierci, do której przyczynił się atak ransomware). Jeśli chodzi o poważne straty finansowe, przykładem może być brytyjski system NHS, który w wyniku ataku w 2017 r. musiał pokryć gigantyczne koszty w wysokości ok. 92 mln funtów, obejmujące zapłacenie okupu, odbudowę systemów, utracone przychody oraz pozwy sądowe.

POLSKA TAKŻE POD OSTRZAŁEM

Z danych statystycznych zebranych przez Centrum e-Zdrowia wynika, że w ciągu ostatniego roku liczba ataków na branżę medyczną w Polsce zwiększyła się ponad 2,5-krotnie. W 2023 r. odnotowano 405 incydentów, a w 2024 r. – już 1028. Co istotne, w 2024 r. było więcej cyberataków na placówki ochrony zdrowia niż łącznie w ciągu trzech poprzednich lat. Eksperci szacują, że w ciągu ostatniego roku cyfrowego incydentu doświadczyło ponad 80 proc. polskich podmiotów medycznych. W wielu z nich nie dochodziło do zaszyfrowania danych, ale do ich wycieku w wyniku odmowy ulegnięcia szantażowi i zapłaty okupu.

JAK LEKARZE MOGĄ PRZECIWDZIAŁAĆ ATAKOM

Chociaż lekarze nie mają bezpośredniego wpływu na funkcjonowanie systemów bezpieczeństwa IT w podmiotach medycznych, ich codzienne nawyki mogą znacząco wpłynąć na poziom ochrony przed atakami ransomware. Przestrzeganie podstawowych zasad bezpieczeństwa może uchronić całą placówkę przed katastrofalnymi skutkami cyfrowego ataku.

1. **Uważaj na podejrzane wiadomości e-mail**
   - **Nie otwieraj podejrzanych załączników i linków.** Jeśli otrzymasz e-mail od nieznanej osoby lub wyglądający podejrzanie, nie klikaj w linki i nie otwieraj załączników, zwłaszcza jeśli zawierają pliki z rozszerzeniami EXE, ZIP, DOCM czy PDF.
   - **Sprawdź adres nadawcy.** Cyberprzestępcy w wiadomościach e-mail mogą podszywać się pod znane instytucje, ale adres ich nadawcy zazwyczaj nie odpowiada domenie placówki, pod którą się podszywa (czasami jest zupełnie inny, ale czasem może być podobny, np. @szpitalxyz.net zamiast @szpitalxyz.pl).
   - **Nie podawaj danych logowania.** Jeśli w wiadomości e-mail lub pod znajdującym się w niej linkiem występuje prośba o podanie loginu i hasła, prawie na 100 proc. jest to oszustwo (tzw. phishing).

2. **Nie podłączaj nieznanych urządzeń USB**
   - **Nie korzystaj z przypadkowych pendrive'ów.** Jeśli znajdziesz pamięć USB w szpitalu, na parkingu lub w innym miejscu, zgłoś to do działu IT, zamiast podłączać ją do komputera. Mogła być ona podrzucona przez włamywaczy w ukierunkowanym precyzyjnie przeciwko Twojej placówce ataku i może zawierać złośliwe oprogramowanie.
   - **Używaj tylko sprawdzonych nośników danych.** Nośniki USB służące do przechowywania wrażliwych danych, jakimi są informacje medyczne, muszą być zgodnie z prawem wyposażone w funkcję szyfrowania, a kluczami kodującymi powinien zarządzać dział IT. Dlatego jeśli zajdzie konieczność korzystania z takich pamięci, muszą wydawać je **informatycy** z oficjalnej puli i regularnie skanować je pod kątem obecności złośliwego kodu.

3. **Unikaj podłączania prywatnych urządzeń do sieci**
   - **Nie loguj się do systemów medycznych na prywatnym laptopie czy telefonie.** Twój prywatny sprzęt może być słabiej zabezpieczony i stać się źródłem infekcji dla całej sieci placówki.
   - **Nie zapisuj poufnych danych pacjentów na prywatnych urządzeniach.** Jeśli Twój telefon zostanie zainfekowany ransomware, dane mogą zostać wykradzione.

4. **Aktualizuj hasła i nie udostępniaj ich innym**
   - **Używaj silnych, trudnych do złamania haseł.** Powinny zawierać co najmniej 12 znaków, duże i małe litery, cyfry oraz symbole specjalne.
   - **Nie zapisuj haseł na karteczkach.** Jeśli ktoś zobaczy lub sfotografuje Twoje hasło, może uzyskać dostęp do poufnych danych.
   - **Nie udostępniaj konta innym pracownikom.** Każdy powinien mieć indywidualny dostęp do systemów medycznych.

5. **Zgłaszaj podejrzane sytuacje działowi IT**
   - **Bądź czujny.** Jeśli zauważysz coś nietypowego w pracy komputera (np. spowolnienie pracy, dziwne komunikaty), natychmiast zgłoś to do działu IT.
   - **Reaguj natychmiast, gdy popełnisz błąd.** Jeśli przypadkowo kliknąłeś w podejrzany link lub otworzyłeś niebezpieczny załącznik, nie czekaj – zgłoś to jak najszybciej.

6. **Współpracuj z działem IT**
   - **Regularnie uczestnicz w szkoleniach z cyberbezpieczeństwa.** Personel powinien być regularnie szkolony w zakresie rozpoznawania podejrzanych wiadomości e-mail, unikania klikania w nieznane linki oraz sposobów zgłaszania wszelkich podejrzanych aktywności.
   - **Bierz udział w testach socjotechnicznych.** Niektóre placówki przeprowadzają testy, w ramach których symulowane są ataki phishingowe i inne, a zachowanie użytkowników jest obserwowane i rejestrowane. Chociaż metoda ta wzbudza kontrowersje, potraktuj to jako okazję do nauki.
   - **Nie lekceważ podejmowanych przez informatyków działań mających na celu ochronę cyfrowych systemów.** Działy IT wykonują trudną pracę, aby będąc pod ciągłym ostrzałem zagwarantować wszystkim komfortową pracę, a pacjentom możliwość nieprzerwanego korzystania z usług.

W skali globalnej ataki na branżę medyczną w 2024 r. odnotowywano średnio 2,4 tys. razy w tygodniu, zaś ich wzrost wyniósł 47 proc. (według danych firmy Check Point). Ataki na sprzęt i urządzenia IoMT (Internet of Medical Things), które często nie mają wbudowanych zabezpieczeń, co sprawia, że są podatne na naruszenia, nasiliły się w ciągu ostatniego roku o ponad 170 proc. Ataki na oprogramowanie wzrosły o 109 proc. W Polsce według Centrum e-Zdrowia ponad 72 proc. placówek nie ma zespołów ds. cyberbezpieczeństwa.

W kraju do tej pory miały miejsce dwa incydenty o poważnych skutkach. W listopadzie 2022 r. ofiarą ataku ransomware padł Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi, co doprowadziło do poważnych zakłóceń w funkcjonowaniu placówki. Część systemów została unieruchomiona (m.in. system rejestracji pacjentów oraz cyfrowych kart zdrowia), a personel medyczny musiał przejść na pracę w trybie ręcznym, co znacząco wpłynęło na efektywność świadczenia usług, wydłużyło procesy administracyjne i spowodowało kolejki w szpitalu. Sprawcy zażądali okupu, ale placówka odmówiła i zdecydowała się na przywracanie systemu z kopii zapasowych, co trwało kilka dni. Na szczęście w ramach tego ataku nie doszło do wycieku danych.

Natomiast w marcu br. doszło do poważnego ataku ransomware na szpital MSWiA w Krakowie, w ramach którego zaszyfrowane zostały dane na serwerach placówki, co uniemożliwiło dostęp do kluczowych systemów informatycznych. Placówka musiała wstrzymać przyjmowanie pacjentów, a główny system komputerowy obsługujący dokumentację medyczną przestał działać. Istnieje też duże ryzyko, że wiele poufnych informacji trafiło w ręce cyberprzestępców, chociaż do tej pory nie doszło do ich wycieku. Szacuje się, że straty związane z tym atakiem sięgają milionów złotych. •

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

GAZETA LEKARSKA

NOWE TECHNOLOGIE

Sprzęt medyczny na celowniku hakera

Wiele urządzeń służących do diagnostyki, monitorowania i terapii pacjenta jest podłączonych do sieci, a zatem wymagają właściwego zabezpieczenia – uczula **Agata Mizera**, starsza menedżerka w zespole Cybersecurity firmy Deloitte, w rozmowie z Lidią Sulikowską.

Hakerzy chętnie atakują branżę medyczną?

To dla nich bardzo łakomy kąsek. Szpitale, przychodnie i inne obiekty związane z ochroną zdrowia posiadają bardzo cenne dane, które można wykorzystać na wiele sposobów. Najbardziej znane są ataki typu ransomware, których celem jest uzyskanie korzyści finansowych. Atak polega na zaszyfrowaniu dostępu do danych, tak aby nie można było się do nich dostać, a warunkiem ich odblokowania jest zapłacenie okupu. Czasem chodzi też o wykradanie danych i ich sprzedaż na czarnym rynku. Przy tego typu incydentach może też dojść do naruszenia integralności danych, np. ich modyfikacji. Często, gdy nie ma fizycznego zablokowania dostępu do danych i żądania okupu, trudno w ogóle się zorientować, że nastąpił atak. Wówczas hakerom zależy, aby ich aktywność pozostała ukryta. Szacuje się, że tylko jedna trzecia wszystkich incydentów bezpieczeństwa wychodzi na jaw. Na szczęście mamy coraz większą świadomość tego rodzaju zagrożeń, więc lepiej je wykrywamy.

Cyberbezpieczeństwo w placówkach medycznych kojarzy się przede wszystkim z ochroną dostępu do systemów gromadzących dane medyczne. Tymczasem bezpośrednim celem ataków mogą być również urządzenia medyczne.

Bezpieczeństwo urządzeń medycznych przez długi czas definiowano jako ochronę przed fizycznym zagrożeniami typu pożar, zalanie. Od momentu, gdy te sprzęty stały się bardziej cyfrowe, zintegrowane z systemami informatycznymi placówki medycznej, zaczęto baczniej zwracać uwagę również na kwestię ich cyberbezpieczeństwa.

Obecnie wiele urządzeń medycznych, takich jak sprzęt do monitorowania parametrów życiowych, podawania tlenu, rozruszniki serca, pompy insulinowe, roboty chirurgiczne, aparaty EKG, USG czy rezonanse magnetyczne, to zaawansowane technologicznie maszyny podłączone do sieci, do których niejednokrotnie mamy dodatkowo dostęp za pomocą komputera, telefonu czy tabletu. To urządzenia, które nie tylko zbierają dane pacjenta, ale na przykład mogą też dokonywać analizy trendów i sygnalizować niepokojące zmiany. Coraz popularniejsze są aplikacje ułatwiające lekarzom przetwarzanie informacji. Te funkcjonalności są wygodne, bo optymalizują pracę, ale mogą powodować też konkretne podatności na wyłudzenie danych albo zakłócenie działania sprzętu, więc wymagają odpowiedniego zabezpieczenia. Problem polega na tym, że brakuje powszechnie obowiązujących, wystandaryzowanych regulacji, które wymuszałyby montowanie w tych urządzeniach konkretnych zabezpieczeń przed atakami hakerskimi. Uregulowanie tego obszaru systematycznie się poprawia, jednak jest jeszcze sporo do zrobienia.

> Trzeba dbać nie tylko o zabezpieczenie urządzenia, ale też dokładnie określać parametry jego podłączenia do sieci czy wręcz wymuszać dodatkowe formy bezpieczeństwa

Nie bez znaczenia pozostaje koszt wyprodukowania urządzenia. Lepsza jakość zazwyczaj zwiększa cenę. Tańszy sprzęt może na przykład podnosić ryzyko, że zamontowany w nim system będzie zawierał luki w oprogramowaniu albo umożliwiał nieautoryzowany dostęp.

Dużo już było ataków na urządzenia medyczne?

Zainteresowanie włamaniami wzrasta proporcjonalnie do możliwości, jakie te sprzęty oferują. Już teraz regulacjom amerykańskiej FDA (Food and Drug Administration) podlega ponad 190 tys. różnych urządzeń medycznych, a przewiduje się, że ich liczba wzrośnie do prawie 50 miliardów do 2030 r. Ataków więc będzie przybywać. Pierwsze ślady takich incydentów odkrywano już niemal dwie dekady temu. To nie jest science fiction.

W 2011 r. głośno było o pompach insulinowych jednego z producentów tych urządzeń, nad którymi można było w dość prosty sposób przejąć kontrolę i na przykład podać śmiertelną dawkę insuliny. Wystarczyło znać adres IP urządzenia i dokonać ataku w czasie, gdy było podłączone do

sieci internetowej. Wydano ostrzeżenia dla 7800 użytkowników tych pomp, a Kanada przestraszyła się tak bardzo, że profilaktycznie wymieniła urządzenia wszystkim swoim pacjentom, nie tylko tego konkretnego producenta. Wówczas nikt fizycznie nie ucierpiał, ale potencjalne ryzyko istniało. Obecnie dobra praktyka nakazuje wbudowanie funkcji zdalnego wyłączania dostępu do każdej pompy insulinowej.

W podobnym czasie grupie naukowców udało się przejąć kontrolę nad robotem chirurgicznym jednego z wiodących producentów. Włamanie wymagało jednak dostępu do sieci lokalnej, do której urządzenie zostało podpięte. Nie było luki w oprogramowaniu. To była lekcja dla producentów, że trzeba dbać nie tylko o zabezpieczenie urządzenia, ale też dokładnie określać parametry jego podłączenia do sieci czy wręcz wymuszać dodatkowe formy bezpieczeństwa, na przykład niepozwalające wpiąć się do niewystarczająco chronionej sieci.

Na początku roku amerykańska Agencja ds. Cyberbezpieczeństwa i Bezpieczeństwa Infrastruktury (CISA) ostrzegła, że w oprogramowaniu pewnego urządzenia do monitorowania parametrów życiowych pacjentów wykryto lukę bezpieczeństwa.

Ten przykład pokazuje, na jak wiele sposobów można zaszkodzić. To konkretne urządzenie miało w pierwotnej wersji oprogramowania zaszytą podatność pozwalającą na automatyczne łączenie go z potencjalnie podejrzaną lokalizacją, która nie była powiązana ani z producentem sprzętu, ani jego odbiorcami. Do tej lokalizacji mogły być ściągane w sposób nieautoryzowany pliki, ale też możliwa była ingerencja w dane gromadzone na tym urządzeniu. Żaden pacjent nie został pokrzywdzony w sensie fizycznym w wyniku tej luki bezpieczeństwa, ale nie wiadomo, czy jakieś dane nie wyciekły.

Co mogło się stać?

Hipotetycznie mogłyby zostać nadpisane parametry urządzenia, np. aby nie alarmowało o podwyższonych wynikach ciśnienia lub modyfikowało zbierane informacje, czyniąc je niezgodnymi z mierzonymi pomiarami. Można też było ustalić, gdzie konkretnie znajduje się dany pacjent. Poza tym urządzenie nie pokazywało

Fot. materiały prasowe Deloitte

w odpowiedni sposób, gdzie się łączyło, co czyniło je podatnym na ataki DDoS, a w konsekwencji mogło skutkować jego zawieszeniem albo wyłączeniem.

Jak placówki medyczne mogą zminimalizować ryzyko tego rodzaju cyberataków?

Warto zwracać uwagę, czy urządzenie jest odpowiednio chronione na poziomie sprzętowym, np. wyposażone w alerty o nieautoryzowanych dostępach, szyfrowanie danych, bezpieczną pamięć, a także wymaganie łączenia tylko w bezpiecznej sieci. Często sprzęt starszego typu nie jest na bieżąco kalibrowany, bo trzeba by go na ten czas wyłączyć z użytkowania. Tymczasem regularne aktualizacje oprogramowania, w tym instalowanie łatek bezpieczeństwa, są kluczowe dla bezpiecznego działania.

Oczywiście kwestia wdrożenia odpowiednich zabezpieczeń leży także po stronie działów IT placówek medycznych. Warto, aby urządzenia medyczne podłączać do sieci, do której ma dostęp ograniczona liczba osób. Nie bez znaczenia są też zasady, których powinni przestrzegać użytkownicy urządzeń, czyli medycy.

To znaczy?

Na pewno należy uważać na podejrzane alerty, szczególnie takie, które wcześniej się nie

◀ *Szacuje się, że tylko jedna trzecia wszystkich incydentów bezpieczeństwa wychodzi na jaw – mówi* ***Agata Mizera***

zdarzały. Sygnałem wymagającym sprawdzenia może być na przykład komunikat mówiący o problemie z połączeniem do sieci i wskazujący konieczność przepięcia urządzenia do innej sieci albo wyskakujące informacje o błędach. Dobrze jest też upewnić się, czy wygląd pulpitu urządzenia się nie zmienił, np. jakiś wskaźnik jest w innym miejscu ekranu niż dotychczas.

Ważne jest też, aby nie dopuszczać do fizycznego dostępu do urządzenia osobom nieautoryzowanym, np. pod pretekstem naprawy. Zdecydowanie należy zwracać uwagę, czy jakiś dodatkowy kabel czy pendrive nie jest podpięty do urządzenia. Jeśli jest problem z siecią szpitalną, absolutnie nie podłączajmy urządzenia do internetu za pomocą prywatnego routera.

I najważniejsze: przestrzegajmy wymogów narzucanych przez dział informatyczny szpitala czy przychodni. Rozmawiając o kwestiach cyberbezpieczeństwa z działami IT placówek medycznych, często zauważamy niespójność pomiędzy tym, jakie zabezpieczenia trzeba wdrożyć, a modelem biznesowym firmy. Jeśli lekarz ma dla jednego pacjenta 15 minut, a musi w tym czasie stosować wieloskładnikowe logowanie do systemów i urządzeń, to jest to coś niewygodnego. Pamiętajmy jednak, że procedury są potrzebne, nawet jeśli zabierają czas.

Do danych przetwarzanych w szpitalu czy przychodni można też się dostać w jeszcze mniej oczywisty sposób niż urządzenie medyczne.

Zdecydowanie tak. Ofiarą ataku mogą paść inne fizyczne elementy infrastruktury placówki medycznej, takie jak klimatyzacja, monitoring, systemy ogrzewania oraz dostępu do wody i prądu, które są podłączone do sieci. I to nie tylko jako wektory ataku bezpośrednio wpływającego na ich działanie, ale jako droga dostępu do sieci, a w konsekwencji do danych medycznych. ●

GAZETA LEKARSKA

OŚRODEK KSZTAŁCENIA

Astma jest podstępna

Leczenie samymi lekami rozkurczowymi, bez przeciwzapalnych, pogarsza rokowania pacjenta – mówi **dr n. med. Aleksandra Kucharczyk** z Kliniki Chorób Wewnętrznych, Pneumonologii, Alergologii, Immunologii Klinicznej i Chorób Rzadkich WIM-PIB, w rozmowie z Lucyną Krysiak.

W Polsce niedorozpoznanie astmy oskrzelowej sięga 70 proc., a u połowy pacjentów z prawidłowym rozpoznaniem chorobę leczy się niezgodnie z najnowszymi standardami. Z jakim skutkiem?

Niewłaściwe rozpoznanie oznacza niewłaściwe leczenie, a to skutkuje powikłaniami, które są następstwem toczącego się w oskrzelach stanu zapalnego. Inaczej manifestuje się to u dzieci, inaczej u dorosłych. U dzieci leczonych z powodu astmy wczesnodziecięcej wyłącznie lekami rozszerzającymi oskrzela dochodzi do zmian w płucach obserwowanych również w dorosłości. Na szczęście takie sytuacje zdarzają się coraz rzadziej – obecnie pediatrzy bardzo często sięgają we właściwym momencie po wziewne glikokortykosteroidy (wGKS). Z kolei u dorosłych astma często bywa mylona z POChP czy nawracającymi zapaleniami oskrzeli. Problemem bywa jednak również nadrozpoznawalność astmy, u około 40 proc. pacjentów z postawionym rozpoznaniem brakuje potwierdzenia choroby. Tymczasem kluczowe jest wykazanie odwracalnego skurczu oskrzeli, np. w spirometrii lub pomiarach PEF, a pozytywny wynik powinien być dodatkowo weryfikowany.

Czego lekarze nie wiedzą o astmie, a powinni?

Lekarze posiadają wiedzę o astmie, ale to nie wystarcza, jeśli nie jest ona skutecznie przekazywana pacjentom. Leczenie wymaga współpracy. Chory musi rozumieć, czym grozi odstawienie leków czy niestosowanie się do zaleceń. Astma przebiega z okresami zaostrzeń i remisji, co skłania dużą część pacjentów do porzucenia terapii lub pozostawienia w leczeniu wyłącznie salbutamolu (badania wskazują, że po roku leki zgodnie z zaleceniami przyjmuje tylko 10 proc. chorych). To duży błąd. Od lat przypominamy, że to stan zapalny oskrzeli odpowiada za objawy, a skurcz oskrzeli jest wtórny. Leczenie samymi lekami rozkurczowymi, bez przeciwzapalnych, pogarsza rokowania pacjenta.

fot.: archiwum prywatne

▲ *Chory musi rozumieć, czym grozi odstawienie leków – podkreśla dr n. med.* ***Aleksandra Kucharczyk***

Czy wielka kampania z „niebeskimi inhalatorami" spełniła swoją rolę?

W leczeniu astmy już od pierwszego kroku terapii zaleca się stosowanie glikokortykosteroidów wziewnych (wGKS) w połączeniu z szybko i długo działającym β-2 mimetykiem (LABA) – terapia MART. Obecnie podkreśla się, że stosowanie tzw. niebieskich inhalatorów, czyli salbutamolu (krótko-działającego β-2 mimetyku), powinno być zdecydowanie ograniczane. Kampania miała przypominać, że leki te, choć skutecznie przerywają napady, nie działają przeciwzapalnie i w większości przypadków nie powinny być stosowane. Znane jest ryzyko wynikające z ich nadużywania. Już ≥3 dawki tygodniowo zwiększają ryzyko zaostrzeń astmy, a zużycie ≥3 opakowań leku rocznie dwukrotnie zwiększa prawdopodobieństwo hospitalizacji.

Co należy poprawić w leczeniu astmy?

Poza niewłaściwym leczeniem zdarzają się również błędy w diagnostyce i ocenie stanu chorego, szczególnie jeśli wywiad lekarski nie uwzględnia pełnej oceny kontroli astmy zgodnie z obowiązującymi kryteriami, np. brak pytań o objawy nocne, ograniczenie aktywności, częstotliwość stosowania leków doraźnych. Poważnym problemem jest też nadużywanie GKS systemowych (sysGKS). Często sięga się po nie zbyt szybko i stosuje zbyt długo lub bez dostatecznego uzasadnienia. Zdecydowanie zbyt rzadko pacjenci przyjmujący z powodu astmy sysGKS kierowani są do ośrodków leczenia astmy ciężkiej.

COBIK NIL ściśle współpracuje z Polskim Towarzystwem Alergologicznym w zakresie szkoleń lekarzy. W maju organizuje webinar, który Pani poprowadzi, a zbiegnie się to z obchodami Światowego Dnia Astmy, który przypada 5 maja. Czego nowego o astmie mogą się dowiedzieć uczestnicy?

Organizowane szkolenia są skierowanie do szerokiej grupy odbiorców – alergologów, lekarzy POZ, internistów, pediatrów oraz pulmonologów. Poza aktualnymi rekomendacjami dotyczącymi rozpoznawania i leczenia astmy niezwykle ważne jest również zwrócenie uwagi na aspekt współpracy lekarza z pacjentem. Dobrym przykładem są trudności związane z prawidłowym stosowaniem inhalatorów. Wielu pacjentów rezygnuje z leczenia nimi nie dlatego, że nie działają, ale dlatego, że nie potrafią się właściwie nimi posługiwać. Lekarze często nie mają czasu, by przeprowadzić taką edukację. Rozwiązaniem mogłyby być porady edukacyjne udzielane w ramach POZ, których rolą byłaby m.in. nauka obsługi inhalatorów. Taka funkcja jest już wpisana w zakres ich działalności, jednak w praktyce wciąż rzadko bywa realizowana. ●

PTA Polskie Towarzystwo Alergologiczne
www.pta.med.pl

NIL Ośrodek Kształcenia

Majowe Szkolenia Ośrodka Kształcenia Naczelnej Izby Lekarskiej!

08.05.2025 - Co grozi lekarzowi za popełnienie błędu medycznego?
16.05.2025 - Rola feedbacku pacjenta w doskonaleniu praktyki medycznej.
19.05.2025 - Zarządzanie jednoosobową działalnością gospodarczą przez lekarzy.
21.05.2025 - Praktyka zawodowa czy podmiot leczniczy? Jak otworzyć własną placówkę medyczną?
29.05.2025 - 4 filary zarządzania energią – perspektywa pracy w sektorze Ochrony Zdrowia.

Webinary organizowane w Partnerstwach z Polskimi Towarzystwami Medycznymi oraz Instytucjami.

05.05.2025 - Astma – od prawidłowego rozpoznania do skutecznego leczenia.

15.05.2025 - Leczenie za granicą - prawne i praktyczne aspekty kierowania pacjentów.

23.05.2025 - Choroba Fabry'ego - problem interdyscyplinarny.

26.05.2025 - Trudne rozmowy z pacjentem i jego bliskimi - jak mówić o umieraniu z szacunkiem i troską.

28.05.2025 - Opieka nad pacjentem ze stomią w praktyce lekarza POZ.

29.05.2025 - Proces uzyskiwania świadomej zgody od uczestników badania klinicznego.

WTORKI Z INNOWACJAMI - SZKOLENIA ONLINE DOTYCZĄCE INNOWACJI W MEDYCYNIE.

06.05.2025 - Lekarz w cyfrowym świecie: Jak chronić dane pacjentów i unikać zagrożeń.
13.05.2025 - AI – praktyczne zastosowania ogólnodostępnych narzędzi sztucznej inteligencji.
20.05.2025 - Wyroby medyczne - przygotowanie do badań klinicznych, certyfikacji i komercjalizacji.
27.05.2025 - Wizerunek lekarza w innowacjach medycznych.

Warsztaty stacjonarne

15.05.2025 - Jak styl komunikacji wpływa na współpracę z pacjentem? Narzędzia i praktyczne wskazówki.

30.05-01.06.2025 - trzydniowe warsztaty "Radzenie sobie z lękiem, stresem i budowanie odporności psychicznej"

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

GAZETA LEKARSKA

WYWIAD LEKAR(S)KI

Bez strachu nie ma odwagi

Warto podjąć decyzję, bo nie chodzi tylko o nas, ale także o naszych bliskich – mówi **Marta Skowronek**, lekarka dentystka, która zdecydowała się na profilaktyczną mastektomię, w rozmowie z Marią Kłosińską.

Codzienność nas definiuje, jest skarbem. Czy chciałabyś powiedzieć, jaki skarb udało Ci się ochronić swoją decyzją?
Jestem mamą czworga dzieci. W tej codzienności trudno znaleźć czas na odpoczynek. Staramy się go szukać. Może nie codziennie, ale w skali tygodnia. Ale jest też bardzo pięknie. I właśnie to wszystko mimo wysiłku jest warte zachodu. Decyzja nie dotyczyła tylko mnie. To była decyzja dotycząca całej naszej rodziny – męża, dzieci, ich przyszłości.

A jak wygląda Twoja codzienność? Jak wygląda życie lekarki, mamy, żony?
Jeśli chodzi o obowiązki związane z dziećmi, wiadomo, jest ich sporo. Prowadzę własny gabinet stomatologiczny, więc to ma swoje plusy i minusy. Z jednej strony bardzo pomaga to, że jako właścicielka mogę dostosować grafik do naszej rodzinnej rzeczywistości. Ten elastyczny grafik to naprawdę coś, co przy dzieciach ma ogromne znaczenie. Ale z drugiej strony to nie jest tylko praca „na fotelu". Jest mnóstwo rzeczy, które dzieją się po godzinach przyjęć: sprawy kadrowe, organizacyjne, kwestie związane z zespołem. To nie są obowiązki, które można po prostu odłożyć na później. Jest sporo dodatkowej pracy, której nie widać, ale która jest konieczna.

Kiedy dowiedziałaś się, że możesz być nosicielką genu BRCA1, który w przyszłości może wpłynąć na Twoje zdrowie?
O mutacji dowiedziałam się w 2014 r. Miałam wtedy jedno dziecko, a decyzja o badaniach była wspólna i rodzinna. Dosłownie wzięłam pod pachę moje starsze siostry i mamę i poszłyśmy razem do poradni genetycznej.

Lekarz, analizując naszą historię chorobową, szczególnie nowotwór piersi, który wystąpił u babci ze strony taty, zlecił pakiet badań genetycznych. No i… wylosowałyśmy chyba najgorzej, jak się dało. Okazało się, że ja i pozostałe dwie siostry jesteśmy nosicielkami mutacji genu BRCA1. Mama nie. Żadna z nas się „nie uchowała", a mamy jeszcze trzech młodszych braci. To nie była łatwa wiadomość. Ale w pewnym sensie była też... wspólnotowa. Byłyśmy w tym razem. I to naprawdę dużo zmienia. Trudniej byłoby mi to unieść, gdybym została z tą diagnozą sama.

Gdybym miała opisać to, co wtedy czułam, powiedziałabym, że to trochę tak, jakby ktoś powiedział ci: „masz 80 proc. szans na to, że w którymś momencie życia będziesz miała poważny wypadek samochodowy". Nie wiadomo kiedy, nie wiadomo gdzie, nie wiadomo, czy ten wypadek cię zabije, czy tylko zrujnuje życie. Ale masz wiedzę. I musisz z nią żyć. Myślę, że wtedy człowiek zaczyna szukać wszystkich możliwych dróg, by do tego „wypadku" nie dopuścić. By zmienić trasę, by zminimalizować ryzyko. Z taką wiedzą nie da się nie działać.

W Twojej rodzinie to Ty jesteś lekarzem. Czy wiedza medyczna pomagała w procesie podejmowania decyzji, czy przeszkadzała?
Myślę, że to działa w dwojaki sposób. Z jednej strony była to pomocna rzecz, ponieważ byłam świadoma ryzyka, a jako lekarz miałam kontakt z innymi specjalistami, którzy mogli podzielić się swoimi doświadczeniami i pomóc mi podjąć decyzję. Z drugiej strony świadomość możliwych powikłań bywała trudna do zaakceptowania. Wiedziałam, co może pójść nie tak, jakie mogą wystąpić komplikacje, co wiązało się z koniecznością dalszego życia z tymi konsekwencjami. Odpowiedź na to pytanie nie jest jednoznaczna. Podejmując taką decyzję, trzeba mieć pełną świadomość zarówno korzyści, jak i potencjalnych zagrożeń.

Miałam też ogromne wsparcie. Moje siostry zdecydowały się na profilaktyczną mastektomię kilka miesięcy wcześniej, więc ich doświadczenie było dla mnie bardzo cenne. Moja szefowa, również po chorobie nowotworowej piersi, zapytała: „Kiedy idziesz na zabieg? Musisz to zrobić, bo nie warto czekać". To wszystko pomogło mi podjąć decyzję, nie było wątpliwości, czy to właściwy krok. Gdy decyzja zapadła, reszta po prostu układała się tak, jak powinna.

Jak wyglądało życie po operacji, co było najtrudniejsze?
Myślę, że najgorsza była niepewność. Miałam zabieg rekonstrukcji piersi z użyciem implantów metodą subpektoralną, czyli implant został umieszczony pod mięśniem piersiowym większym. Przez jakiś czas po operacji miałam trudności z utrzymywaniem przedmiotów w dłoniach. A przecież to są moje narzędzia pracy. Bez sprawnych rąk nie mogę wykonywać zawodu. Ta niepewność, czy wrócę do pracy w takim samym zakresie, była dla mnie trudna do zniesienia. Jeśli chodzi o dolegliwości bólowe, to oczywiście – był ból, ale nigdy nie był dla mnie czymś paraliżującym. Ból mija. Mamy dziś dostęp do tylu skutecznych środków, że to nie on był największym wyzwaniem. Najbardziej przytłaczająca była obawa, czy odzyskam pełną sprawność.

Pamiętam momenty, kiedy nie mogłam utrzymać talerza, po prostu wypadał mi z rąk.

Drobne czynności wymagające precyzji były wtedy ogromnym wyzwaniem. To wywoływało niepewność i strach o przyszłość.

8 maja obchodzimy Światowy Dzień Świadomości Raka Jajnika. A gen BRCA1 wiąże się nie tylko z ryzykiem nowotworów piersi, ale również jajnika – i tutaj zaczyna się kolejny rozdział Twojej historii.

W przypadku mutacji BRCA1 ryzyko zachorowania na raka jajnika również jest podwyższone. Szacuje się, że wynosi około 40 proc. Może nieco mniej niż w przypadku raka piersi, ale nadal bardzo dużo. Kolejnym krokiem w profilaktyce, który wciąż jeszcze jest przede mną, jest usunięcie jajników. Na razie czekam na odpowiedni moment, aż znajdę na to przestrzeń. W moim otoczeniu są kobiety, które również są nosicielkami tego genu i które już zdecydowały się na ten krok. Są po zabiegu i ich obecność, ich świadectwo, daje ogromne wsparcie. Chciałabym też dodać coś bardzo ważnego. Żyjemy w wyjątkowych czasach, jeśli chodzi o dostęp do informacji i wymianę doświadczeń. Jest wiele grup wsparcia, które skupiają kobiety po takich samych lub podobnych doświadczeniach. Warto do nich dołączyć, bo te głosy „z drugiej strony" – kobiet, które już przeszły przez ten proces – są bezcenne.

To jest też opowieść o siostrzeństwie nie tylko tym biologicznym, rodzinnym, ale również o tym wyjątkowym, które rodzi się wtedy, gdy kobiety wspierają kobiety, żeby móc żyć długo w dobrym zdrowiu. Uważam, że dzisiejsze czasy to moment, w którym kobiety coraz częściej poprawiają sobie nawzajem korony. Wspierają się, solidaryzują.

Czy w naszym środowisku lekarskim dość mówi się o profilaktyce?

Nie jestem do końca przekonana, czy to, o czym mówimy, jest wystarczające. Uważam, że nie powinien być to temat tabu. Jako środowisko medyczne również jesteśmy narażeni na choroby, w tym nowotwory, i tylko mówiąc o tym głośno, możemy mobilizować innych, również naszych kolegów i koleżanki po fachu, do wykonywania badań profilaktycznych. Nie widzę innej drogi. Trzeba mówić, dzielić się. Rozmawiam z dziewczynami, które są po operacjach, i z tymi, które są przed nimi. Czasem wystarczy jedna rozmowa, żeby coś w kimś drgnęło. Naprawdę warto.

▶ *Czasem wystarczy jedna rozmowa, żeby coś w kimś drgnęło – uważa* ***Marta Skowronek*** *(z lewej)*

fot.: A. Boguski

Co byś powiedziała osobom, które wahają się przed podjęciem decyzji?

Bez strachu nie ma odwagi. Warto podjąć decyzję, bo tak naprawdę nie chodzi tylko o nas, ale także o naszych bliskich. Profilaktyka powinna być zawsze na pierwszym miejscu. Wczesna diagnoza daje szansę na leczenie, a tym samym na uniknięcie późniejszych konsekwencji. Im dłużej czekamy, tym bardziej problem może narastać zarówno pod względem medycznym, jak i osobistym.

Zachęcam do rozważenia operacji profilaktycznych, ale nie zapominajmy, że każda decyzja musi być oparta na naszej indywidualnej historii, predyspozycjach genetycznych i stanie zdrowia. Warto omówić to ze specjalistami, którzy pomogą nam podjąć świadomą decyzję.

Co Ci dało największą siłę w tym całym procesie?

Najwięcej sił dało mi poczucie, że zapobiegam czemuś, co mogłoby mi się przydarzyć. Wiedziałam, że robię to dla siebie i moich dzieci, by miały zdrową mamę, która nie musi przechodzić przez chemioterapię. Choć cały proces może się wydawać straszny, każda droga jest inna. Moja rekonwalescencja przebiegła bardzo szybko. Pamiętam moment, kiedy wyszłam ze szpitala, miałam buteleczki z drenami ukryte w kombinezonie, a potem poszłam na budowę moich gabinetów. Wracałam do codziennych aktywności, jak jazda autem, odwożenie dzieci do szkół i przedszkoli. Oczywiście, mogą zdarzyć się komplikacje, ale najważniejsze to zaufać medycynie i sobie. Po przejściu przez ten proces codzienność stała się spokojniejsza.

Każda decyzja, którą podejmujemy, kształtuje naszą przyszłość. My, lekarze, mamy w sobie nie tylko siłę, ale i ogromną odpowiedzialność. To, co robimy dla siebie, robimy także dla tych, którzy codziennie na nas liczą. Warto pamiętać, że kiedy dbamy o siebie, zyskuje nie tylko nasze zdrowie, ale również społeczność i rodzina. Czasem najtrudniejsze decyzje prowadzą do najpiękniejszych zmian w życiu. Choć droga bywa wyboista, jej koniec przynosi spokój i poczucie, że zrobiliśmy wszystko, co możliwe. W maju, miesiącu, który jest hołdem dla matek, warto zastanowić się, czy dbamy o siebie z taką samą intensywnością, jak o innych. Bo to właśnie w zdrowiu, sile i pewności siebie możemy dać innym to, co najcenniejsze – przykład i inspirację. Tego życzę Wam z okazji Dnia Matki. ●

◀ *Cała rozmowa do obejrzenia w serwisie YouTube*

GAZETA LEKARSKA

NIL NA SZYBKO

Lex szarlatan coraz bliżej

Wraz z okręgowymi izbami i Rzecznikiem Praw Pacjenta tworzymy jeden front walki z żerującymi na cierpieniu chorych oszustami podającymi się za lekarzy.

JAKUB KOSIKOWSKI
RZECZNIK NACZELNEJ IZBY LEKARSKIEJ

Zacznę od przedwyborczego zamieszania. Po raz kolejny z rządu spadła ustawa o reformie szpitali. Tym razem jest to o tyle istotne, że zawierała ustalone pomiędzy nami a Ministerstwem Zdrowia przepisy dotyczące zakończenia przyznawania warunkowych praw wykonywania zawodu. Powód? Po pierwsze, kontrowersje związane z efektami ustawy i trwającą kampanią prezydencką, po drugie – wątpliwości jednego z koalicjantów, czy aby zamknięcie drogi do leczenia dla lekarzy nieznających języka i niemających zweryfikowanych umiejętności jest z korzyścią dla systemu.

Szczerze? Ręce nie mają mi gdzie opadać, ale jak tylko się rozwieje powyborczy kurz, wracamy do pracy. Zakończymy sytuację, w której pacjent w Polsce rozmawia z lekarzem przez Google Translate. W październiku udało nam się ograniczyć proceder o połowę i czas zamknąć go na zawsze.

Zarówno w mediach, jak i w Senacie próbujemy uświadomić społeczeństwu i politykom, że zdrowie zaczyna się w jamie ustnej. Lekarzy do tego nie trzeba przekonywać, zwłaszcza w sytuacji kiedy przeszczep, operacja czy leczenie onkologiczne wymagają najpierw sanacji jamy ustnej. Niestety, jak pokazują badania, nie wiedzą tego Polacy, a patrząc po nakładach na stomatologię w NFZ – nie wiedzą o tym politycy. Długa droga przed nami.

Wraz z Rzecznikiem Praw Pacjenta oraz izbami okręgowymi idziemy w mediach jednym frontem przeciw szarlatanerii żerującej na pacjentach. Rzecznik Praw Pacjenta gościł w Naczelnej Izbie Lekarskiej na śniadaniu prasowym poświęconym walce z cynicznymi biznesmenami wykorzystującymi cierpienie innych. O ile z szarlatanami w naszych szeregach radzimy sobie coraz lepiej, co pokazują ostatnie orzeczenia sądów lekarskich, o tyle państwo jest bezradne wobec medycznych oszustów bez tytułu lekarza. I dlatego wraz z RPP opiniujemy powstającą w Ministerstwie Zdrowia ustawę „Lex szarlatan", która będzie mieć za zadanie obronę pacjentów przed medycznymi oszustami. •

O TYM SIĘ MÓWI

Współpraca NIL z UW

Prezes NRL Łukasz Jankowski podpisał 18 marca w siedzibie NIL porozumienie ramowe o współpracy z rektorem Uniwersytetu Warszawskiego prof. Alojzym Z. Nowakiem. Współpraca obejmuje organizację i prowadzenie szkoleń podyplomowych dla lekarzy oraz rozwój idei kształcenia ustawicznego. Uniwersytet Warszawski jako renomowana uczelnia badawcza zadba o merytoryczny poziom programów dydaktycznych, natomiast NIL jako samorząd zawodowy lekarzy będzie odpowiedzialna za rekrutację uczestników, organizację procesu certyfikacji oraz promocję szkoleń w środowisku lekarskim. Dodatkowo porozumienie przewiduje realizację wspólnych badań i ekspertyz.

Ważne wyróżnienie

Prezes NRL został wyróżniony w prestiżowym zestawieniu „Ambasadorzy Cyfrowej Transformacji", czyli liście osób, które mają istotny wpływ na rozwój i wdrażanie cyfryzacji w naszym kraju. Nazwiska laureatów ogłoszono 31 marca podczas spotkania podsumowującego projekt Cyfrowa Gospodarka 2025. Partnerem zestawienia jest „Dziennik Gazeta Prawna", a wyróżnienia przyznawane są w uznaniu za znaczący wkład w transformację cyfrową, która jest kluczowym elementem nowoczesnej gospodarki.

Egzaminy językowe w NIL

Naczelna Izba Lekarska wymaga od lekarzy z zagranicy, którzy chcą podjąć pracę w polskim systemie ochrony zdrowia, znajomości języka polskiego. Komisja ds. Egzaminów z Języka Polskiego NRL w zeszłym roku przeegzaminowała 1939 lekarzy z zagranicy. – Liczba osób egzaminowanych z roku na rok rośnie. Największy wzrost zanotowaliśmy pomiędzy 2022 r., w którym do egzaminów przystąpiło 883 osoby, a 2023 r., kiedy już 1911 lekarzy i lekarek z zagranicy zgłosiło się do nas, by sprawdzić znajomość języka polskiego. – Tylko taki lekarz, który będzie w stanie właściwie porozumiewać się

z pacjentem, może zapewnić mu bezpieczne warunki leczenia – zaznacza przewodnicząca Komisji ds. Egzaminów z Języka Polskiego dla Lekarzy Cudzoziemców NRL Mery Topolska-Kotulecka.

Dostępność w zawodzie lekarza

9 kwietnia odbyło się spotkanie minister zdrowia Izabeli Leszczyny oraz wiceministra zdrowia Jerzego Szafranowicza i dyrektora Departamentu Rozwoju Kadr Medycznych Mariusza Klenckiego z przedstawicielami Naczelnej Rady Lekarskiej – prezesem Łukaszem Jankowskim oraz pełnomocnikiem NRL ds. lekarzy z niepełnosprawnościami Olegiem Nowakiem. Rozmowa dotyczyła zwiększenia dostępności systemu ochrony zdrowia dla osób z niepełnosprawnościami, głównie w kontekście przedstawicieli środowiska lekarskiego. Uczestnicy spotkania zgodzili się, że konieczne jest wypracowanie konkretnych rozwiązań systemowych oraz edukacyjnych, które pozwolą lepiej odpowiadać na potrzeby tej grupy. Szczególną uwagę poświęcono sytuacji lekarzy i studentów kierunków medycznych z niepełnosprawnościami.

Porozumienie NIL i NFZ

Naczelna Izba Lekarska zawarła porozumienie o współpracy z Narodowym Funduszem Zdrowia. Dokument podpisali Łukasz Jankowski, prezes NRL, i Marek Augustyn, wiceprezes NFZ. Strony zawartego porozumienia zobowiązały się do wzajemnej wymiany wiedzy i doświadczeń. W ramach współpracy planowane jest prowadzenie różnorodnych kampanii informacyjnych i promocyjnych, które będą miały na celu wsparcie lekarzy w edukacji medycznej oraz prowadzenie badań i analiz.

Prezes NRL na konferencji o EHDS

Wprowadzenie EHDS wiąże się z koniecznością zapewnienia wysokiego poziomu bezpieczeństwa danych oraz budowania zaufania wśród pacjentów i personelu medycznego. Sukces tej inicjatywy zależy od skutecznego wdrożenia przepisów oraz odpowiedniego przygotowania wszystkich zaangażowanych stron. – Patrzymy na EHDS z życzliwym niepokojem. Z życzliwym, dlatego że to przyszłość i w tej przyszłości chcemy uczestniczyć, a z niepokojem – dlatego że to na nas spocznie ciężar dbania o jakość danych, które będziemy tam wprowadzać. To na nas również spocznie ciężar tego, żebyśmy w porozumieniu ze wszystkimi interesariuszami szkolili lekarzy, personel medyczny, jak do danych medycznych podchodzić. Jeden z naszych kolegów doświadczył wycieku danych za sprawą urzędującego wówczas ministra zdrowia. Tym bardziej chcemy podkreślić to, jak ważne jest, żeby dane nie tylko były dobrej jakości, ale były doskonale chronione – podkreślił na otwarciu konferencji Łukasz Jankowski, prezes NRL.

Wspólny cel NIL i UODO

Naczelna Izba Lekarska podpisała porozumienie z Urzędem Ochrony Danych Osobowych. Obie instytucje zobowiązały się do współpracy przy wspólnych projektach oraz inicjatywach, które mają na celu wdrożenie Europejskiej Przestrzeni Danych dotyczących Zdrowia (EHDS). Porozumienie ma szczególne znaczenie w kontekście budowy jednolitego rynku elektronicznej dokumentacji medycznej, co ma na celu ułatwienie bezpiecznego świadczenia usług opieki zdrowotnej w całej Unii Europejskiej. Dzięki temu ma być zapewniony spójny, wiarygodny i skuteczny system wykorzystania danych medycznych w celach badawczych, innowacyjnych oraz w kształtowaniu polityki i działań regulacyjnych.

MÓWIĄ O NAS

Obniżenie składki zdrowotnej

Prezes NRL Łukasz Jankowski komentował dla Polskiego Radia sprawę obniżenia składki zdrowotnej dla przedsiębiorców. – To fatalna wiadomość dla ochrony zdrowia. Na stole mamy obniżoną składkę, czyli jeszcze mniej pieniędzy na zdrowie. Jeśli zobaczymy skokowy wzrost finansowania, będziemy uspokojeni, a samo zasypanie luki to przyznanie się przez polityków do tego, że ochrona zdrowia będzie krytycznie niedofinansowana – mówił szef samorządu lekarskiego.

Ruch i serce

O korzystnym wpływie aktywności fizycznej na zdrowie układu sercowego mówił w Radio Nowy Świat wiceprezes NRL Klaudiusz Komor. „Regularne uprawianie aktywności fizycznej jest bardzo korzystne dla serca. Można powiedzieć, że to jest chyba najlepsze, co możemy naszemu sercu zafundować, ponieważ liczne badania dowiodły, że taka regularna, podkreślam słowo regularna, aktywność fizyczna nie tylko wydłuża życie, ale również poprawia sprawność i jednocześnie w przypadku chorób układu krążenia zdecydowanie redukuje ryzyko poważnych zachorowań sercowo-naczyniowych. (…) Należy zwrócić uwagę na rodzaj tej aktywności. Punkt pierwszy – regularna, po drugie – dostosowana do naszych możliwości. Uznaje się, że najlepsza jest taka aktywność fizyczna, która nie powoduje dolegliwości typu duszność czy jakieś bóle, ale która podnosi tętno w trakcie wysiłku do około 70 proc. tzw. tętna submaksymalnego – zaznaczył.

Zdrowie jamy ustnej

Portal PulsMedycyny.pl cytował wypowiedź przewodniczącego Komisji Stomatologicznej NRL dotyczącą wpływu stanu zdrowia jamy ustnej na inne schorzenia. Leczenie stomatologiczne jest pierwszym etapem leczenia wielu chorób ogólnoustrojowych. Działania profilaktyczne w stomatologii są konieczne bez względu na wiek. Wizyty u specjalistów powinny odbywać się przynajmniej co pół roku. Ważne są też programy profilaktyczne dla dzieci i dorosłych, które w ostatnich latach zostały ograniczone – przypominał Paweł Barucha, wiceszef NIL.

GAZETA LEKARSKA

SAMORZĄD

Szkolenie na trawie

Nie chcemy powielać starych schematów i organizować konwencjonalnej konferencji edukacyjnej – mówi o Chicampie jego organizator **prof. dr hab. n. med. Tomasz Banasiewicz** w rozmowie z Piotrem Kościelniakiem.

Chicamp ma dość nietypową formułę – integracyjną i szkoleniową. Skąd pomysł?
Koncepcja pojawiła się na jednej z tradycyjnych konferencji. Podczas rozmów z rezydentami okazało się, że potrzebujemy prostych i praktycznych warsztatów, zajęć, które nie są klasycznymi wykładami. I że potrzebne są również rozmowy, bezpośredni kontakt. Chicamp to przestrzeń, która połączy i rezydenta, i profesora kliniki. To jest wyraz naszego przekonania, że jesteśmy jednym środowiskiem, które chce i umie wspólnie się szkolić i spędzać czas.

Czy macie już doświadczenie z organizowaniem takiego wydarzenia?
To pierwsza edycja.

Nie obawia się Pan fiaska?
Tego rodzaju impreza to rodzaj wyzwania. Moja działka to leczenie trudnych powikłań i sytuacji beznadziejnych. Takich, w których standardowe podejście nie daje pacjentom żadnych szans. To po prostu sytuacja, w której nie możemy bać się sprawdzania swoich pomysłów. Nie można zrezygnować z działań pod pretekstem, że może się to nie udać. Patrząc w ten sposób, nie byłoby laparoskopii. Prawdopodobnie koła też by nie było.

W programie Chicampu są prelekcje, warsztaty i… strefa rockowa. Doprecyzujmy – to jest impreza bardziej edukacyjna czy rozrywkowa?
To jest impreza bardzo edukacyjna. Ale też nie udajemy, że nie umiemy dobrze się ze sobą bawić. Tu muszę jedną rzecz podkreślić: część rozrywkowa odbywa się całkowicie odrębnie, to wydzielona aktywność z oddzielnymi biletami.

Zaglądam do programu i widzę, że impreza jest pod namiotami, a wieczorem występują zespoły Łydka Grubasa i Nocny Kochanek. Czy to znaczy, że celujecie tylko w młodych?

fot.: archiwum prywatne

▲ ***Prof. dr hab. n. med. Tomasz Banasiewicz*** *jest kierownikiem Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Onkologii Gastroenterologicznej Uniwersytetu Medycznego im K. Marcinkowskiego w Poznaniu*

Tradycyjne konferencje naukowe i spotkania środowiska chirurgów są konstruowane głównie pod starszych, bardziej doświadczonych lekarzy. Koncepcja Chicampu opiera się na próbie wciągnięcia do działań edukacyjnych tych młodszych. Wiele się mówi o tym, że mamy problem ze zbyt niskim zainteresowaniem chirurgią wśród młodych. I rzeczywiście, to w dużej mierze będzie impreza dla nich. Ale ci bardziej doświadczeni będą też bardzo mocno reprezentowani.

Wśród prelegentów wymienieni są m.in. Izabela Leszczyna i Filip Nowak. Będą dyskutować o pozycji chirurgii w systemie. Czyli będzie też bardzo poważnie.
Rzeczywiście, obecność zapowiedzieli i pani minister, i pan prezes. Uzyskałem pozytywne odpowiedzi w bezpośrednim spotkaniu, choć oczywiście jeszcze czekam na oficjalnie potwierdzenie.

Ale chciałbym jasno powiedzieć, że poważna debata nie oznacza, że będziemy rozmawiać o kłopotach – te mamy na co dzień.

Chcemy opracować koncepcję, dzięki której będziemy się uzupełniać i wspierać, a nie podgrzewać konflikt. Oczekujemy, że decydenci zrozumieją, jak wygląda tworzenie procedur i ich finansowanie oraz dlaczego my, chirurdzy, pewnych rzeczy się domagamy. Przecież dla nas wszystkich celem jest dobrze funkcjonujący system. Pokażemy, że po rocznych rozmowach pewne procedury mogą zostać wprowadzone do koszyka świadczeń, a inne można inaczej opisać, wprowadzając elementy związane z jakością, co pozwoli wręcz na zmniejszenie wydatków NFZ.

Nie sposób nie zauważyć, że debaty toczyć się będą w obliczu katastrofy finansowej NFZ i – ujmę to delikatnie – dynamicznej sytuacji politycznej.
Nie możemy sobie pozwolić na czekanie. Od wielu lat sytuacja w opiece zdrowotnej jest tymczasowa. Wciąż jesteśmy przed wyborami, zmianami, w pandemii. Prowadzimy dialog, wierząc, że te zmiany dla następców staną się punktem wyjścia. Nawet jeżeli nie wejdziemy na dach budynku, to będziemy chociaż o jedno piętro wyżej.

Wróćmy do Chicampu. Ilu gości się Pan spodziewa?
Około tysiąca, nawet do dwóch tysięcy uczestników. ●

Chicamp odbędzie się w dniach 6-8 czerwca 2025 r. w hotelu Bajka w Grodźcu. Więcej informacji na stronie chicamp2025.pl

EPIKRYZA 147

Reszta jest milczeniem

Gdy teatr uczy żyć, a życie uczy udawać, trzeba wybrać szkołę, którą chce się skończyć. Scena wydaje się dość bezpiecznym kokonem. Pozwala uciec, zasnąć, przetrwać lub dojrzeć. Codzienność w tym czasie zmienia maski, buduje polityczne scenografie i hałaśliwie zapowiada nowy sezon.

JAROSŁAW WANECKI
PEDIATRA, FELIETONISTA

Są takie chwile ciemności i wyciszenia, gdy kurtyna wznosi się i opada. Pierwsza odsłania świat iluzji z lustrem szczerej prawdy, zaburzonej tylko czasem sygnałem telefonu, szelestem papierka i chrapaniem widza z sąsiedniego fotela. Druga pozwala na rozprostowanie ramion, zagłuszanie rytmicznymi brawami rzeczywistości i powrót do naturalnego światła, które przez moment zaledwie, ale jednak, tak mocno razi w oczy. Analogię magii tych dwóch chwil można dostrzec w otwieranych i zamykanych drzwiach lekarskiego gabinetu, początku i końcu koleżeńskiego zjazdu, przyłożeniu głowy do poduszki i dźwiękach budzika o świcie. Ulotny moment przejścia, jakby rodzić się i umierać de novo w asyście odwiecznie wystawianej warty przez ludzi medycyny i sztuki.

Pasjami przyglądam się diagnozom Williama Szekspira, zaszytym od czterech wieków w tragediach, komediach, kronikach i sonetach. Dramaturg dobrze znał objawy chorób. Przekonała mnie o tym dawno już temu pewna pani doktor, chwaląc się podczas lekarskiej wizyty domowej, którą jej złożyłem, przeszłą znajomością ze Stanisławem Barańczakiem. Poeta translacji uczył się psychiatrii, konsultował przypadki bohaterów, dopytywał o specjalistyczne terminy, szukał norm i zacierał różnice między dawnymi i współczesnymi zaburzeniami osobowości.

„O, to jest pozór – to, co się „wydaje"!
To – można udać, odegrać, jak aktor,
To tylko stroje i przebrania bólu".

Kwietniowe weekendy wypełniłem zatem szekspirowską frazą. Na pierwszy rzut poszedł „Sen nocy letniej" w reżyserii Michała Zadary w Komedii. Dalej był szybki przejazd do Teatru Polskiego na „Historię Henryka IV z opisem bitwy pod Shrewsbury między księciem Henrykiem a lordem Henrykiem Percym wraz z szelmostwami sir Falstaffa" zrealizowaną przez Ivana Alexandre'a. Na scenie płockiej trzymałem kciuki za miłość „Romea i Julii", którą przeniósł na piłkarski stadion Krzysztof Szuster. Przedświąteczny maraton zakończył „Hamlet" w pożegnalnym wystawieniu Jana Englerta na scenie narodowej w Warszawie. A wszystko, by uciec, przespać, przetrwać i dojrzeć.

Spośród siedemdziesięciu spektakli stradfordczyka, które obejrzałem przez trzy dekady teatralnych podróży, wciąż nie potrafię wskazać najważniejszego. Mimo realizacji „Wieczorów Szekspirowskich", mających akt za aktem przybliżyć zapaleńcom Melpomeny ponadczasowość słów Mistrza, za każdym razem odkrywam je od nowa. Pociąga to za sobą coraz mniej miejsca na półkach domowej biblioteki gromadzącej katalog różnych tłumaczeń oraz festiwalowych gadżetów. Od pandemii poprawiam i dodaję sonety inspirowane kolejnymi dziełami, nie mogąc zdecydować o pełnym wydaniu dedykowanego tomiku poezji. Wciąż nie pojmuję, jakim cudem jeden tylko autor zdołał pomieścić w swojej twórczości praktycznie wszystkie dylematy i zachowania człowieka.

„W ›Hamlecie‹ jest wiele spraw – pisał Jan Kott, krytyk i eseista, który przywrócił Szekspirowi współczesne rozumienie. – Polityka, przemoc i moralność, spór o jednoznaczność teorii i praktyki, o cele ostateczne i sens życia, jest tragedia miłosna, rodzinna, państwowa, filozoficzna, eschatologiczna i metafizyczna. Wszystko, co chcecie! I jest jeszcze wstrząsające studium psychologiczne. I krwawa fabuła, i pojedynek, wielka rzeź. Można wybierać. Ale trzeba wiedzieć, po co i dlaczego się wybiera".

Komedia z wyprawy do Lasu Ateńskiego bez przerwy śmieje się z koszmarów sennych, pytając ryzykownie „dlaczegóż by lew nie mógł mówić, gdy mówi tylu osłów?". W tragedii kochanków z Werony znów słychać drwinę z blizn głoszoną przez tych, którzy nigdy nie doświadczyli ran. W królewskiej kronice „Henryka IV" „miłość ucieka się (…) do rozsądku, jak do lekarza, ale nigdy nie bierze go za doradcę". W „Hamlecie" Klaudiusz od czterystu lat chce poznać diagnozę duńskiego królewicza, by znaleźć lekarstwo. To ich być albo nie być, gdy „świat wyszedł z formy".

Gdy teatr uczy żyć, a życie uczy udawać, wolę wybrać sceniczny kokon, by przetrwać sezon Fortynbrasa. •

GAZETA LEKARSKA

PO GODZINACH – PODRÓŻE

Zamki Dolnego Śląska: historia i relaks

JOANNA BON

Nocleg w królewskim apartamencie, zwiedzanie korytarzy i zakamarków pamiętających dawne czasy, a wszystko to owiane aurą tajemniczości. Do tego wyjątkowe spa, niezapomniane koncerty, ciekawe wystawy i niekończące się spacery po zachwycających parkach. Czas spędzić urlop w Polsce.

fot.: Marek Gaworski

◀ *Odwiedzający zamek w Karpnikach mogą poczuć atmosferę minionych epok*

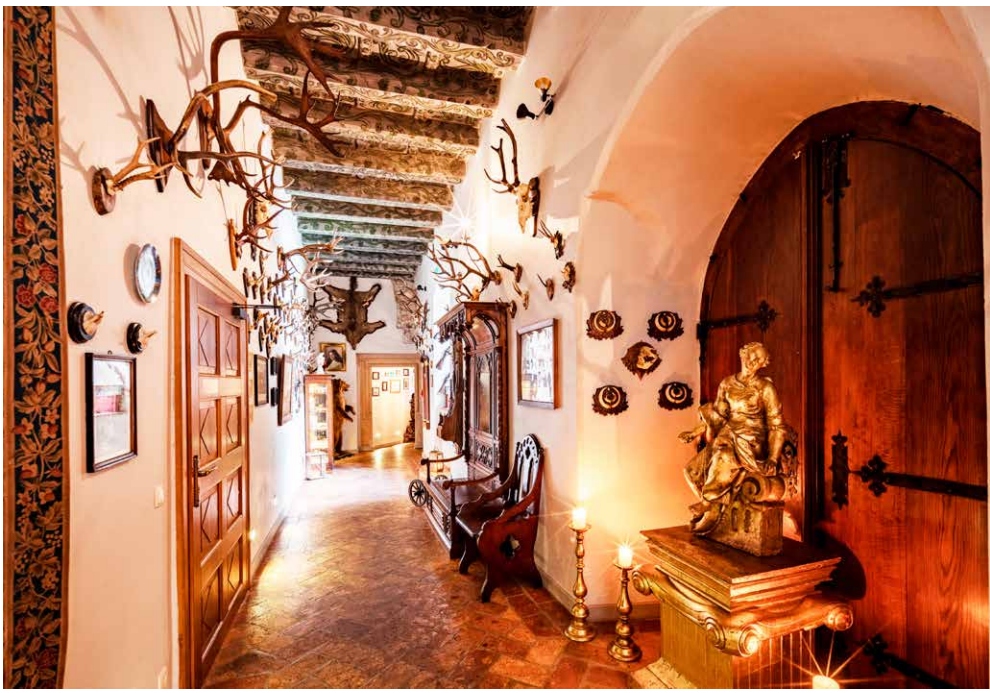
Przyciemnione światła korytarzy z patrzącymi na nas porożami zwierząt, groźne miny dostojnych arystokratów i nieśmiałe uśmiechy pięknych kobiet, niezwykłe gobeliny, wysokie pomieszczenia i szerokie łoża z rzeźbionymi ramami pamiętające klimat minionych epok. Albo przeciwnie: zamkowe pomieszczenia z nowoczesną architekturą, basenem i jedynym takim spa w Polsce lub cedrową balią wypełnioną wodą termalną. Niezależnie od tego, czego szukamy, znajdziemy to na Dolnym Śląsku w jednym z licznych tu zamków. Podpowiadamy, gdzie warto zajrzeć i na co można liczyć. Rozczarowań nie będzie.

ARCHITEKTONICZNA PEREŁKA W KARPNIKACH

Atmosfera spokoju i luksusu z dala od zgiełku? To możliwe. Do tego w malowniczym zakątku w zamku otoczonym pięknym parkiem, z eleganckimi wnętrzami i zapierającymi dech w piersiach widokami. Mowa o zamku w Karpnikach – przykładzie romantyzmu w architekturze. Ma wszystko to, czego współcześnie stworzyć nie można: autentyczność, aurę tajemniczości oraz niepowtarzalny charakter.

Zamek w Karpnikach położony jest zaledwie 11 km od Jeleniej Góry. Karpniki były znane pod nazwą Fischbach. Zamek zbudowano w XIV wieku z inicjatywy rycerza Czirna. Składał się z budynku mieszkalnego oraz wieży. W XV wieku dołożono warowną wieżę i mury otoczone fosą. W 1438 r. Hans Cunz von Predel sprzedał majątek rycerzowi Cuncze Bilerowi z Dzierżoniowa, a ten odsprzedał dobra Hansowi Schoffa-Gotschegowi, kanclerzowi księstwa świdnicko-jaworskiego. Pod koniec XV wieku niewielką budowlę powiększył Kacper Schaffgotsch. Cała budowla znajdowała się na sztucznej wyspie otoczonej fosą. Pod koniec XV wieku posiadłość znowu zmieniła właściciela. Działo się to w kolejnych stuleciach jeszcze kilkakrotnie.

Swoje piętno na zamku odcisnęła również II wojna światowa i okres powojenny. W latach



fot.: Szymon Bialik

▶ *Renesansowy korytarz w zamku Karpniki*

70. XX wieku budynek był w opłakanym stanie. Miasto Jelenia Góra sprzedało zamek firmie, która planowała urządzenie w tym miejscu domu wczasowego dla pracowników. Pod koniec lat 70. rozpoczęto nawet prace remontowe, które zostały przerwane. Ostatecznie zamek stał pusty i ulegał dewastacji. Obecnie ponownie jest własnością prywatną, a jego właściciele dołożyli wszelkich starań, by przywrócić mu świetność za sprawą spektakularnej renowacji przeprowadzonej w latach 2010-2014. Jako dawna rezydencja królewskiego rodu Hohenzollernów może się pochwalić wyjątkowo bogatą ikonografią oraz dużą ilością materiałów pisanych. Zachwyca historycznym klimatem, oryginalnością wnętrz i liczbą zachowanych detali.

Zamek nie udostępnia swoich czeluści dla zwiedzających, mogą podziwiać go jedynie z zewnątrz. Co innego goście hotelowi – ci mają pełną swobodę w chłonięciu atmosfery dawnych czasów, czy to w licznych korytarzach zamkowych, zakamarkach, czy odnowionych komnatach i apartamentach. To szkatułka odsłaniająca kolejne niespodzianki. Do tego wspaniały dziedziniec zamkowy, gdzie odbywają się letnie koncerty. I oczywiście restauracja z doskonałą kuchnią, sala bilardowa, biblioteka, strefa wellness, gabinet masażu. W tym miejscu można nie tylko poczuć klimat dawnych lat, ale również liczyć na pełen relaks.

W GOŚCINIE U CZOCHA

Fascynują cię tajemnice, legendy i historia? Marzysz o niezapomnianej przygodzie z tajnymi przejściami i stylowymi komnatami? Wszystko to ma zamek Karpniki, ale jeśli chcesz zobaczyć słynną komnatę książęcą ze specjalnie umiejscowioną zapadnią pod małżeńskim łożem, która zrzucała śpiącego do lochu, jedź do zamku Czocha. Bajeczna aura i majestatyczność obiektu zachwycają od lat.

Zamek, podobnie jak wiele innych obiektów tej klasy, zmieniał właścicieli, z upływem czasu zmieniał też swoją funkcję, stając się rezydencją. W 1909 r. został kupiony przez Ernsta Gütschowa – niemieckiego producenta wyrobów tytoniowych. Wykonano wtedy dużą przebudowę, w trakcie której zniknęło wiele najstarszych fragmentów zamku. Gütschow porzucił zamek w 1945 r. Według niepotwierdzonej teorii w czasie II wojny światowej w zamku mieściła się szkoła szyfrantów Abwehry. Po wojnie zamek zaczął popadać w ruinę. W 1952 r. przekształcono go w Wojskowy Dom Wczasowy (obiekt o charakterze utajnionym). Stał się dostępny publicznie dopiero w 1996 r., gdy został ośrodkiem hotelowym.

Namawiam do jego zwiedzania. Wszystko jedno, czy w ciągu dnia, czy nocą (choć w tym przypadku można liczyć na więcej emocji, jak choćby możliwość usłyszenia płaczu dziecka zamurowanego w sali Marmurowej czy wizytę w sali Tortur wypełnionej atmosferą strachu i niepewności; mroczny klimat budzi strach w niejednym śmiałku). Zobaczymy pracownię alchemika, budzący grozę warsztat kata, dom duchów czy też więzienie czarownic. W każdym przypadku będzie to przeżycie jedyne w sowim rodzaju.

Jeśli chodzi o ciekawostki (niekoniecznie potwierdzone), to podobno w zamku Czocha wybudowano około 40 tajnych przejść. Odnaleziono ich jednak tylko kilkanaście. Pod zamkiem ma znajdować się olbrzymi labirynt korytarzy odciętych od reszty obiektu. Chętni do ich poszukiwań?

Nawet jeśli nie znajdziemy nowych tajemnych przejść, z pewnością doświadczymy ciekawych przeżyć na warsztatach magii niczym szkoła z Hogwartu. Dziecięca kreatywność nie ma tu granic, a każdy mały magik zmienia się w pomysłowego czarodzieja. Zmęczeni atrakcjami i widokami mogą odpocząć w jednej z zamkowych komnat – do czego gorąco namawiam.

DAISY Z ZAMKU KSIĄŻ

Kolejne miejsce warte odwiedzenia to zamek Książ, którego najsłynniejszą rezydentką była księżna Daisy von Pless. Księżna pszczyńska i małżonka księcia Jana Henryka XV Hochberga na trwałe zapisała się w historii wałbrzyskiej rezydencji.

Księżna, a właściwie Maria Teresa Oliwia Hochberg von Pless, urodziła się 28 czerwca 1873 r. na zamku Ruthin w północnej Walii. Pod koniec lat 70. XIX wieku rodzina zmuszona była opuścić swoją posiadłość z powodu problemów finansowych i przenieść się do Londynu. W kwietniu 1891 r. księżna poznaje swojego przyszłego męża, księcia Hansa Heinricha XV, na balu u księstwa Portland. Cztery miesiące później para zaręcza się, a 8 grudnia tego samego roku staje na ślubnym kobiercu.

GAZETA LEKARSKA

fot.: Ryszard Stolarczyk

◀ *Zamek Czocha można zwiedzać zarówno w ciągu dnia, jak i nocą*

Rok po zaręczynach Daisy po raz pierwszy przybywa do Pszczyny, a na początku lipca 1892 r. odbywa się oficjalny wjazd księżnej do Książa jako pani tych ziem. W lutym 1893 r. żona Jana Henryka XV Hochberga wydaje na świat pierwsze dziecko. Niestety, niemowlę umiera po dwóch tygodniach od narodzin. 2 lutego 1900 r. rodzi się dziedzic rodu, książę Hans Heinrich XVII. Niemal pięć lat później na świat przychodzi drugi syn książęcej pary. Potem na świat przychodzi Bolko. Szczęście nie trwa jednak wiecznie. W grudniu 1922 r. Daisy rozwodzi się z Janem Henrykiem XV Hochbergiem po ponad 30 latach małżeństwa. Sąd w Berlinie orzeka, że księżna może zachować tytuły, apanaże oraz rezydencje w La Napoule na Riwierze i w Monachium. Traci jednak prawo do opieki nad dziećmi.

Po dwunastu latach, w kwietniu 1935 r., hrabina von Hochberg, u której lekarze diagnozują stwardnienie rozsiane, powraca na Dolny Śląsk. Jej stan zdrowia z miesiąca na miesiąc pogarsza się. Po wybuchu II wojny światowej przeprowadza się do willi na terenie generalnej dyrekcji dóbr książęcych przy Friendlandestarsse 43 w Wałbrzychu. Umiera.

W 2023 r., w 150. rocznicę urodzin Daisy, na zamku Książ zostaje otwarty apartament księżnej. Wnętrza odtworzono po blisko 80 latach od ich zniszczenia na podstawie zachowanych rycin i zdjęć. Nocleg w tym apartamencie to prawdziwe przeżycie.

Jednak Zamek Książ to nie tylko historia Daisy. To również zagadki z przeszłości, które rozpalają wyobraźnię niejednego turysty. W 1941 r. zamek został skonfiskowany przez III Rzeszę. Naziści planowali utworzenie w Górach Sowich sieci podziemnych tuneli, a zamek miał stać się kwaterą Adolfa Hitlera. Robót nie udało się jednak sfinalizować, a wiele elementów konstrukcji zniszczono przed wkroczeniem Armii Czerwonej. Jednak tajemnica związana z realizowanym przez Niemców przedsięwzięciem do dziś rozpala wyobraźnię tych, których interesują zagadki z przeszłości. I choć na wiele pytań nie da się odpowiedzieć wprost, to wizyta w podziemiach Zamku Książ dla wielu dociekliwych może być prawdziwą gratką.

TYLKO JEDNO TAKIE UROCZYSKO

Dla tych, którzy chcą odpocząć od rozszyfrowywania zagadek i trudnych codziennych spraw, chłonąc spokój, relaksując się w niespotykanej atmosferze – polecam wyjazd do Uroczyska Siedmiu Stawów w Goli Dzierżoniowskiej nieopodal Wrocławia. Zamek wybudowany w XVI wieku jako

▶ *Zamek Książ w Wałbrzychu*

fot.: Shutterstock.com

fot.: materiały prasowe Uroczyska

▲ *Uroczysko Siedmiu Stawów w Goli Dzierżoniowskiej*

fot.: materiały prasowe Uroczyska

▲ *Jeden z hotelowych apartamentów*

fot.: materiały prasowe Uroczyska

▲ *Miejsce na komfortowy wypoczynek blisko natury i we własnym rytmie*

fot.: materiały prasowe Uroczyska

▲ *Zdrowa kuchnia obfitująca w sezonowe smaki*

jeden z nielicznych zachował charakter epoki odrodzenia i nie został znacząco przebudowany w czasach późniejszych. Gdy możliwe stało się przywrócenie mu historycznego układu przestrzennego, budynkom nadano nowe funkcje. Butikowy hotel o historycznym charakterze został harmonijnie wkomponowany w malowniczy krajobraz Dolnego Śląska.

Park krajobrazowy, kilkusetletnie drzewa, malownicze stawy, liczne ścieżki spacerowe i skąpane w zieleni tarasy widokowe – wszystko to mamy na wyciągnięcie ręki. Do tego pierwsze SPA marki L'Occitane w Polsce plus basen z jacuzzi oraz przestrzeń fitness.

Pola, lasy, malownicze stawy, a do tego historyczne elementy budowli pozwalają poczuć wyjątkowy klimat. Połączenie renesansowej architektury z nowoczesnymi, ale jednocześnie przytulnymi wnętrzami dopełnia całości. Do tego wyjątkowe menu restauracyjne z niebanalnymi połączeniami smaków i wysokiej jakości produktami. Plus ekskluzywna piwniczka z winami. A dla spragnionych kulturalnych elementów wernisaże i wystawy. Klamrą spinającą całość jest długa lista ekologicznych rozwiązań zastosowanych w Uroczysku Siedmiu Stawów.

A wszystko zaczęło się dawno temu, bo w XIII wieku. Przez kilka wieków dużo się działo. Szczęśliwie zamek przetrwał II wojnę światową bez większych zniszczeń. Jego ostatni właściciele, rodzina von Prittwitz und Gaffron, zmuszeni zostali do opuszczenia posiadłości. Odtąd zamek stopniowo popadał w ruinę. Opuszczony czekał na lepsze czasy, które przyszły na początku XXI wieku.

Dzika przyroda, długie spacery, cisza, możliwość obcowania ze sztuką, pięknie odrestaurowane detale połączone z butikowym hotelem, stare mury zamku dopasowane do nowoczesnych wnętrz, sielanka, wspaniałe spa, świeże posiłki, przyjemny basen – wymieniać można długo, najlepiej jednak przyjechać i przekonać się na własnej skórze. •

GAZETA LEKARSKA

PO GODZINACH – POEZJA

Przychodzi wena do lekarza

Ogólnopolski Konkurs Literacki im. Prof. Andrzeja Szczeklika

MONIKA SZYMCZAKOWSKA

fot.: materiały prasowe

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

Urodziła się w 1980 r. w Warszawie, ale od ponad trzydziestu lat mieszka w Otwocku. Absolwentka Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie. Zawodowo przez wiele lat była związana z warszawskim Instytutem Psychiatrii i Neurologii. W latach 2019-2021 pełniła tam obowiązki kierownika Oddziału Leczenia Zespołów Abstynencyjnych. Od 2021 r. pracuje w trybie ambulatoryjnym. Jest żoną, mamą trojga dzieci, ma dwa psy. W wolnym czasie dużo czyta, fotografuje (laureatka I miejsca oraz wyróżnienia w II Konkursie Fotograficznym Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie). Swoje pierwsze kroki stawia również w malarstwie. Jej przygoda z pisaniem trwa od liceum. Kilka lat temu wróciła do pisania wierszy oraz opowiadań, traktując to jak „koło ratunkowe" w codzienności. Od 2022 r. jest członkiem Unii Polskich Pisarzy Lekarzy. Laureatka III miejsca ex aequo *w XII Ogólnopolskim Konkursie Poetycko-Prozatorskim „Puls Słowa" w kategorii Poezja.*

anioł przed sklepem mięsnym

miał twarz dojrzałej kobiety
w płomiennej koronie włosów
ja się nie spieszę
powiedział stojąc w kolejce
mój mąż się spieszył
niespokojnie przebierał nogami
w codzienności
umarł niedawno
przede mną
z tym też się pospieszył
ja już nigdzie nie biegnę
na ostateczne spotkanie
i tak wszyscy zdążymy

życzenia noworoczne

gdzieś na dalekiej wyspie
podobno ziemia pękła na pół
uchylając na chwilę wrota do piekieł
a gwiazdę betlejemską
żelazna kopuła pomyliła z bombą
i pewnie zestrzeliła
nie przyjdą mędrcy do dzieciątka
tu i ówdzie
człowiek rozpada się na ćwierć
na jedną ósmą
na głowę i rękę
w życzeniach
szczęśliwego nowego roku
czai się strach niespełnienia

PO GODZINACH – SPORT

Futsal po raz drugi

ADAM CHMIELECKI

Fot.:archiwum prywatne

W Centrum Sportu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi odbyły się w dniach 29-30 marca II Mistrzostwa Polski Lekarzy w Futsalu. Wydarzenie zostało zorganizowane przy współpracy z Okręgową Izbą Lekarską w Łodzi i Naczelną Izbą Lekarską, a honorowy patronat nad mistrzostwami objął rektor Uniwersytetu Medycznego prof. Janusz Piekarski.

Podczas otwarcia zawodnicy i kibice wysłuchali Mazurka Dąbrowskiego w wykonaniu chóru akademickiego Uniwersytetu Medycznego, a także hymnu Łodzi – „Prząśniczki" Stanisława Moniuszki.

Zwycięzcami i zdobywcami złotego medalu II Mistrzostw Polski Lekarzy w Futsalu zostali zawodnicy Medyka Zabrze. Drugie miejsce zajął, otrzymując srebrny medal, klub STL Łódź, a brązowy medal wywalczyli koledzy z Gdańska. Królem strzelców został zawodnik STL Łódź Łukasz Krotowski, najlepszym bramkarzem Paweł Hylewski, także z STL. Tytuł MVP turnieju otrzymał Krzysztof Chmura z Okręgowej Izby Lekarskiej w Gdańsku.

Mistrzostwa Polski Lekarzy w Futsalu na stałe wpisały się do kalendarza sportowych zmagań medyków. •

XIII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Badmintonie

W dniach 5-6 kwietnia 2025 r. w Centrum Sportu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi odbyły się XIII Mistrzostwa Polski Lekarzy i Lekarzy Dentystów w Badmintonie oraz XIII BIBInKton Cup 2025.

Organizatorem mistrzostw była Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi, a gospodarzem Uniwersytet Medyczny w Łodzi. Patronat nad turniejem objęła Naczelna Izba Lekarska.

Uroczystego otwarcia mistrzostw dokonali dr Ryszard Golański – przewodniczący komisji sportu ORL w Łodzi, dr Jacek Grabowski – pełnomocnik rektora UM ds. kluczowych projektów, oraz mgr Katarzyna Rożniata – kierownik Centrum Sportu UM w Łodzi. Gościem honorowym zawodów był dr Krzysztof Makuch – animator lekarskiego sportu. Zwycięzcy zostali uhonorowani medalami, dyplomami, plecakami z logo OIL Łódź i upominkami od łódzkiej firmy Atlas.

Podczas turnieju rozegrano aż 214 meczów w różnych kategoriach wiekowych. Badminton zdobywa coraz większą popularność w środowisku medycznym, o czym świadczy rosnąca liczba uczestników. Tegoroczna edycja przyciągnęła rekordową liczbę 107 zawodników. Turniej przebiegał w przyjaznej, pełnej radości atmosferze. Choć nie brakowało wysiłku i emocji, z twarzy zawodników nie znikał uśmiech. •

Robert Bibik

PO GODZINACH – BŁĄD MALARSKI

Na wiosnę

Wszystko nowe, pachnące, więcej się chce, nogi rwą się jak do tańca. Ale oprócz krokusów, żonkili i zielonych cebulek daje o sobie znać również fiskus, bo wiosna to czas wypełniania deklaracji podatkowych. Współcześni poborcy podatkowi zazwyczaj kojarzą się nam z panem lub panią z okienka wstukującymi coś do komputerów z nieprzeniknionymi minami, które zazwyczaj nie zwiastują nic dobrego. A jak wyglądał fiskus pięć wieków temu?

Obraz: Marinus van Reymerswaele, „Poborca podatkowy i jego żona", 1539, Muzeum Prado, Madryt.

AGATA MORKA
DOKTOR HISTORII SZTUKI

Odpowiedzi dostarcza obraz van Reymerswaelego. To scena ukazująca parę siedzącą przy stole we wnętrzu pełnym papierów i monet. Widz patrzy na szesnastowiecznego poborcę podatkowego przy pracy, któremu pomagać się zdaje siedzącą obok żona. Mężczyzna skrupulatnie układa monety na wadze, osądzając ich wartość. Żona przechyla się w kierunku wagi, obserwując ruchy męża. Ciasna kompozycja, z parą zajmującą większą część obrazu, wciąga widza w głąb sceny. Malarz kreuje ogólny nastrój skupienia, prowadząc oczy widza jakby po kole wyznaczonym przez głowy pary ozdobione wyszukanymi kapeluszami. Ich skośne linie znajdują kontynuację w rękawach szat i w dłoniach skierowanych do wewnątrz, wspomagając jeszcze introwertyczny charakter całej sceny. A dłonie te przykuwają uwagę na dłużej.

Wykonują one precyzyjny taniec: jego zajęte ważeniem, jej przekładaniem stron w księdze podatkowej. Jest jednak coś zastanawiającego tak w proporcji, jak i w ułożeniu ich palców. To palce niezwykle długie, a niektóre z nich wyginają się pod niemożliwymi, zdawałoby się, kątami. Zaintrygowały one badaczy, którzy dopatrzyli się w nich symptomów arachnodaktylii. Dodatkową diagnozę postawiono też kobiecie na obrazie, opierając się na obserwacji jej szyi. Wyraźnie widoczne powiększone węzły chłonne mogą świadczyć o infekcji toczącej żonę poborcy podatkowego.

Szesnastowieczny fiskus emanuje znanym i dziś podskórnym, kiełkującym napięciem. A miny poborców podatkowych tak dziś, jak i w czasach van Reymerswaelego pozostają trudne do odcyfrowania. •

Rozwiązanie zagadki z „GL" 4/2025

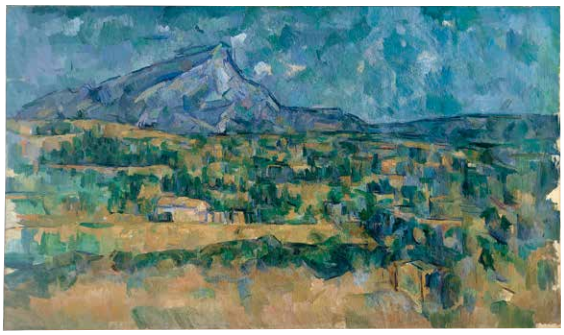
Szczegóły różniące obrazy:

1. **Pozostawienie większej ilości niezamalowanego płótna po prawej stronie obrazu.**
   W przedstawieniach Góry Świętej Wiktorii z tego okresu Cézanne często pozostawiał kawałki surowego płótna.

2. **Dodanie gałęzi sosny na pierwszym planie.**
   Cézanne kadrował Górę Świętej Wiktorii na najróżniejsze sposoby. Na jednym z jego najsłynniejszych obrazów na pierwszym planie widać sosnę.

3. **Dodanie pod górą wiaduktu.**
   W jednym z ujęć góry Cézanne namalował również wiadukt kolejowy, przypominający rzymski akwedukt.

4. **Zmiana koloru pól na bardziej żółty.**
   Cézanne malował swoją modelkę o różnych porach roku i dnia, otuloną tak zimowym, jak i letnim prowansalskim słońcem. W kilkunastu wariantach użył soczystych, żywych kolorów.



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

WSKAŻ ORYGINAŁ I ZNAJDŹ CZTERY SZCZEGÓŁY RÓŻNIĄCE OBRAZY.
Odpowiedź prześlij na bladmalarski@gazetalekarska.pl do 16 maja 2025 r.
W temacie maila należy wpisać GL05 oraz podać dane do kontaktu (imię i nazwisko, adres, telefon). Jedna osoba może przesłać jedną odpowiedź.

NAGRODZENI „GL" 05/2025
Voucher do Hotelu Prezydent **** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje Julia Inglot (Głogów Małopolski)

Nagrody dodatkowe: Arkadiusz Jachno (Szczecin), Janusz Wyroślak (Kwilno), Diana Kamińska (Radom)

Dla jednej z osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi

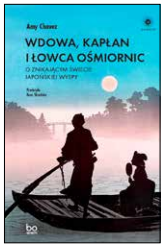
HOTEL PREZYDENT ★★★★
MEDICAL SPA & WELLNESS
HOTEL PRZYJAZNY DOROSŁYM

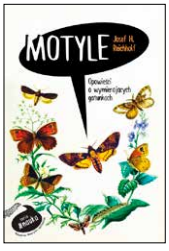
Hotel Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju ufundował voucher obejmujący m.in.:

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

WYDAWNICTWO UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
www.wuj.pl

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





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

GAZETA LEKARSKA

PO GODZINACH – CZYTELNIA

Być matką. Jak to łatwo powiedzieć

Czy mieć dzieci? Odpowiedź na to pytanie nigdy nie była łatwa ani oczywista. Bo każdy z nas jest inny i niekoniecznie musimy chcieć tego samego. Wielu zresztą, pragnąc pewnych rzeczy, nie zdaje sobie sprawy, jak bardzo mogą zmienić ich życie. Książka „Jedyna córka" wszystko to pokazuje. Odsłania dylematy dotyczące macierzyństwa. Pokazuje kobiece wybory, a przy tym kwestionuje patriarchalne wyobrażenia o macierzyństwie i instynkcie macierzyńskim.

Bo bycie matką nie dla każdej z kobiet oznacza to samo. W powieści „Jedyna córka" Guadalupe Nettel pokazuje rzeczywistość taką, jaka jest – bez koloryzowania. Życie i śmierć, i nasze relacje z nimi. Trzy kobiety: Laura, Alina i Doris, stają przed dylematami związanymi z macierzyństwem. Pierwsza postanawia, że nigdy nie będzie miała dzieci. Druga marzy o założeniu rodziny, lecz pod koniec ciąży dowiaduje się, że jej córeczka umrze zaraz po porodzie. Trzecia, samodzielna matka kilkuletniego chłopca, zmaga się z jego napadami agresji i z własną depresją. Wszystkie trzy muszą odpowiedzieć sobie na trudne pytania – jakie są granice wolności i rola kobiety w dzisiejszym świecie?

Autorka stawia śmiałą tezę: świadome decydowanie się na macierzyństwo powinno pozostać wyborem samej kobiety kierującej się instynktem, a nie restrykcyjnymi, seksistowskimi normami kulturowymi. To o tyle ważne, że Guadalupe Nettel jest Meksykanką, a w tle powieści pojawia się kobietobójstwo, obecne w tym kraju. Bezwzględny proceder, który bardzo mocno wybrzmiał. Książka znalazła się na krótkiej liście Międzynarodowej Nagrody Bookera 2023.

Guadalupe Nettel „Jedyna córka", Wydawnictwo Bo.wiem

Dobre życie dla każdego

Starzejemy się, czas upływa nieubłagalnie. Przejście na emeryturę, utrata bliskich czy pojawiające się problemy zdrowotne czasami napawają lękiem i budzą poczucie utraty kontroli. Starzenie się nie musi jednak oznaczać pogrążenia w smutku – niezależnie od wieku da się bowiem czerpać radość z życia.

Autorzy opisują przyczyny oraz typowe objawy zaburzeń lękowych i depresyjnych, mogących pojawić się w późnym wieku. Tłumaczą, jak dzięki sprawdzonym narzędziom terapii poznawczo-behawioralnej skutecznie poradzić sobie z wyzwaniami, z którymi mierzą się osoby starsze. Czytelnik, korzystając z praktycznych ćwiczeń, ma szansę nauczyć się zauważać niepokojące emocje oraz rozwijać umiejętność elastycznego myślenia. Pomogą one przestać się zamartwiać i zacząć prowadzić bardziej aktywne życie. Autorzy zamieszczają również wiele wskazówek, których stosowanie pozwoli uniknąć nawrotów lęku czy depresji. A wszystko to napisane bardzo przystępnym językiem.

„Poradnik dobrego starzenia się", Julie Erickson, Neil A. Rector, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego

Pierwszy Rektor Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

9 października 2024 roku ze smutkiem pożegnaliśmy

Prof. dr hab. n. med. Andrzeja Lewińskiego

dla nas Najukochańszego Męża i Tatę.

Składamy serdeczne podziękowania:
Duchowieństwu,
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,
Przyjaciołom
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
Jakubem i Michałem

Zjazdy koleżeńskie

50-LECIE ABSOLUTORIUM WYDZIAŁU STOMATOLOGII I LEKARSKIEGO AMB
Roczniki: stomatologia 1969-1974, lekarski 1969-1975. Zapraszamy na jubileuszowy zjazd koleżeński w dniach 27-29 czerwca 2025 r. w Białymstoku. Uroczyste odnowienie dyplomów 28 czerwca 2025 r. Zgłoszenia proszę przesłać na adres e-mail: prof.jpopko@gmail.com tel. 697 529 790. Proszę koleżanki o podanie nazwisk, które będą figurowały na dyplomach. Noclegi i kolacja w hotelu „Gołębiewski" w Białymstoku. Hotelowe formularze zostaną wysłane drogą mailową lub tradycyjną.

XXXV ZJAZD ABSOLWENTÓW POMORSKIEJ AKADEMII MEDYCZNEJ
(absolutorium rok 1990) odbędzie się w Międzywodziu w Marena -Spa w dniach 26.09-28.09.25. Zapraszamy wszystkich do udziału. Adres mailowy osoby przyjmującej rezerwację miejsc: renata.matuszczak@marenaspa.pl. Zapraszamy!

ZAPRASZAMY NA ZJAZD ABSOLWENTÓW ŚLĄM – WYDZIAŁ LEKARSKI ZABRZAŃSKI ROCZNIK 1980.
Spotkamy się 26.09.2025, piątek w Zabrzu-Rokitnicy na dziedzińcu głównym, o godz.16.30.Potem przejazd do restauracji „Pod Wawrzynem" w Zabrzu-Mikulczycach, Plac N. Kroczka 10 na uroczystą kolację o godz.18.00 Koszt spotkania 380 zł. Osoby chętne proszone są o zgłaszanie się telefoniczne lub SMS-em pod nr: Elżbieta Kowal – 600 264 946, Krystyna Jochan – 604 427 516, Tomasz Pękalski – 783 801 793 oraz o wpłacanie pieniędzy na konto Elzbieta Kowal nr 40 1050 1490 1000 0022 8859 6105, najpóźniej do 15.08.2025. W tytule przelewu wpisujemy-Zjazd Absolwentów 1980. Prosimy Koleżanki o dopisanie nazwiska panieńskiego. Noclegi prosimy rezerwować we własnym zakresie, najbliższy hotel-IBIS Zabrze ul. Jagiellońska 4.

Z OKAZJI 40-LECIA UKOŃCZENIA STUDIÓW W 1985 ROKU NA WYDZIALE LEKARSKIM AKADEMII MEDYCZNEJ W LUBLINIE
zapraszamy na uroczyste spotkanie koleżeńskie, które odbędzie się w sobotę 18.10.2025r. o godz.17-tej w salach hotelu Ibis Styles Lublin Stare Miasto przy Al. Solidarności 7 w Lublinie. Zgłoszenie uczestnictwa do 18.09.2025 r. przez email na a.czekierdowski@gmail.com tel. Kom. 600-450-767 lub na komunikatorze „What's up" grupa: „40 lat po dyplomie 1985-1925". Koszty organizacyjne i bankiet do 18.09.2025r. to 500 zł, po 18.09.2025r.-600zł. Wpłaty na konto: Artur Czekierdowski mBank nr konta:07 1140 2017 0000 4202 0487 3610 tytułem: „nazwisko i imię- wpłata za spotkanie z okazji 40-lecia dyplomu lekarza 1985-2025". W zgłoszeniu należy podać imię, nazwisko (plus panieńskie kobiet) i telefon kontaktowy. Dodatkowe informacje dla uczestników będą wysyłane na podany adres kontaktowy. Dla uczestników spotkania planujących pobyt w hotelu Ibis Styles Lublin Stare Miasto przy Al. Solidarności 7. Istnieje możliwość rezerwacji noclegów. Cena pokoju 1-osobowego ze śniadaniem – 350 zł, cena pokoju 2-osobowego ze śniadaniem 390 zł. Rezerwacji noclegów należy dokonywać na stronie hotelu z podaniem hasła „40-lecie dyplomu". Kontakt: tel. +48814791888 (mail: https://all.accor.com/hotel/A9V0/index.pl.shtml) Serdecznie zapraszamy Koleżanki i Kolegów!"

ZJAZD ABSOLWENTÓW AKADEMII MEDYCZNEJ W LUBLINIE ROCZNIK 1980
Serdecznie zapraszamy na kolejny zjazd absolwentów naszego rocznika z okazji 45-lecia ukończenia Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego AM w Lublinie. Spotkanie odbędzie się 13 czerwca 2025r. w Hotelu Viktoria w Lublinie. Zgłoszenia uczestnictwa prosimy wysyłać na adres: andbo5@interia.pl W zgłoszeniu proszę podać imię i nazwisko (panieńskie u kobiet) i telefon kontaktowy. Informacje Andrzej Borzęcki tel.: 516 045 517 Bankiet: hotel Viktoria: koszt 350 zł od osoby. Wpłata na konto 82 1020 3147 00008702 0238 8411. Serdecznie zapraszamy Koleżanki i Kolegów na spotkanie.

UPRZEJMIE INFORMUJEMY, że organizujemy w hotelu Cristal w Białymstoku w dniach 12.09-13.09.2025/ początek g.18/ ostatnie spotkanie Absolwentów Akademii Medycznej w Białymstoku, rocznik 1963 – 1969. Koszt uczestnictwa, 800 zł, należy wpłacać na konto: Stanisław Olszewski 61 1500 1533 1015 3045 0364 0000 do 15 lipca 2025. Noclegi/ w cenach preferencyjnych/ należy zamawiać osobiście w recepcji hotelu, tel. 857496100. Hasło „Zjazd Absolwentów". Bliższe informacje pod adresem email: stanolsz@wp.pl lub telefon w godzinach wieczornych 862162459

ABSOLWENCI WYDZIAŁU LEKARSKIEGO I STOMATOLOGICZNEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1970.
Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 55-lecia uzyskania absolutorium, które odbędzie się dnia 7.06.2025 we Wrocławiu. Program Zjazdu wraz z wysokością opłat dostępny na stronie www.dilnet.wroc.pl w zakładce społeczność. Bliższych informacji udziela: Patrycja Malec, tel. 501-217-204, e-mail patka.malec@wp.pl

ABSOLWENCI WYDZIAŁU STOMATOLOGICZNEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1985.
Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 40-lecia uzyskania absolutorium, które odbędzie się w dniach 23-25.05.2025 w Szklarskiej Porębie. Program Zjazdu wraz z wysokością opłat dostępny na stronie www.dilnet.wroc.pl w zakładce społeczność. Bliższych informacji udziela: Patrycja Malec, tel. 501-217-204, e-mail patka.malec@wp.pl

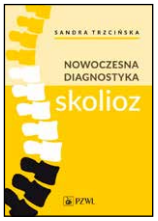
SPOTKANIE KOLEŻEŃSKIE, LEKARZY ROCZNIK 1984 WYDZIAŁU LEKARSKIEGO 21 CZERWCA (SOBOTA) W SZCZAWNICY – JAWORKI.
W imieniu organizatorów spotkania absolwentów – lekarzy rocznik 1984 Wydziału Lekarskiego CMUJ Krakowie, zapraszamy na kolejne spotkanie koleżeńskie 21 czerwca (sobota) w Szczawnicy – Jaworki. W programie zwiedzanie Wąwozu Homole i okolicy. Spotkanie plenerowe i koncert w słynnej Muzycznej Owczarni. Szczegóły Andrzej Fugiel, kontakt telefoniczny i WhatsApp +48 604 299 111 lub pocztą email fugiel@mp.pl.Organizatorzy Ewa Cichocka-Jarosz i Andrzej Fugiel

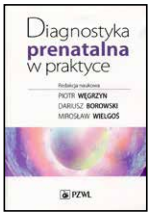
Ogłoszenia

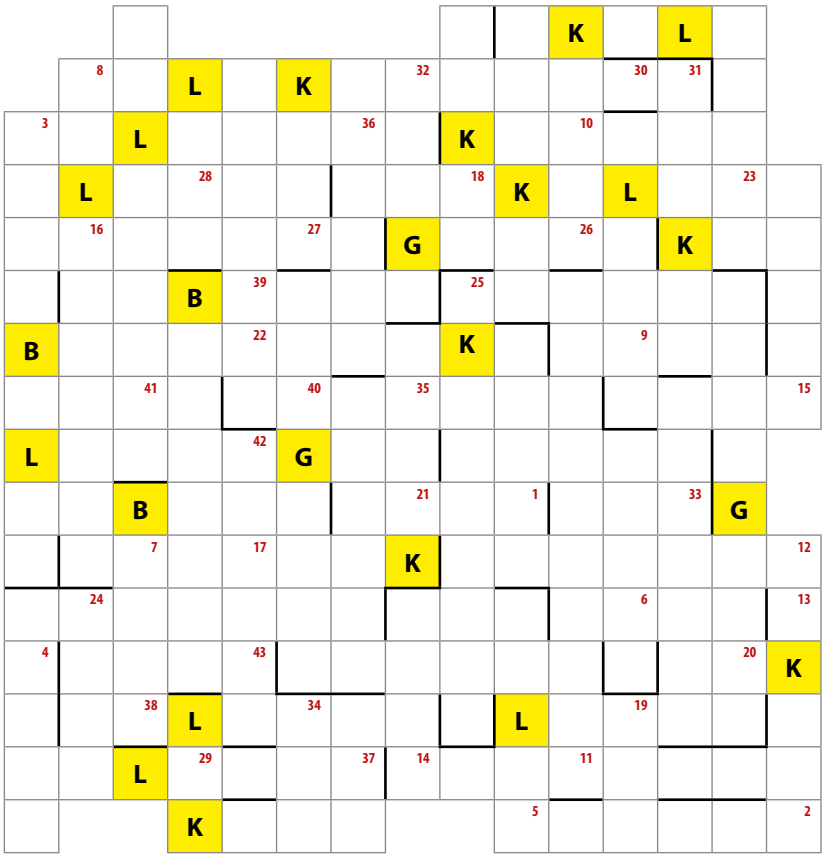
JOLKA LEKARSKA 304

Wydawnictwo Lekarskie PZWL
to specjaliści, wiedza i zaangażowanie.

PZWL







Objaśnienia 71 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: B, G, K i L. Na ponumerowanych polach ukryto 43 litery hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to przysłowie polskie.
Hasło należy przysłać na karcie pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres: jolka@gazetalekarska.pl do 16 maja 2025 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań wyłonimy laureatów, którzy otrzymają nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).

* czerniak (łac.) * między Wisłą, Gopłem i Notecią * jaskinia * najpiękniejszy u Kleopatry * grecka bogini mądrości * rodzina, małżeństwo * wilk amerykański * góry w Czadzie i Libii * po przedszkolu * pojęcie przeciwstawne * między kadmem a cyną * mieszkanka Szombierek * lodołam * wargi (łac.) * miasto-państwo w cieśninie Malakka * hałas, turkot * delfin z Amazonki * płaszcz * przed odbytnicą * mieszka w Turcji, Syrii, Iraku i Iranie * utarte buraki z chrzanem * trucizna z Arecae * właściciel magicznej lampy * Kazimierz, idol Legii * adenozynotrójfosforan * wschodnia dzielnica Londynu * wynik dzielenia * Agropyron * miasto grzechu w Nevadzie * brat Sema i Jafeta * sól kwasu chlorowego * najukochańsza żona Mahometa * szeregowiec Spielberga * kortykotropina * gród nad Charente * smakołyk, specjał * z pielęgnicowatych * stolica południa Jemenu * oprawca * Louis, ojciec mikrobiologii * kraj Honeckera * sieć na flądry * jej klątwa to rzadka choroba genetyczna * niemiecka galareta * pęk włosów * udomowiona krętoroga * wojownik w dawnej Japonii * tkanina * sól glauberska * okrasa * czubek bucika * pulmo * stolica stanu Roraima * komputerowy włamywacz * wyprysk (łac.) * remonstranci * Kondeusz * panamski, malajski i kabomani * wóz bojowy faraonów * pepsyna B * ekskomunika * najwyższy organ kontroli * zapalenie odźwiernika (łac.) * Bogusław w „Psach" * rzymskie bóstwa domu i rodziny * nauka o rozwoju osobniczym * imię Hanuszkiewicza * członek Izby Lordów * varicosis * skąpstwo * skandynawski poeta dworski

Jerzy Badowski

Rozwiązanie Jolki Lekarskiej 302
Przypadek sprzyja tylko umysłom przygotowanym

Nagrody otrzymują:
Maria Choińska (Radom), Sylwia Kizło (Dobre Miasto), Małgorzata Polak (Bystra), Adrianna Gorecka (Gdańsk), Dorota Kloczkowska-Świder (Warszawa)

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

Klauzula informacyjna na str. 75/ Regulamin konkursu dostępny na www.gazetalekarska.pl

WYDAWCA

NIL Naczelna Izba Lekarska

Gazeta Lekarska dla członków izb lekarskich bezpłatna

Nakład: 42 770 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 ogłoszenia
Agata Bryk
ogloszenia@gazetalekarska.pl

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

Projekt, projekt okładki
Michał Trusz

Skład
Montownia/Teresa Urawska

Druk
Eurodruk-Poznań Sp. z o.o.

W celu zmiany adresu wysyłki „Gazety Lekarskiej" prosimy kontaktować się z właściwą okręgową izbą lekarską.
Materiałów niezamówionych redakcja nie zwraca i zastrzega sobie prawo do skrótów, adiustacji, zmiany tytułów. Redakcja nie odpowiada za treść reklam i ogłoszeń. Autorów prosimy o przysyłanie tekstów zapisanych na CD, e-mail w edytorze pracującym w środowisku Windows. Publikacja ta przeznaczona jest tylko dla osób uprawnionych do wystawiania recept oraz osób prowadzących obrót produktami leczniczymi w rozumieniu przepisów ustawy z 6 września 2011 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz.U. nr 126, poz. 1381, z późn. zmianami i rozporządzeniami).