

WAŻNY TEMAT: PORZUCONE I POTRZASANE

ISSN 0867-2165

PISMO IZB
LEKARSKICH

06 | 2023

GAZETA LEKARSKA

DZIECKO

W CENTRUM

UWAGI

strony 7-16

REKLAMA (dostępne tylko w wydaniu papierowym
i e-wydaniu udostępnianym lekarzom i lekarzom dentystom)



26

Musimy
reagować

50

Porzucone
i potrząsane

18

Jakość, jak to łatwo powiedzieć...

FELIETON PREZESA NRL

4 Łukasz Jankowski: Dbamy o godność
zawodu

SAMORZĄD PRZYSZŁOŚCI

6 Klaudiusz Komor: Cena zaufania

TEMAT NUMERU

- 7 Dorosłe problemy polskich dzieci
- 12 Pediatria młody, pięćdziesięcioletni
- 14 Dziecko nie wie, że nie musi tak być

AKTUALNOŚCI

- 18 Jakość, jak to łatwo powiedzieć...
- 24 Warunki krótkiej koldry

WAŻNE SPRAWY

26 Musimy reagować

PRAWO I MEDYCYNĄ

- 30 Kara dla lekarza to nie tajemnica
- 31 Wystarczyła kara nagany
- 32 Medyk nie zareklamuje wyrobu medycznego
- 34 Napastliwemu pacjentowi można odmówić leczenia
- 36 Świadczenia kompensacyjne w badaniach klinicznych
- 38 Biuletyn

PRAKTYKA LEKARSKA

42 Paweł Barucha: Potrzebni specjaliści

42 Stomatologia przyszłości

44 Jakub Sieczko: Wyłącz ten
Levonor46 Czasami słyszę: „bo pani
rozumie”

49 Kara za receptę

50 Porzucone i potrząsane

53 Mariusz Politowicz: Porady
z internetu

54 Odczarować neurofizjologię

56 Sekwoje kardiochirurgii

SAMORZĄD ZAWODOWY

60 Jakub Kosikowski: W trosce
o jakość i samorząd62 Anna Gołębicka: Paradygmat
bylejakości63 Sztuczna inteligencja już tu jest -
czas na akcję!64 Dotrzeć z innowacjami do
wszystkich lekarzy

67 Zaufany lekarz w telefonie

PO GODZINACH

68 Czytelnia – recenzje książek

70 Błąd malarski: Wolę wole

72 Jarosław Wanecki:
Andaluzyjski cud73 Przychodzi wena do lekarza:
Nie umarniesz

74 Czas i wena

74 Zjazdy koleżeńskie

75 Kultura i sport

77 Ogłoszenia

82 Jolka lekarska

OD REDAKCJI

**Karolina Kowalska**

redaktorka naczelna

POWAŻNE TEMATY

Czerwcowy numer w swojej medycznej części miał być poświęcony największym, jak się wydawało, problemom pediatrii, a więc otyłości i zdrowiu psychicznemu polskich dzieci. Tragiczne wydarzenia ostatniego miesiąca (śmierć dręczonego przez ojczyzna Kamilla) uświadomiły nam, że medycyna dziecięca ma więcej problemów, potęgowanych jeszcze przez brak lekarzy. W „Gazecie Lekarskiej” nie uciekamy od trudnych tematów. W artykule „Porzucone i potrząsane” Adam Czerwiński pisze o maluchach, których zawiedli rodzice. Anestezjolog Jakub Sieczko, autor znakomitego „Pogo”, pisze w swoim felietonie o kolejnym trudnym problemie – uporczywej terapii, która zamiast pomagać, szkodzi pacjentowi. Oprócz tematów poważnych w czerwcowym numerze znajdują Państwo także te optymistyczne i krzepiące. Miłej lektury!

SZANOWNI PAŃSTWO, KOLEŻANKI I KOLEDZY

Losy ustawy o jakości można porównać chyba tylko do niekończącej się brazylijskiej telenoweli. Wielokrotnie modyfikowana, przyjmowana, odrzucona, następnie ponownie mająca ujrzeć światło dzienne i trafić do parlamentu po poprawkach (w tym jakoby bez wielu zapisów, przeciwko którym protestowaliśmy) ustawa, choć w nazwie zawiera jakość i bezpieczeństwo, radykalnie nie zmieni, niestety, sytuacji w tych dwóch obszarach.

W samorządzie patrzymy w przyszłość, koncentrując się na inicjatywach mogących zmieniać otaczającą rzeczywistość. Wiemy, że jakość i bezpieczeństwo to aspekty kluczowe dla lekarzy i pacjentów, a szerzej – łączące wszystkich uczestników systemu. Powtarzaliśmy i powtarzamy decydentom zdanie, z którym trudno się nie zgadzać: uderzając w bezpieczeństwo lekarza, zawsze uderza się w bezpieczeństwo pacjenta. Dziś, wobec losów ustawy o jakości, szczególnie widoczna jest potrzeba opracowania kompleksowych rozwiązań zapewniających jakość dla całego systemu, a nie regulujących tylko jeden z wycinków rzeczywistości. Środowisko lekarskie ma ambicje bycia motorem i liderem takich zmian.

W Naczelnej Izbie Lekarskiej gościliśmy w maju ponad 50 przedstawicieli organizacji działających w systemie ochrony zdrowia. Pacjenci, pracodawcy, przedstawiciele zawodów medycznych i innych zawodów zaufania publicznego oraz eksperci spotkali się pod egidą Forum dla Jakości i Bezpieczeństwa Pacjenta, żeby rozmawiać o koniecznych zmianach w systemie, jakości i bezpieczeństwie.



Łukasz Jankowski
prezes Naczelnej Rady Lekarskiej

DBAMY O GODNOŚĆ ZAWODU

Z satysfakcją przyjmuję, że zaproszenie do udziału w pracach Forum przyjęli również przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia (w spotkaniu uczestniczył minister Piotr Bromber), a także Rzecznik Praw Pacjenta.

Wraz z zaprzyjaźnionymi organizacjami lekarskimi stworzyliśmy miejsce dialogu i merytorycznej pracy ponad podziałami. Podczas trwających cztery godziny

prac sformułowano ponad 50 postulatów dla jakości, które będą przedmiotem dalszych prac forum. Oprócz konstruktywnych propozycji najważniejszym dokonaniem Forum jest stworzenie środowiska i płaszczyzny współpracy wszystkich interesariuszy, która jest kluczowa dla wprowadzenia rzeczywistej jakości w ochronie zdrowia. Samo Forum potwierdziło również fakt,

o którym mówiliśmy już od pewnego czasu – ze strony rządzących zabrakło dotychczas realnego dialogu dotyczącego jakości. Dobrze, że środowisko lekarskie potrafiło o taki dialog skutecznie zadbać.

W Ministerstwie Zdrowia trwają prace z udziałem przedstawicieli NIL nad zniesieniem obowiązku określania przez lekarzy refundacji na receptach. Zabiegamy również intensywnie o zwolnienie z płacenia kar za nienależną refundację lekarzy, którzy działali w najlepszym pojętym interesie pacjenta. O wynikach tych prac będę Państwa informował.

Rozwijamy również współpracę zagraniczną i zgodnie z misją Naczelnej Izby Lekarskiej „reprezentujemy środowisko lekarskie”. Pod koniec czerwca w Warszawie odbędzie się doroczne spotkanie European Forum of Medical Associations (EFMA), które zrzesza organizacje lekarskie z całej Europy. We wrześniu czekają nas obrady Sympozjum Izb Lekarskich Państw Europy Środkowej i Wschodniej (ZEVA). Te organizacje międzynarodowe na nasz wniosek zajmą się m.in. problemem obniżania jakości kształcenia medycznego poprzez otwieranie kierunków lekarskich na uczelniach niegwarantujących odpowiedniej jakości kształcenia. Wspólną obawą jest wejście w przyszłości na europejski rynek pracy absolwentów takich szkół, nieprzygotowanych do wykonywania zawodu, a wyzwaniem – uznawanie kwalifikacji zawodowych przez inne kraje Unii Europejskiej. Z pierwszych rozmów wynika, że problem nie dotyczy jedynie naszego kraju. Reprezentując nasze środowisko na forum europejskim, możemy wspólnie próbować wywierać wpływ na decydentów zarówno w kraju, jak i na obszarze UE.

Powyższe działania są jedynie przykładami tego, co w ostatnim czasie działo się w NIL. Nie próżnujemy, aby nasza dewiza „reprezentujemy środowisko lekarskie. Dbamy o godność zawodu” była realizowana. Niestety, zarówno czas przedwyborczy, jak też otoczenie zewnętrzne w tych wysiłkach nie pomagają.

”

**Problem otwierania
kierunków
lekarskich
na uczelniach
niegwarantujących
odpowiedniej
jakości nie dotyczy
tylko Polski**

GAZETA LEKARSKA

zmienia się dla Czytelników!

Spełniamy oczekiwania

W 2023 roku „Gazeta Lekarska” będzie dostępna w formie **papierowej i elektronicznej**:

- **3** tradycyjne wydania papierowe dla wszystkich (nr 2/2023, 4/2023 i 6/2023)
- **7** wydań w edycji hybrydowej:
 - **elektroniczna** dla lekarzy i lekarzy dentystów do 69. roku życia (do skrzynek mailowych),
 - **papierowa** dla lekarzy i lekarzy dentystów w wieku 70+ (do skrzynek pocztowych)

Jeśli nie jesteś zadowolony z takiego kolportażu, możesz to zmienić.

**NIE CZEKAJ – zdecyduj już teraz,
jakie wydanie „Gazety Lekarskiej”
chcesz mieć. To zajmie tylko 1 minutę!**

- Wejdź na stronę gazetalekarska.pl lub nil.org.pl/gazeta (albo najedź aparatem telefonu na **QR kod** lub użyj aplikacji **czytnik kod QR**) i wypełnij formularz **Subskrypcja „Gazety Lekarskiej”**
- Dokonaj wyboru, klikając w jedno z pól, lub zaznacz oba:
 - ☐ chcę otrzymywać wersję papierową
 - ☐ chcę otrzymywać wersję elektroniczną



JEDNYM GŁOSEM

W dzisiejszych czasach media kochają sensację. Trudno się temu dziwić, każdy z nas, przeglądając gazetę czy portal internetowy, najpierw kątem oka widzi tytuły. Im są one bardziej szokujące, chwytliwe czy „mrożące krew w żyłach”, tym więcej osób zacznie czytać to, co znajduje się pod nimi. Niestety taki sposób przyciągania zainteresowania powoduje, że wśród wiadomości niepodzielnie królują wojny, zbrodnie i przestępstwa. Jest także drugi, bardzo szkodliwy, aspekt takiego działania – negatywny wpływ na wizerunek.

Jak pokazuje historia, kiedy sytuacja w ochronie zdrowia zaczyna się pogarszać lub kiedy społeczeństwo zaczyna być nią coraz bardziej zniecierpliwione, rządzący (a więc ci, którzy tak naprawdę odpowiadają za tę sytuację), próbują całą winę za wszelkie zło rzucić na pracowników ochrony zdrowia, a zwłaszcza na lekarzy. W mediach zaczynają się natychmiast mnożyć ekscytujące historie z lekarzami w rolach głównych – a to nie dopilnował pacjenta, a to wypisał złe leki, a to pomylił diagnozę.

Trzeba tutaj uczciwie przyznać, że rzeczywiście zdarzają się przypadki błędów, nawet takich wynikających z zaniedbania czy braku wiedzy, ale stanowią one jedynie niewielki ułamek wszystkich działań lekarskich. Kiedy jednak Polacy na każdym kroku słyszą tylko o tych „złych lekarzach”, czytają i widzą tylko historie przepełnione bólem i cierpieniem pacjentów, logiczne myślenie zaczyna się u nich zacierać. Można pomyśleć, że nie ma to znaczenia dla tych lekarzy, którzy



Klaudiusz Komor
wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej

CENA ZAUFAŃIA

postępują etycznie i leczą zgodnie z najnowszą wiedzą medyczną – oni przecież nie mają sobie nic do zarzucenia. Niestety nie jest to takie proste, bo uderzając w lekarzy, zawsze uderza się w bezpieczeństwo pacjenta! Od dawna bowiem wiadomo, że podstawą powodzenia leczenia jest wzajemne zaufanie lekarza i pacjenta ze szczególnym podkreśleniem zaufania pacjenta do lekarza.

Rozmawiałem ostatnio z moim znajomym, który przyznał, że nigdy nie wierzy jednemu lekarzowi, ale zawsze jego diagnozę i zalecenia sprawdza z co najmniej jednym lub nawet kilkoma innymi – oczywiście nie mówiąc im, co powiedzieli pozostali. Na moje pytanie, co mu to da, bo przecież nie mając wiedzy medycznej, nie jest w stanie zdecydować, który z lekarzy postawił mu odpowiednią diagnozę czy zapisał prawidłowe leczenie, odpowiedział, że wysłuchawszy wszystkich, wsparty wiedzą z internetu, sam zdecyduje, co dla niego najlepsze. Pytanie, czy leczenie

takiego pacjenta może przynieść dobry efekt? A powodem tego jest brak zaufania do lekarza, który ma swoją przyczynę w przekonaniu, że wszyscy lekarze są konowalami. Taki pacjent najczęściej albo wybierze leczenie złe, albo niepełne, ale w każdym z tych przypadków straci bezpowrotnie szansę na leczenie skuteczne. Czyli uderzając w lekarzy, próbując obarczyć ich winą za źle zorganizowany system ochrony zdrowia, powodujemy spadek zaufania pacjentów do lekarzy, czyli ostatecznie uderzamy w bezpieczeństwo pacjenta. O tym powinni pamiętać wszyscy politycy występujący przed kamerami i próbujący wyrazić swoje zdanie o polskim systemie ochrony zdrowia.

To nie jest niestety koniec. Jak zawsze działanie pociąga za sobą skutek – pacjent, który nie zaufał swojemu lekarzowi, nie odnosi korzystnych efektów z leczenia (które sam sobie zmodyfikował), a więc winą za to zaczyna obarczać właśnie tego lekarza. Nie tylko sam zmienia do niego swój stosunek i staje się jeszcze bardziej nieufny, nie tylko przekazuje swoje negatywne opinie znajomym, ale również bardzo często zaczyna szukać pomocy poza prawdziwą medycyną – stwarzając pole do popisu różnego rodzaju naciągaczom stosującym niesprawdzone metody „lecnicze”. Taka jest właśnie cena zaufania, którą w ostateczności zapłaci sam pacjent.

Naszym celem w Naczelnej Izbie Lekarskiej w najbliższym czasie będzie poprawa wizerunku lekarza w naszym kraju. Jak Państwo przeczytają w tym numerze „Gazety Lekarskiej”, jest on obecnie bardzo niekorzystny. Planujemy szereg działań medialnych, zarówno ogólnopolskich, jak i ograniczonych lokalnie. Jednak o poprawę wizerunku musimy powalczyć wszyscy razem – na nic będą nawet największe kampanie medialne, jeśli nie wesprą ich wszyscy lekarze swoim codziennym postępowaniem w kontaktach z pacjentem. Może na początek spróbujemy wszyscy wprowadzić jedną, bardzo małą rzecz – zaczynamy każdą wizytę od jednego uśmiechu! Może za taką cenę dostaniemy chociaż trochę zaufania.

”

***Na początek
spróbujemy
wszyscy
wprowadzić
jedną, bardzo
małą rzecz –
zaczynamy
każdą wizytę
od jednego
uśmiechu!***

Dorośle problemy polskich dzieci

Co trzeci ośmiolatek ma nadwagę i jest otyły, a nawet 16 proc. się samookalecza. Dług zdrowotny wygenerowany podczas pandemii najmocniej obciążył dzieci.



Karolina Kowalska
redaktor naczelna



Mariusz Tomczak
dziennikarz

Otyłość brzuszna, początki miażdżycy i cukrzycę typu 2. coraz częściej stwierdzają... pediatrzy. Rozpoznanie, które przed 2020 r. wciąż traktowano w kategoriach fenomenu, dziś są coraz częstsze. I choć pediatrzy z cukrzycą typu 2. i znaczącym stopniem otyłości mieli dotychczas do czynienia u nastolatków, teraz rozpoznają je u dzieci młodszych. Często u tych samych, których z powodu zaburzeń nastroju i podejrzenia depresji kierują do psychiatrów dziecięcych. Pandemia COVID-19 odcisnęła piętno na zdrowiu psychicznym i fizycznym dzieci na całym świecie. Najmłodsi Polacy również nie wyszli z niej bez szwanku.

WYSOKIE CIŚNIENIE U OŚMIOLATKA

Jak wynika z badań prowadzonych przez Instytut Matki i Dziecka wśród uczniów drugich klas szkół podstawowych (ośmiolatków) i ich rodziców, częstość występowania nadwagi i otyłości zwiększyła się z 32,2 proc. w 2018 r. do 35,3 proc. w 2021 r. Z kolei otyłość brzuszna stwierdzono u jednego na czterech badanych chłopców i u jednej na pięć dziewcząt.

Pandemia COVID-19 miała negatywny wpływ na nawyki żywieniowe, co może

wpłynąć na wzrost występowania nadwagi i otyłości. Jak wskazywali rodzice, w pierwszym roku pandemii aż 23 proc. ośmiolatków częściej niż przed pandemią sięgało po słodczyce, a po słone przekąski – 17 proc.

Podwyższone wartości skurczowego ciśnienia tętniczego krwi wystąpiły u ponad 25 proc. badanych uczniów klas drugich, a podwyższone wartości ciśnienia rozkurczowego – u ponad jednej piątej. Jeśli te wskaźniki utrzymają się w kolejnych latach, dzieci mogą doświadczyć niekorzystnych konsekwencji zdrowotnych i częściej potrzebować opieki lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) lub porad specjalistycznych. Te wyniki powinny budzić niepokój także dlatego, że w latach 2016-2021 nastąpił znaczny wzrost odsetka dzieci ośmioletnich z podwyższonym ciśnieniem krwi.

OTYŁY KILKULATEK

Kiedy na początku listopada 2022 r. specjaliści z Instytutu Matki i Dziecka i jednocześnie autorzy badania „Zdrowie dzieci

w pandemii COVID-19 – raport z badań dotyczących zdrowia i zachowań zdrowotnych dzieci w wieku 8 lat podczas pandemii” przedstawiali te dane podczas konferencji w Ministerstwie Zdrowia, większość społeczeństwa, w tym także lekarze, nie zdawała sobie jeszcze sprawy ze skali problemu. Alarmistyczne dane specjaliści medycyny rodzinnej, pediatrii i pediatrycznych specjalizacji szczegółowych mieli poznać dopiero w kolejnych miesiącach, kiedy do ich gabinetów i oddziałów zaczęły trafiać kolejne dzieci z wynikami, które dotychczas widywali głównie lekarze osób dorosłych, w dodatku mocno schorowanych.

Prof. Jarosław Peregud-Pogorzelski, prezes Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego i konsultant krajowy w dziedzinie pediatrii, uważa, że alarmujące dane z raportu Instytutu Matki i Dziecka wskazują na konieczność wprowadzenia daleko idących zmian w stylu życia najmłodszych pacjentów, a walka z nadwagą i otyłością będzie jednym z największych wyzwań, jakie stoją przed pediatrą w najbliższych latach.

Jak podkreśla dr n. ekon. Małgorzata Gałązka-Sobotka, dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego i członkini powołanego przez Ministra Zdrowia Zespołu ds. koordynowanej opieki nad pacjentem z rozpoznaną otyłością, wiedza o rzeczywistej skali problemu jest bardzo niepełna. Świadczą o tym wyniki kontroli Najwyższej Izby Kontroli,

**Otyłość brzuszna
stwierdzono
u jednego
na czterech
badanych
chłopców
i u jednej na pięć
dziewcząt**



Listopadowa konferencja prasowa ministra zdrowia Adama Niedzielskiego połączona z prezentacją raportu IMiD była zapowiedzią strategii działań na rzecz zdrowia dzieci. Niestety do dziś Rada Ministrów nie zdążyła się tą strategią zająć

w ramach której dokonano przeglądu dokumentacji medycznej 644 pacjentów w wieku od 2 do 18 lat w wybranych placówkach podstawowej opieki zdrowotnej. Analiza wagi i wzrostu nieletnich pacjentów wykazała, że u 22 proc. z nich stwierdzono nadwagę (65 proc.) lub otyłość (35 proc.).

- Niestety aż w 33 proc. przypadków choroba nie została odnotowana w dokumentacji, a zatem nie widzimy jej w statystykach publicznych. Luka informacyjna jest ogromna, więc z pewnością częstość występowania choroby jest niedoszacowana - podkreśla dr Gałązka-Sobotka.

KOD E-66 PRZYPOMNI O SOBIE W PRZYSZŁOŚCI

Jak dodaje, brak kodowania otyłości w placówkach ochrony zdrowia i niekompletna

dokumentacji BMI powodują, że wiedza na temat dynamiki nadwagi i problemu jest bardzo ograniczona. - Wśród chorób sprawozdawanych przez lekarzy POZ w 2021 r. otyłość stwierdzono tylko u 148 tys. pacjentów, co stanowi niespełna 0,5 proc. populacji korzystającej z opieki POZ (27,5 mln w 2021 r.). - To wskaźnik rażąco niski, zważywszy że nawet szacunki NFZ wskazują, że na otyłość cierpi ponad 20 proc. dorosłej populacji i ok. 10 proc. osób poniżej 20. roku życia. Płanik „nie widzi” tych pacjentów, bo kod E-66 wydaje się być pomijany wśród schorzeń o charakterze populacyjnym, z którymi zgłaszają się pacjenci do placówek leczniczych finansowanych ze środków publicznych - mówi dr Małgorzata Gałązka-Sobotka.

Jej zdaniem dane o BMI są pomijane, bo nawet rozpoznanie otyłości nie zawsze jest wpisywane w kartę dziecka. - Niestety nadal przez wielu profesjonalistów medycznych otyłość nie jest traktowana jako choroba, która jest zwykle tsunami wielu innych schorzeń i istotnie zagraża zdrowiu w życiu dorosłym - zauważa ekonomistka. I dodaje, że znacznie większym zainteresowaniem współczesnej medycyny cieszą się powikłania otyłości, która rozwija się w wieku dziecięcym, np. cukrzyca typu 2., nadciśnienie tętnicze, dyslipidemie, bezdech senny, astma, choroby układu kostno-stawowego czy zaburzenia emocjonalne.

- Otyłość zignorowana w młodym wieku stanie się bardzo poważną chorobą wywołującą wiele innych schorzeń, których leczenie jest liczone w miliardach złotych. W badaniach międzynarodowych szacuje się, że koszty opieki zdrowotnej nad osobami z otyłością mogą być nawet o 44 proc. wyższe od kosztów leczenia osób mających prawidłową masę ciała. W sumie choroba ta pochłania ok. 7 proc. ogółu wydatków na opiekę zdrowotną, co może oznaczać, że w 2021 r. NFZ wydał ok. 8 mld zł na leczenie otyłości. Koszty uwzględniające powikłania mogą sięgnąć nawet 20 proc. ogółu nakładów, czyli - odnosząc również do 2021 r. - prawie 27 mld zł - zauważa ekonomistka i dodaje, że wartości te nie uwzględniają kosztów społecznych.

- Otyłość często prowadzi do ograniczenia wykonywania niektórych zawodów przez chorych i ogranicza ich produktywność. W kontekście przyszłości trzeba z przerażeniem spoglądać na występowanie otyłości wśród dzieci i młodzieży i walczyć z nią z wielką determinacją - podkreśla.

POMIJANI MŁODZI DOROŚLI

Wśród największych zagrożeń dla zdrowia dzieci, zaraz po otyłości i nadwadze, prof. Jarosław Peregud-Pogorzelski wymienia wyszczepialność młodego pokolenia. - Z uwagi na aktywność ruchów antyszczepionkowych w kolejnych latach trzeba znacznie więcej uwagi poświęcić promocji szczepień. Musimy działać, póki nie jest za późno, tak by w przyszłości nie doszło do wybuchu epidemii stanowiącej zagrożenie dla nas wszystkich - alarmuje.

Z kolei trzecim ważnym problemem zdrowotnym wśród dzieci są choroby przewlekłe. - Jest grupa młodych osób, która w okresie dorosłości wchodzi z pewnymi schorzeniami i nie jest odpowiednio zaopiekowana. Właściwie w każdej dziedzinie medycyny, czy

Ministerialna strategia na rzecz zdrowia dzieci

Efektom prac Zespołu ds. opracowania założeń strategii działań na rzecz zdrowia dzieci, powołanego pod koniec listopada 2022 r. przez Ministra Zdrowia, jest międzyresortowa strategia działań na rzecz zdrowia dzieci na lata 2023-2027, przygotowana we współpracy z Ministerstwem Sportu i Turystyki, Ministerstwem Edukacji i Nauki, Ministerstwem Rodziny i Polityki Społecznej, Ministerstwem Rolnictwa i Rozwoju Wsi, Instytutem Matki i Dziecka, Narodowym Instytutem Zdrowia Publicznego - PZH, Polskim Towarzystwem Pediatrycznym oraz Radą Organizacji Pacjentów działającą przy Ministrze Zdrowia. Celem strategii jest poprawa ogólnego zdrowia dzieci i młodzieży. Obejmuje ona takie obszary jak:

- zdrowy styl życia: żywienie i aktywność fizyczna, promocja zdrowia i profilaktyka,
- zdrowie psychiczne i profilaktyka uzależnień,
- ochrona wzroku i słuchu,
- szczepienia.

Projekt uchwały w sprawie strategii został zgłoszony do Wykazu prac legislacyjnych Rady Ministrów.

Pandemia dała dzieciom po oczach

Ponad 400 spośród 1,1 tys. uczniów klas I-III z kilku szkół w Lublinie i okolicach ma wady refrakcji, głównie krótkowzroczność. Wadę częściej stwierdzano u trzecioklasistów niż u pierwszaków - wynika z badań zespołu prof. Roberta Rejdaka.

Badania prowadzone są przez zespół kierownika Katedry i Kliniki Okulistyki Ogólnej i Dziecięcej SPSK nr 1 w Lublinie prof. Roberta Rejdaka w ramach Narodowego Programu Wsparcia Uczniów po Pandemii. Jest to pilotaż mający na celu ocenę stanu narządu wzroku dzieci objętych m.in. nauką zdalną. Prof. Robert Rejdak nadmienia, że główną przyczyną tego stanu rzeczy jest wysiłek akomodacyjny oka (m.in. skurcz akomodacji), polegający na dostosowaniu narządu wzroku do patrzenia na przedmioty znajdujące się w różnych odległościach. Wysiłek ten, prowadzący m.in. do krótkowzroczności, może być w znacznym stopniu spowodowany nauką zdalną. Jego efekt wzmacnia używanie smartfonów i pisanie SMS-ów czy innych wiadomości na różnych komunikatorach, które zazwyczaj posługują się małą czcionką, co wymusza wyężdżanie wzroku. Dostrzeżono, że im starsze dziecko, tym bardziej jest narażone na skutki używania komunikatorów.

Kolejną przyczyną problemów ze wzrokiem u dzieci jest przebywanie w zamknięciu w domach podczas pandemii i brak kontaktu z naturalnym światłem słonecznym oraz zaniechanie okresowych badań wzroku u dzieci w obawie przed zakażeniem koronawirusem. Prof. Robert Rejdak zaznacza, że rosnący odsetek wad wzroku (krótkowzroczność, astygmatyzm, nadwzroczność) to niejedyny problem. Wzrósł także odsetek choroby zezowej i niedowidzenie, w przypadku których zaniechanie leczenia może mieć konsekwencje w przyszłości. Wyniki badań mają więc uczyć rodziców, a także nauczycieli na zachowania dzieci, np. mrużenie oczu, przybliżanie lub oddalanie wzroku od oglądanego przedmiotu, tablicy czy telewizora, pieczenie, łzawienie, które są wskazaniem do wizyty u okulisty oraz dopilnowania, by dzieci przebywały jak najwięcej w naturalnym świetle. Docelowo w ramach programu rozszerzono badania o klasę IV. Ma być przebadanych 5 tys. dzieci w wieku szkolnym.

(LK)

to w onkologii, czy diabetologii, endokrynologii lub chorobach rzadkich, jest mnóstwo pacjentów z chorobami przewlekłymi. Niestety nie stać nas na stworzenie oddziałów dla młodzieży i młodych dorosłych, tak jak dzieje się to na Zachodzie - zauważa prof. Peregud-Pogorzelski.

I tłumaczy, że w ramach medycyny dla młodych dorosłych, czasami określanej jako medycyna wieku dojrzewania, tworzone są specjalne oddziały dla osób od 12. lub 14. roku życia, które pozostają pod ich opieką do ukończenia 21-22 lat, a w Stanach Zjednoczonych czasami nawet do ukończenia 24. roku życia. - Nas na to nie stać, a zresztą zabrakłoby odpowiedniej liczby lekarzy do jej sprawnego funkcjonowania. Możemy jednak stworzyć opiekę koordynowaną, tak by pacjentami z chorobami przewlekłymi zajmował się pediatra, internista, lekarz medycyny rodzinnej, pielęgniarka środowiskowa i psychoterapeuta - wyjaśnia prof. Peregud-Pogorzelski.

DRUDZY W EUROPIE

No właśnie - psychoterapeuta. Konsultant krajowy nie ma wątpliwości, że ze zdrowiem psychicznym wśród nastolatków nie jest najlepiej, o czym świadczy m.in. rosnąca liczba samobójstw.

Na 5108 samobójstw, a ściślej prób samobójczych zakończonych zgonem,

odnotowanych w 2022 r. w statystykach Komendy Głównej Policji, 156 dokonały osoby do 18. roku życia, w tym 6 dzieci w wieku 7-12 lat, a 150 dzieci w wieku 13-18 lat. Rok wcześniej zamachów samobójczych zakończonych zgonem było w tej grupie wiekowej 127 (2 w grupie 7-12 lat i 125 wśród dzieci w wieku 13-18 lat), w roku 2020 - 107 osób (odpowiednio 1 i 106), a w roku 2019, czyli przed pandemią, 98 osób (odpowiednio 4 i 94 osoby). O wiele liczniej przedstawiają

się próby samobójcze zakończone zgonem w grupie młodych dorosłych (19 - 24 lata). W 2022 r. skutecznie na swoje życie targnęło się 317 osób z tej grupy wiekowej, w 2021 - 344 osoby, w 2020 r. - 329, a w 2019 - 360. Przy czym, jak podkreślają psychiatrzy, policyjne statystyki nie oddają skali problemu - część prób samobójczych może być sklasyfikowana inaczej. Statystyka nie podaje też liczby prób nieudanych, a tych, jak przekonują specjaliści, może być nawet dziesięciokrotnie więcej.

Policyjne statystyki nie uwzględniają też dzieci przyjmowanych na oddziały intensywnej terapii lub oddziały pediatrii po zatruciu paracetamolem czy lekami na nadciśnienie. I zaciemniają w ten sposób przerażający obraz najmłodszych po pandemii, która odcisnęła piętno na psychice dzieci i nastolatków na całym świecie.

O kiepskim stanie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży świadczą choćby wieczne przepełnione oddziały psychiatrii dziecięcej - te przyjmujące planowo i w stanach zagrożenia życia. W obu dostawki są normą, podobnie jak pacjenci leżący na korytarzu na materacach, rodzice błagający o przyjęcie syna lub córki albo wydzwanianie po sąsiednich województwach z pytaniem o miejsce dla kolejnego dziecka przyjmowanego na ostro.

Jak tłumaczyli podczas listopadowej konferencji prasowej w Ministerstwie dyrektor Instytutu Matki i Dziecka dr n. med. Tomasz Maciejewski oraz zastępca dyrektora ds. nauki i współautorka badania „Zdrowie dzieci w pandemii COVID-19” prof. Anna Fijałkowska, niemal 8 proc. dziewcząt i 6 proc. chłopców z klas drugich zaklasyfikowano



Prof. Anna Fijałkowska i dr n. med. Tomasz Maciejewski w siedzibie Ministerstwa Zdrowia podczas prezentacji badania „Zdrowie dzieci w pandemii COVID-19”

Zaburzenia słuchu u dzieci

Nawet co piąte dziecko ma problemy ze słyszeniem, a co trzecie cierpi z powodu szumów usznych – wynika z danych Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu (IFiPS) w Kajetanach.

Przeprowadzone w ostatnich 20 latach przez Instytut w Kajetanach badania przesiewowe u 1,5 mln dzieci oraz dorosłych wskazują, że osób, które mają problemy ze słuchem, jest coraz więcej, a ryzyko pogorszenia się słuchu rośnie wraz z wiekiem. U noworodków problem wrodzonych zaburzeń słuchu dotyczy 1-2 dzieci na 1 tys. urodzeń, a w wieku szkolnym występują one już u co 5-6. dziecka. Około 20 proc. dzieci i młodzieży ma różne problemy ze słyszeniem, a jedna trzecia z nich cierpi z powodu szumów usznych stałych lub przemijających. Szumy to pierwsze, ważne sygnały, że w ich uszach dzieje się coś niepokojącego.

Badania przesiewowe wykonane pod kątem wczesnego wykrywania wad słuchu u siedmio- i dwunastolatków wyraźnie wskazują, że pohałasowe ubytki słuchu są częste u starszych uczniów, ale 60 proc. rodziców dzieci, u których stwierdzono jakiś niedosłuch, nie było świadomych tego problemu. Tylko 19 proc. dostrzegło go u swoich dzieci. – Zdecydowaną większość tych zaburzeń można wyleczyć. Dlatego tak ważne są inicjowane przez nasz Instytut programy przesiewowych badań słuchu u dzieci obejmujące populację całej Polski. W 2011 r., podczas polskiej prezydencji w Unii Europejskiej, z mojej inicjatywy przedstawiciele krajów członkowskich, trzy organizacje europejskie: audiologów, foniatorów i terapeutów mowy oraz grupa ekspercka okulistów podpisały w Warszawie Europejskie Konsensusy Naukowe – podkreśla prof. Henryk Skarżyński, dyrektor Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu w Kajetanach. Pierwszy z konsensusów – „Badania przesiewowe słuchu u dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym” podpisało 27 krajów, drugi – „Badania przesiewowe słuchu, wzroku i mowy u dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym” podpisali przedstawiciele środowisk naukowych, a Rada Europy przyjęła je jako konkluzję nt. wczesnego wykrywania i leczenia zaburzeń komunikacyjnych u dzieci, z uwzględnieniem zastosowania narzędzi e-Zdrowia i innowacyjnych rozwiązań z zaleceniem do upowszechnienia, co pozwoliło Instytutowi realizować pilotażowe badania przesiewowe w ponad 20 krajach Azji, Afryki, Ameryki Południowej i Europy. – Dzięki tym badaniom dostarczyliśmy twardych danych decydom na szczeblu centralnym, którzy mogą zaplanować i organizować stałe badania populacyjne, wdrażając skuteczną profilaktykę – podsumowuje prof. Henryk Skarżyński.

(LK)

do grupy z objawami depresji. Wzrastający odsetek dzieci z gorszym samopoczuciem i z problemami zdrowia psychicznego będzie generował zapotrzebowanie na pomoc psychologiczną

także w perspektywie długoterminowej. To może negatywnie wpływać na ich potencjał społeczny i zawodowy.

W opinii rodziców drugoklasistów ilość czasu spędzanego przed ekranem w celach niezwiązanych z edukacją (np. oglądanie telewizji, granie w gry, korzystanie z mediów społecznościowych) zwiększyła się w czasie pandemii zarówno w ciągu tygodnia (43,6 proc.), jak i w weekendy (37,4 proc.).

Jak czytamy w raporcie „Dzieci się liczą 2022”, opublikowanym pod koniec ubiegłego roku przez Fundację Dajemy Dzieciom Siłę, która od ponad 30 lat chroni dzieci przed przemocą i wykorzystywaniem seksualnym, 41 proc. doświadcza przemocy ze strony osób bliskich, a 57 proc. ze strony

dorosłych. Do tego 7 proc. nie ma przy sobie żadnej zaufanej osoby, a aż 16 proc. dzieci się samookalecza.

Samookaleczenie to problem na tyle

duży, że został zauważony przez twórców seriali. Nastoletnia Ginny, bohaterka bijącego rekordy popularności na polskim Netflixie serialu „Ginny & Georgia”, „reguluje emocje”, zadając sobie ból. W serialu problem zauważa ojciec dziewczynki, a bezzadnej nastolatce pomaga psy-

choterapeutka. W ten sposób twórcy obrazu zachęcają nastolatki do poszukiwania profesjonalnej pomocy.

Zgodnie z raportem, w 2020 r. pomocą specjalistyczną ze względu na zaburzenia psychiczne zostało objętych ponad 170 tys. dzieci, z których 57 proc. stanowili chłopcy. Niestety, wspomnianych 127 prób samobójczych zakończonych śmiercią, podjętych w 2021 r. przez dzieci lub nastolatków, zapewniło Polsce niechlubne drugie miejsce w Europie, zaraz po Niemczech.

**W latach
2016-21 znacznie
wzrósł odsetek
ośmiolatków
z podwyższonym
ciśnieniem krwi**

WAŻNY PROBLEM UZALEŻNIEŃ

Konsultant krajowy w dziedzinie pediatrii prof. Peregud-Pogorzelski przyznaje, że choć reforma systemu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży już się rozpoczęła, przed reformatorem jest mnóstwo pracy. – Od pewnego czasu wspólnie z konsultantem krajowym do spraw psychiatrii dziecięcej propagujemy ideę powołania centrów zdrowia psychicznego dla dzieci, młodzieży i młodych dorosłych, które całościowo zajmowałyby się tymi kwestiami. W tej sprawie musi być konsensus ze strony wielu środowisk oraz akceptacja Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia – zaznacza.

I dodaje, że poważnym wyzwaniem jest przygotowanie kadr medycznych. – Aby te centra mogły działać, trzeba zapewnić odpowiednią liczbę doświadczonych psychoterapeutów, psychiatrów dziecięcych i psychologów klinicznych. Do pracy z tą grupą pacjentów musimy zaangażować wysokiej klasy specjalistów – ludzi z dużym doświadczeniem klinicznym i zawodowym. Osoby kierowane do pracy w tym obszarze muszą się wykazywać wysoką znajomością problemów dotyczących nie stosownych zachowań i wczesnej inicjacji seksualnej młodzieży i młodych dorosłych, w tym w szczególności nadużywania środków psychoaktywnych, przemocy czy hejtu w cyberprzestrzeni. Niestety, część młodych ludzi nie dostrzega żadnej alternatywy dla spędzania wolnego czasu przed komputerem, a tam czyha na nich wiele zagrożeń – przekonuje prof. Peregud-Pogorzelski.

Jego zdaniem w ramach centrów zdrowia psychicznego można by również znacząco rozwiązać problem uzależnień od substancji psychoaktywnych wśród nastolatków i młodych dorosłych. – Niestety, w naszym kraju te osoby nie mają gdzie się skutecznie leczyć, ponieważ brakuje specjalnie do tego przygotowanych zamkniętych ośrodków opieki całodobowej, a proponowane leczenie w warunkach ambulatoryjnych jest nieefektywne – podkreśla.

Listopadowa konferencja prasowa ministra zdrowia Adama Niedzielskiego połączona z prezentacją raportu Instytutu Matki i Dziecka była zapowiedzią strategii działań na rzecz zdrowia dzieci, która miała ujrzeć światło dzienne w lutym 2023 r. I rzeczywiście, ujrzała, a nawet została zgłoszona do wykazu prac legislacyjnych Rady Ministrów. Kłopot w tym, że do dziś Rada Ministrów nie zdążyła się nią zająć. A zdrowie dzieci samo się nie poprawi. ■■■

Pediatra młody, pięćdziesięcioletni

Nawet dwa tygodnie czeka się w dużych miastach na wizytę w poradni pediatrycznej, a oddziały szpitalne systematycznie znikają z mapy. Zasypanie luki pokoleniowej w pediatrii będzie trudne z kilku przyczyn.

Karolina Kowalska redaktor naczelna

Według Centralnego Rejestru Lekarzy RP należącego do Naczelnej Rady Lekarskiej w Polsce jest 17 181 pediatrów, z czego 15 272 wykonuje zawód. Jednak zdaniem samych specjalistów liczba ta nie odzwierciedla rzeczywistości, bo obejmuje również lekarzy, którzy mają też inną specjalizację i to ją wykonują. – Na Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu (UMP) pediatrizy pracują na przykład w zakładach teoretycznych i z leczeniem dzieci nie mają nic wspólnego – zauważa prof. Jacek Wysocki, pediatra i specjalista chorób zakaźnych, kierownik Katedry i Zakładu Profilaktyki Zdrowotnej UMP i członek Rady Ekspertów Naczelnej Izby Lekarskiej.

– Liczba pediatrów jest niewystarczająca, tak jak niewystarczająca jest liczba internistów, chirurgów i lekarzy innych specjalności. W Polsce jest po prostu za mało lekarzy. Oczywiście rezydentów pediatrii też brakuje, bo to trudna, trwająca pięć lat specjalizacja – zauważa prof. Jarosław Peregud-Pogorzelski, konsultant krajowy w dziedzinie pediatrii i prezes Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego.

Jak informuje Centrum Egzaminów Medycznych, do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego z pediatrii w wiosennej sesji przystąpiło 201 lekarzy, a nie zdało 64 osoby. Do egzaminu ustnego przystąpiło 125 osób, a nie zdało go pięć osób. Egzaminu testowego nie zdało blisko 32 proc. osób. To sytuacja wyjątkowa, bo zazwyczaj zdawało 90 proc. przystępujących do egzaminu. Egzaminatorzy przypuszczają, że



– Przez ostatnie trzy lata na rezydenturę z pediatrii nie zdecydował się u nas żaden stażysta – mówi Tomasz Szatkowski

wynik obniżyły osoby, które do egzaminu przystąpiły „na próbę”, m.in. lekarze na ostatnim roku specjalizacji.

105 nowych specjalistów to jednak tylko kropla w morzu potrzeb polskiej pediatrii, w której luka pokoleniowa jest, zdaniem części ekspertów, nie do zasypania. – Wciąż jestem młodszym kolegą, chociaż wielkimi krokami zbliżam się do pięćdziesiątki – śmieje się dr n. med. Igor Radziejewicz-Winnicki, członek Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego

(PTD), były wiceminister zdrowia, a obecnie dyrektor ds. medycznych Szpitala Praskiego w Warszawie. Dodaje, że lukę pokoleniową widać szczególnie na zebraniach towarzystw naukowych, gdzie przeważają dwie grupy: 70- i 30-latków.

TRZY LATA BEZ REZIDENTÓW

Skrajnym przykładem był oddział pediatryczny szpitala powiatowego w jednym z miast w północno-zachodniej Polsce, który zatrudniał dwóch lekarzy.

LICZBA SPECJALISTÓW LECZĄCYCH DZIECI

Dziedzina specjalizacji	Liczba specjalistów	Liczba specjalistów wykonujących zawód
chirurgia dziecięca	1259	1147
choroby płuc dzieci	164	137
endokrynologia i diabetologia dziecięca	176	176
gastroenterologia dziecięca	126	126
kardiologia dziecięca	193	193
nefrologia dziecięca	123	123
neurologia dziecięca	513	482
onkologia i hematologia dziecięca	255	252
otorynolaryngologia dziecięca	239	227
pediatria	17 181	15 272
pediatria metaboliczna	35	35
psychiatria dzieci i młodzieży	571	543
urologia dziecięca	80	79
stomatologia dziecięca	1251	828

Źródło: Centralny Rejestr Lekarzy RP należący do Naczelnej Rady Lekarskiej Stan na 30.04.2023

Doświadczony pediatra, który zbliżał się do 80. roku życia, i rezydent dzielili się dyżurami, przy czym specjalista potrafił dyżurować trzy doby z rzędu. Kiedy młodszy zmienił miejsce specjalizacyjne, oddział zamknęło. Dyrekcja placówki nie mogła znaleźć chętnego do dyżurowania.

Jak poinformowało Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, pediatria znalazła się na szóstym miejscu specjalizacji podawanych przy pierwszym wyborze – za dermatologią i wenerologią, radiologią i diagnostyką obrazową, medycyną rodzinną, ortodontią oraz psychiatrią. I choć pediatria jest zaliczana do specjalizacji priorytetowych, których rezydenci mogą liczyć na wyższe wynagrodzenie, zainteresowanie słabnie. – Przez ostatnie trzy lata na rezydenturę z pediatrii nie zdecydował się u nas żaden stażysta. Jedyna specjalizantka robi pediatrię po medycynie rodzinnej.

Lukę pokoleniową widać szczególnie na zebraniach towarzystw naukowych, gdzie przeważają dwie grupy: 70- i 30-latków

Wybór pediatrii i pozostanie u nas deklaruje wprawdzie dwoje obecnych stażystów, ale nie wiadomo, czy nie zmienia zdania po stażu na innych oddziałach – mówi Tomasz Szatkowski, kierownik Oddziału Dziecięcego z Pododdziałem Neurologii Dziecięcej w Wielospecjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim

w Gorzowie Wielkopolskim.

Część chętnych zabierają pediatryczne specjalizacje szczegółowe, które dziś można rozpocząć od zera, a nie jak kiedyś po choćby „jedynce” z pediatrii. Zdaniem naszych rozmówców choć w ramach specjalizacji szczegółowych odbywa się podstawowe szkolenie z chorób dzieci, specjalista w wąskiej dziedzinie rzadko decyduje się na pracę w oddziale ogólnodziecięcym czy w podstawowej opiece zdrowotnej. Nie zasila więc miejsc, do których ustawiają się największe kolejki. – Taki „wąski” specjalista potrafi leczyć skomplikowane choroby serca czy nerek, ale nie wie, jak poradzić sobie ze zwykłą biegunką.

Zatrudnia się więc albo w klinice, albo w placówkach prywatnych, gdzie za wysokim wynagrodzeniem może pracować mniejszą liczbę godzin – zauważają.

W efekcie w Warszawie i innych dużych miastach na wizytę u pediatry trzeba czekać nawet dwa tygodnie. A część rodziców, poza zapisem do poradni POZ, inwestuje w abonament dla dziecka. Zwłaszcza przy kilkuletnich bardziej opłaca się wydać ponad 1 tys. zł rocznie, niż płacić za każdą wizytę ponad 200 zł. Prywatne sieci poradni chętnie przyjmują pediatrów – i tych, którzy dotychczas pracowali głównie w POZ, i tych szpitalnych. Wszędzie są na wagę złota.

Nic więc dziwnego, że oddziały pediatryczne pustoszeją, a takich przypadków jak Barlinek będzie coraz więcej.

POWIAT ODSTRASZA NAJSILNIEJSZYCH

Dlaczego specjaliści nie garną się do pracy w szpitalu? – Bo to jest praca ciężka, w której dyżuruje się w nocy, weekendy i święta, obarczona ogromną odpowiedzialnością i wymagająca predyspozycji psychicznych – tłumaczy prof. Jacek Wysocki.

Tomasz Szatkowski przekonał się o tym na rezydenturze, którą odbywał w dwóch szpitalach powiatowych województwa zachodniopomorskiego. – Zazwyczaj pediatra lub rezydent ostatnich lat obstawiał oddział, izbę przyjęć i porody, bo neonatolog przyjeżdżał dwa razy w tygodniu, zazwyczaj kiedy wszystkie dzieci już się urodziły. Wiele nauczyłem się wówczas o neonatologii, ale wołałbym tego nie powtarzać – mówi Tomasz Szatkowski, który w listopadzie zeszłego roku jako jeden z trzech pediatrów z Polski zdał Europejski Egzamin Specjalizacyjny z Pediatrii (European Board of Pediatrics Examination).

Dziś w szpitalu wojewódzkim leczy zarówno ciężkie przypadki sepsy u niemowląt, jak i dzieci po próbach „s” (na oddział trafia ich kilkadziesiąt rocznie). Ale nie jest w tym sam, jak na dyżurach w powiecie, gdzie biegał z porodówką na izbę przyjęć pełną dzieci z ospą (wreszcie wymóg na dyrekcji, by wywiesiła kartkę, że szpital nie przyjmuje chorych na ospę). Nie jest jednak sam.

– W pediatrii mamy do czynienia nie tylko z ciężko chorymi dziećmi, ale także podenerwowanymi rodzicami. To wymaga wielkiego spokoju wewnętrznego – zgadza się prof. Jacek Wysocki. A prof. Peregud-Pogorzelski dodaje:

- Żeby zostać dobrym pediatrą, trzeba być bardzo zaangażowanym, ogromnie empatycznym i gotowym do ponoszenia ogromnej odpowiedzialności za swoje decyzje.

PRAWIE DOROŚLI I NOWORODKI

A Tomasz Szatkowski dodaje, że choroby dzieci są dziedziną bardzo rozległą. - Zajmujemy się zarówno jednodniowym noworodkiem, jak i prawie dorosłym człowiekiem w wieku 17 lat i 11 miesięcy. Zdarza się, że obaj leżą na tym samym oddziale i są leczeni przez tego samego pediatrę - zauważa.

Obsadzie oddziałów pediatrycznych nie sprzyja też fakt, że pediatria jest specjalizacją sfeminizowaną i nie ma się co dziwić, że wiele lekarek po rezydenturze wychowuje małe dzieci, którym muszą poświęcić czas. - Łatwiej opiekować się dziećmi, pracując w POZ, gdzie można tak ustawić godziny, by rano zdążyć odwieźć je do szkoły, a po południu odebrać - tłumaczy prof. Wysocki.

Ale z pracy w szpitalu rezygnują nie tylko młode matki. - Dziś coraz więcej młodych ludzi chce pracować na swoich warunkach, zachowując równowagę między życiem prywatnym i zawodowym, którą rozumieją jako elastyczny czas pracy.

Wielu pracuje kilka dni w tygodniu, a kolejnych kilka odpoczywa. Praca w szpitalu, która wymaga codziennego stawiania na obchodach i wzięcia sześciu-siedmiu dyżurów w miesiącu, na tak pojętą równowagę nie pozwala - zauważa prof. Wysocki.

LIKWIDACJA PUSZCZONA NA ŻYWIÓŁ

Nie bez znaczenia jest też czynnik finansowy: - W poradni w przeliczeniu na godzinę pracy można zarobić więcej. Żeby podobną stawkę zarobić w szpitalu, trzeba pracować na kontrakcie, wyrabiając 1,5 etatu. Nic więc dziwnego, że młodzi ludzie wolą na swoich zasadach pracować w poradniach, jeśli alternatywą jest niżej płatna, stresująca i o wiele bardziej odpowiedzialna praca na oddziale. Zjawisko odchodzenia lekarzy od pediatrii szpitalnej obserwujemy od wielu lat. Ostatnio przybrało ono na sile i w samej Wielkopolsce zamknięto już niektóre oddziały pediatryczne, a wiele walczy o przetrwanie. To, że

W pediatrii ma się do czynienia nie tylko z ciężko chorymi dziećmi, ale także podenerwowanymi rodzicami. To wymaga wielkiego spokoju wewnętrznego

niedługo może zabraknąć oddziałów pediatrycznych, nie jest jednak winą odchodzących pediatrów, ale winą systemu - podkreśla prof. Wysocki.

Prof. Wysocki przyznaje, że jeśli nawet - wobec spadku dzietności - można by było pozwolić sobie na zamknięcie niektórych oddziałów pediatrii, taka de-

cyzja powinna być poprzedzona wnikliwą analizą i dokładnie przemyślana. - Trzeba sprawdzić, nie tylko ilu pacjentów przyjmuje dany oddział, ale też promień działalności danego szpitala - liczbę kilometrów, jakie pokonują przyjeżdżający do niego pacjenci. Tymczasem dziś likwidacja oddziałów pediatrycznych jest puszczona „na żywioł” i nie odzwierciedla rzeczywistych potrzeb zdrowotnych - podkreśla prof. Wysocki. ■■■

współpraca Mariusz Tomczak

27. „SZKOŁA PEDIATRII” – SESJA DLA MŁODYCH LEKARZY

Redakcja czasopisma „Klinika Pediatryczna” zaprasza wszystkich lekarzy na konferencję „27. Szkoła Pediatrii”, która odbędzie się w dn. 29-30.09.2023 r. W tym roku skupiliśmy się na objawach ważnych dla pediatri. Nasi eksperci omówią problemy przydatne w codziennej praktyce zawodowej.

Odrębną propozycję mamy dla młodych lekarzy i rezydentów, których zapraszamy do współtworzenia sesji w wybranej przez siebie tematyce. Jeżeli chcielibyście przedstawić ulubiony, ważny problem medyczny z dziedziny, która Was interesuje, a potem wygłosić go w formie krótkiego, 15-, 20-minutowego wykładu podczas wrześniowej konferencji „27. Szkoła Pediatrii”, napiszcie

artykuł do „Kliniki Pediatrycznej”. Niezależni eksperci ocenią Waszą pracę anonimowo, a zakwalifikowane osoby powitamy w gronie wykładowców oraz autorów artykułów w specjalnym wydaniu zjazdowym czasopisma „Klinika Pediatryczna”. W ramach współpracy osoby zakwalifikowane będą mogły skorzystać gratisowo z udziału w całości konferencji. Termin nadsyłania prac - do 30 czerwca 2023 r. Szczegóły na stronie Sesja dla Młodych Lekarzy klinika.com.pl/27-szkola-pedii-29-30-09-2023/. Podczas szkolenia zaplanowaliśmy dla uczestników kolejne warsztaty z profilaktyki próchnicy, prowadzone przez lekarza stomatologa Katarzynę Mosiej, w czasie których wszyscy



**KLINIKA 30 LAT
PEDIATRYCZNA**



**27 Szkoła
Pediatrii**
KLINIKA PEDIATRYCZNEJ
29-30 IX 2023

uczestnicy otrzymają praktyczny zestaw stomatologiczny przydatny w podróży.

Konferencja odbędzie się w hotelu BOSS przy ul. Żwanowieckiej 20 w Warszawie.

Każdy z uczestników szkolenia otrzyma imienny certyfikat Okręgowej Izby Lekarskiej oraz specjalne wydanie czasopisma „Klinika Pediatryczna”, zawierające poruszone tematy w formie artykułów poglądowych. Organizatorzy zapraszają młodych lekarzy, rezydentów i wszystkich praktykujących lekarzy.

PSYCHIATRIA DZIECI I MŁODZIEŻY



Dziecko nie wie, ŻE NIE MUSI TAK BYĆ

Kilka lat temu pierwszy kontakt z psychiatrą dzieci miały dopiero w szpitalu. Od tego czasu wiele się zmieniło. Opór przed szukaniem pomocy psychologicznej się zmniejsza – mówi dr hab. n. med. **Barbara Remberk**, przewodnicząca Sekcji Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, w rozmowie z Lucyną Krysiak.

W ciągu ostatnich lat zaburzenia depresyjne i lękowe wśród dzieci i młodzieży wykazują tendencję wzrostową. Mieszczą się w tym także próby samobójcze. Co na to statystyki? Jeśli chodzi o epidemiologię tych zjawisk, to nie mamy aktualnych twardych danych na ten temat. Były one opracowywane i publikowane w 2020 r. i w 2021 r. W tym ostatnim badaniu przeprowadzono jeszcze przed pandemią COVID-19, ale wciąż stanowią one dla nas ważną wskazówkę na temat zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży. Obecnie opieramy się głównie na wynikach badań ankietowych, które potwierdzają, że w tej grupie wiekowej pacjentów licznie zgłaszane są objawy lękowe, depresyjne, samookaleczenia, obniżenie nastroju i związane z tym złe samopoczucie psychiczne oraz myśli samobójcze. Odnosząc się do badania epidemiologicznego z 2021 r., to wykazało ono, że generalnie kilkanaście procent populacji cierpi na różnego rodzaju zaburzenia psychiczne, co upodabnia nas do innych krajów. Obserwujemy natomiast wzrost zgłaszalności do poradni i szpitali psychiatrycznych i kolejki oraz trudności w uzyskaniu specjalistycznej pomocy zarówno szpitalnej, jak i ambulatoryjnej. W Polsce mamy zaledwie 35 oddziałów psychiatrii dziecięcej liczących około 1,2 tys. łóżek, z których wszystkie są zajęte, (pacjenci często leżą na dostawkach), a także niewystarczającą liczbę poradni psychiatrycznych, gdzie na wizytę czeka się miesiącami. Niezależnie od tego, o czym informują nas dane epidemiologiczne i wyniki ankiet, widać więc, że wyraźnie wzrosło zapotrzebowanie na pomoc psychiatryczną dzieciom i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi i że z istniejącą bazą coraz trudniej sprostać tym potrzebom.

Jakie są przyczyny tej epidemii zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży i czy jest to tylko nasz rodzimy problem?

Przyczyn jest wiele i nie do końca są one rozpoznane. Generalnie jednak mówi się o zaburzeniach psychicznych jako o chorobie cywilizacyjnej (o czym alarmuje WHO), która dotyka wiele krajów. Poszukiwania przyczyn idą w różnych kierunkach. Przykładowo jednym z nich jest wątek klimatyczny i zanieczyszczenie środowiska. Zwraca się też uwagę na siedzący tryb życia, brak kontaktu z naturą, no i internet,

choć zdania na ten temat są podzielone. Internet jest narzędziem, które można wykorzystywać w celach edukacyjnych, a w naszej pracy terapeutycznej służy do prowadzenia sesji z pacjentami bez konieczności organizowania bezpośrednich spotkań. Równocześnie

internet wymienia się jako narzędzie niebezpieczne. Należy jednak rozróżnić, czym jest przyczyna, a czym czynnik spustowy. Jako możliwe przyczyny problemów psychicznych dziecka lub młodego człowieka, w tym zachowań autoagresywnych, badania naukowe wskazują na nieprawidłowe funkcjonowanie rodziny, trudności w szkole, trudne relacje rówieśnicze, a także nieleczone wcześniej zaburzenia psychiczne. Do czynników ryzyka zachowań autoagresywnych należą też wcześniej podejmowane próby samobójcze czy samookaleczenia. W przeprowadzonym w USA badaniu dotyczącym przyczyn samobójstw dokonanych wśród dzieci w wieku 5-11 lat wykazano, że u wielu dzieci występowały zaburzenia psychiczne i wcześniejsze trudności, w tym kłopoty rodzinne, szkolne, rówieśnicze i doświadczenie traumy. Znaczenie miało także nieprawidłowe przechowywanie broni w domu. Sam akt popełnienia samobójstwa w wielu przypadkach poprzedzała sytuacja konfliktowa w rodzinie, zwłaszcza próba zdyscyplinowania dziecka przez opiekunów. Jedno takie wydarzenie może być więc tym czynnikiem spustowym, który decyduje o jego życiu. A przecież wiemy, że zaburzenia psychiczne można leczyć, a przedmioty niebezpieczne przechowywać właściwie.

W jakim stopniu do pogarszającego się stanu zdrowia psychicznego osób w młodym wieku przyczyniła się pandemia COVID-19, nauka zdalna i izolacja w okresach nasilonego rozprzestrzeniania się wirusa oraz lęk przed wojną toczącą się w Ukrainie?

Z naszych obserwacji klinicznych wynika, że po pandemii dzieciom trudno było wrócić do szkół i normalnego życia, odnaleźć się na nowo wśród rówieśników. Najgorzej radziły sobie z tym

Przemoc w realu nie jest anonimowa. W przypadku rzeczywistości wirtualnej trudniej odnaleźć i powstrzymać sprawców

z obserwacji klinicznych wynika, że nie jest to dominujący wątek. Dzieci bardziej się martwiły sytuacją życiową tu i teraz oraz zagrożeniami wynikającymi ze zmian klimatu, które postrzegają w sposób katastroficzny. Przeraża ich brak wody, czystego powietrza, prądu, ogrzewania, żywności czy dostępu do internetu.

Czy zaburzenia psychiczne to także cena, którą płacimy za zdobycze cywilizacji – łatwą dostępność telefonii komórkowej, internetu i social mediów?

Wszystko ma swoją cenę i być może płacimy zdrowiem psychicznym za te zdobycze cywilizacji. Jednym z zagrożeń widocznych w mojej pracy jest przemoc internetowa. Trudno jej przeciwdziałać. Jeśli już jakieś prześmiewcze treści, kompromitujące zdjęcia lub filmiki trafiają do internetu, nie ma możliwości technicznych, aby zatrzymać ich rozpowszechnianie. Przemoc bezpośrednia czyniona w realu nie jest anonimowa, w przypadku rzeczywistości wirtualnej trudniej odnaleźć i powstrzymać sprawców. Są także strony internetowe, na których młodzi ludzie dzielą się opiniami na temat samookaleczeń i myśli samobójczych. Niestety takie strony sprzyjają podejmowaniu działań w tym kierunku. Wprowadzając możliwość udzielania pomocy zdalnie, aplikacje, które pozwalają taką pomoc uzyskać oraz monitorować stan psychiczny osoby z zaburzeniami, pandemia ułatwiła też kontakt w sytuacjach nasilenia się objawów

dzieci najbardziej wrażliwe, które już wcześniej miały trudności, a pandemia je tylko utrwaliła. Co do oddziaływania wojny w Ukrainie na psychikę dzieci i młodzieży, to nie ma polskich badań na ten temat. Z rozmów z pacjentami wiemy jednak, że wiele z nich reagowało lękiem. Ale

np. dotyczących samookaleczeń i podniosła sprawność naszych działań.

A czy możliwe jest, że wirtualna rzeczywistość zbyt mocno wchodzi w realne życie i zaburza relacje z rówieśnikami, rodzicami, a nawet samym sobą?

Na pewno znaczna część komunikacji odbywa się teraz w sieci. Moi pacjenci mówią np. „Mam trzy przyjaciółki. Jedna mieszka w Szczecinie, druga w Zakopanem, a trzecia to ta z podwórka”. Funkcjonowanie w świecie cyfrowym nie wyklucza więc kontaktu bezpośredniego z drugim człowiekiem. Wiele gier komputerowych, w które gra młodzież, angażuje grupę osób, więc młody człowiek nie pozostaje sam na sam z komputerem. Wśród pacjentów, z którymi mam do czynienia, nadużywanie urządzeń cyfrowych jest wtórne w stosunku do innych problemów życiowych lub zaburzeń psychicznych.

Co powinno zaniepokoić rodzica, opiekuna lub nauczyciela, będąc sygnałem, że z psychiką dziecka jest coś nie tak i należy poszukać pomocy specjalisty?

To zależy od tego, o jakich trudnościach zdrowia psychicznego mówimy. Zaburzenia neurorozwojowe (z bardziej znanych są to ADHD, zespół Aspergera i inne zaburzenia ze spektrum autyzmu) to trudności trwałe. W tej sytuacji rozwój dziecka nie przebiega w sposób typowy, funkcjonuje ono inaczej niż rówieśnicy. Do pogorszenia samopoczucia może dojść, kiedy wzrastają wymagania otoczenia – np. przy pójściu do szkoły, rozpoczęciu nauki w liceum, wzroście wymagań społecznych ze strony otoczenia.

Drugi tryb trudności dotyczy zaburzeń, które mają swój określony początek i niekiedy epizodyczny przebieg. Zmiana sposobu funkcjonowania dziecka, zachowanie, które jest inne niż dotychczas, powinno być sygnałem dla rodzica, opiekuna, nauczyciela, że coś się dzieje. Zmiana ta może oznaczać depresję, inne zaburzenia psychiczne czy nadużywanie substancji

**Wśród pacjentów,
z którymi mam
do czynienia,
nadużywanie
urządzeń cyfrowych
jest wtórne do
innych problemów
życiowych
lub zaburzeń
psychicznych**

psychoaktywnych. Pamiętajmy jednak, że zmiana funkcjonowania dziecka może także wynikać z przyczyn innych niż chorobowe. Różne sytuacje życiowe, rówieśnicze, szkolne czy rodzinne mogą spowodować, że dziecko zmieniło swoje zachowanie. Należy w tym miejscu także rozważyć, czy nie są to zachowania towarzyszące doraństwu. Jeżeli jednak zmiana jest wyraźna i utrwalona, a dziecko przestaje rozmawiać z rodzicami, izoluje się, wycofuje, krzyczy, tupie, odmawia wykonywania codziennych czynności czy pogarszają się wyniki w nauce, to są to sygnały, że z jego psychiką dzieje się coś złego i trzeba się temu przyjrzeć. Te sygnały są różne, czasem trudno uchwytne, ciche. Niekiedy dziecko psychicznie źle się czuje, ale nic nie mówi, bo – nie mając wiedzy i doświadczeń osoby dorosłej – po prostu myśli, że tak musi być.

1 Czy leczenie dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi różni się od leczenia dorosłych?

Znacząco, i to poczynając od diagnozy. Wymagana jest dogłębna analiza sytuacji rodzinnej, szkolnej. Zachowania, które w ocenie lekarza są nietypowe, mogą wynikać z nietypowych zwyczajów w rodzinie czy też z różnic kulturowych. W procesie leczenia ogromną rolę przywiązuje się do współpracy z rodzicami, współpracy ze szkołą i do psychoterapii. Farmakoterapia jest wprowadzana dopiero po wykorzystaniu tych form działań i też różni się od farmakoterapii dorosłych.

1 Jakie działania podejmowane są w kierunku zmian w psychiatrii dziecięcej i jaki wpływ na ich kształt mają sami psychiatrzy?

Strony internetowe na temat samookaleczeń i myśli samobójczych sprzyjają podejmowaniu prób „S”

Reforma w psychiatrii dziecięcej toczy się od kilku lat i w jej przygotowaniu brali udział psychiatrzy. Podstawą tej reformy jest otwarcie się na psychiatrię środowiskową. Trzon opieki mają sprawować środowiskowe poradnie psychologiczne, powstałe w wielu powiatach. Chodzi o to, aby pacjenci mieli takie poradnie blisko miejsca zamieszkania. W ośrodkach tych pracują psycholodzy i terapeuci środowiskowi. To jest ta podstawowa zmiana. Dotychczas w całej Polsce powstało 300 takich poradni, ale potrzeby są większe, co widać po wydłużających się kolejkach. Dopiero kolejnym krokiem jest konsultacja psychiatryczna, a w ostateczności – hospitalizacja. Przyjęcie dziecka do szpitala ma być postępowaniem ostatniego rzutu, zakłada się, że należy leczyć dzieci na wcześniejszym etapie zaburzeń i ograniczyć częstość sytuacji, kiedy hospitalizacja jest potrzebna.

1 Czyli w reformie tej postawiono na rozwinięcie podstawowego poziomu referencyjności.

Tak. Kilka lat temu najczęściej pierwszy kontakt dziecka z psychiatrą to była izba przyjęć przy oddziale psychiatrycznym, obecnie zmienia się świadomość społeczeństwa. Zmniejszył się też opór przed szukaniem pomocy psychologicznej.

1 Jak powinna wyglądać dobrze funkcjonująca psychiatria dziecięca po zmianach?

Wraz ze zmianami systemowymi dobrze funkcjonująca psychiatria powinna być odpowiednio finansowana. Wprawdzie została podniesiona wycena świadczeń i zrobiło się luźniej w psychiatrycznych oddziałach całodobowych, co oznacza, że poradnie psychoterapeutyczne zaczynają spełniać swoją funkcję, ale to za mało, aby system zaczął w pełni

sprawnie funkcjonować. Specyfiką psychiatrii jest sezonowość, co oznacza, że wszelkie zaburzenia psychiczne u dzieci i młodzieży nasilają się jesienią i zimą, co należy przewidywać i tych miejsc w oddziałach w tym okresie planować więcej. Należy też dostosowywać do tego finansowanie, które wciąż nie jest na wystarczającym poziomie.

1 W Polsce mamy 500 psychiatrów dzieci i młodzieży, z czego nie wszyscy pracują w swojej specjalności. Jak z tak skromną kadrą budować nowy system oparty na leczeniu ambulatoryjnym?

Stąd pomysł włączenia do systemu psychologów, psychoterapeutów i terapeutów środowiskowych. Liczba psychiatrów dziecięcych wzrasta, kilka lat temu było ich około 400, teraz jest ponad 500, ale jest to proces, który wymaga czasu. Ministerstwo Zdrowia traktuje psychiatrię dziecięcą priorytetowo. W moim ośrodku wszystkie miejsca rezydencje w tej specjalności zostały w tym roku wykorzystane, a więc zainteresowanie psychiatrią dziecięcą jest. Jednak mogłoby być większe, gdyby uczelnie medyczne w programie nauczania psychiatrii dziecięcej poświęciły więcej miejsca, a nie – jak to się zdarza – kilka godzin w całym sześcioletnim cyklu kształcenia.

1 Co dalej z psychiatrią dziecięcą?

Wszyscy podkreślają znaczącą rolę prewencji, której podstawą jest zapewnienie dzieciom bezpieczeństwa emocjonalnego i finansowego. Wchodząc głębiej – chodzi o zapobieganie przemocy w rodzinie, bezrobociu, biedzie, ale też uzależnieniom, głównie alkoholizmowi czy narkomanii u dorosłych w rodzinie i w populacji dzieci i młodzieży. W działania te wpisuje się także prewencja samobójstw. W Polsce funkcjonuje Narodowy Program Zapobiegania Zachowaniom Samobójczym, ale jego działalność jest na początkowym etapie. Bardzo ważne jest funkcjonowanie szkół, które są coraz mniej bezpieczne, stwarzają ryzyko przemocy, kontaktu z narkotykami. Dlatego wprowadza się do szkół więcej psychologów, którzy mają w porę wychwytywać osoby potencjalnie zagrożone i w określonych sytuacjach oferować im pomoc poprzez wczesną interwencję. Wiele też mówi się o rozwijaniu kompetencji dotyczących radzenia sobie z emocjami dzieci. Skuteczna prewencja powinna więc dotyczyć wielu obszarów.

DR HAB. N. MED. BARBARA REMBERK

– przewodnicząca Sekcji Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (PTP), była konsultant krajowa w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, kierownik Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. W pracy koncentruje się na leczeniu zaburzeń okresu adolescencji, a obszarem jej badań naukowych są w szczególności psychozy o wczesnym początku

REKLAMA (dostępne tylko w wydaniu papierowym
i e-wydaniu udostępnianym lekarzom i lekarzom dentystom)

BEZPIECZEŃSTWO LECZENIA

Jakość, jak to łatwo powiedzieć...

Lato upłynie pod znakiem może nie jakości w ochronie zdrowia, ale niewątpliwie ostrych, choć nie zawsze merytorycznych, sporów o nią.



Małgorzata Solecka
dziennikarka

Ponad pięćdziesiąt osób – reprezentantów organizacji pracowników ochrony zdrowia, pracodawców oraz pacjentów – wzięło udział w pierwszym spotkaniu Forum dla Jakości i Bezpieczeństwa Pacjenta (FJiBP). Nie zabrakło ekspertów oraz przedstawicieli strony rządowej, którzy jednak na wielką społeczną dyskusję dotyczącą wyzwań związanych z wprowadzaniem jakości znaleźli jedynie chwilę.

– Forum to głos społeczeństwa. Jesteśmy dowodem, że współpraca w kwestii lepszej jakości świadczeń i bezpieczeństwa leczenia jest możliwa. Stawiamy na dialog z udziałem pacjentów, profesjonalistów medycznych i decydentów – mówił prezes Naczelnej Rady Lekarskiej (NRL) Łukasz Jankowski podczas inauguracji Forum. W ocenie prezesa zarówno frekwencja, jak i zaangażowanie w dyskusję pokazały, jak ogromna energia wytwarza się w środowisku wokół ustawy o jakości w ochronie zdrowia.

MINISTER WYCIĄGA „GAŁĄZKĘ OLIWNĄ”

Porozumienie Organizacji Lekarskich (POL) powołało Forum po podtrzymaniu przez Sejm weta Senatu do rządowej ustawy

o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta. Pierwsze spotkanie nie wyznaczono na 10 maja. Ale choć obydwa wydarzenia dzielił niedługi czas, dynamika zmian wokół ustawy o jakości, planów i pomysłów ministra zdrowia, zmieniała się jak w kalejdoskopie. Gdy 10 maja Naczelna Izba Lekarska (NIL)

wypełniła się gośćmi, było wiadome, że:
– minister zdrowia Adam Niedzielski nie odpuszcza i zgodnie z zapowiedzią chce, by jeszcze w tej kadencji zostały uchwalone przepisy projakościowe,
– do krytyków dotychczasowych przepisów minister wyciąga gałązkę oliwną i rezygnuje z budzących największe kontrowersje likwidacji Centrum Monitorowania Jakości (CMJ) oraz przepisów dotyczących tzw. klauzuli *no fault*,
– nie będzie jednego rządowego projektu, a do Sejmu trafią dwa projekty poselskie – w jednym znajdą się przepisy dotyczące monitorowania jakości i płacenia za nią (będzie to właściwa ustawa o jakości, której przepisy mają zagwarantować monitoring wskaźników jakości i umożliwić NFZ płacenie za jakość), w drugim – czyli nowelizacji ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – umieszczony zostanie blok rozwiązań dotyczących powstania Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych (FKZM),
– poselskie projekty mają mieć pierwsze czytanie na posiedzeniu sejmowej

Forsowane przez resort rozwiązania nazywano „półproduktem” lub „efektem rozpadu”. Znacznie większe nadzieje budziła lista postulatów sformułowanych oddolnie

Komisji Zdrowia, prawdopodobnie 23 lub 24 maja, bo Ministerstwo Zdrowia chce, by Sejm uchwalił ustawy jeszcze na majowym posiedzeniu.

Trwające kilka godzin obrady Forum oraz lista kilkudziesięciu punktów sformułowanych przez uczestników spotkania jako postulaty, których realizacja ma zagwaran-

tować prawdziwą jakość w systemie, to najlepszy dowód, jak bardzo markowany był „dialog”, w którym – według zapewnień przedstawicieli rządu – przygotowywano odrzuconą przez parlament ustawę. I to pomimo że prace nad nią trwały dobrych kilkanaście miesięcy. Co prawda obecny na spotkaniu wiceminister zdrowia Piotr Bromberg stwierdził, że jest to możliwe dzięki projektowi ustawy, ale był to głos odosobniony.

USTAWA POWINNA ŁĄCZYĆ

– Wielka szkoda, iż podobnego forum i dyskusji dotyczącej założeń dokumentu nie było przy pierwszym podejściu do jego uchwalania. Ustawa nie powinna dzielić, ale łączyć – mówiła dr Małgorzata Gałązka-Sobotka z Uczelni Łazarskiego, która zdecydowanie, choć nie bezkrytycznie, wspierała Ministerstwo Zdrowia w pracach nad pierwotnym projektem ustawy. Dowodów na to, że ustawa dzieliła, a dialog przez całe miesiące sprowadzany był do możliwości słuchania tego, co ma do powiedzenia minister zdrowia, jest więcej.

Dzień przed spotkaniem w NIL Adam Niedozielski rozpoczął legislacyjną ofensywę, najpierw spotykając się z Radą Organizacji Pacjentów (ROP), a potem z pracodawcami. Przewodniczący ROP ks. dr Arkadiusz Nowak zapewnił dziennikarzy, że Rada zapoznała się z założeniami do projektów, bo samych projektów nie przedstawiono, i z zadowoleniem stwierdziła, że nie ma w niej przepisów, do których pacjenci mieli zastrzeżenia czy które oceniali negatywnie. Co warto zauważyć, na etapie prac nad rządową ustawą przedstawiciele resortu, a także Rzecznik Praw Pacjenta utrzymywali tylko, że pacjenci popierają ustawę. Kilka godzin później minister spotkał się z organizacjami pracodawców, od których otrzymał długą listę postulatów dotyczących jakości.

Patrząc na temat od strony społecznej, można by sądzić, że jesteśmy na początku drogi, niemal w punkcie zero. Jednak, jak tłumaczył dziennikarzom w przerwie obrad Forum prezes Łukasz Jankowski, ta optyka nie zatrzyma procesu legislacyjnego, więc w najbliższych tygodniach do tematów związanych z jakością trzeba będzie podchodzić w dwóch wymiarach. Z jednej strony pracować nad rozwiązaniami optymalnymi i pożądanymi, które gwarantują bezpieczeństwo leczenia i pacjentom, i personelowi medycznemu,



- Forum dla Jakości i Bezpieczeństwa Pacjenta to głos społeczeństwa - mówił prezes NRL Łukasz Jankowski

z drugiej reagować i starać się poprawiać lub zatrzymywać rozwiązania forsowane przez decydentów.

KONSULTACJE TYLKO POZORNE

Forsowane, bo choć 9 maja podczas konferencji prasowej w Ministerstwie Zdrowia zapewniano, że podczas pierwszego czytania w Komisji Zdrowia wszyscy interesariusze będą mogli zabrać głos bez ograniczeń, trudno mówić o realnym dialogu. Resort stawia na nieformalne

spotkania podobne do tego, do którego doszło kilka godzin przed posiedzeniem FJiBP w NIL, na którym pojawili się zaproszeni telefonicznie przedstawiciele samorządów niektórych zawodów medycznych. Konsultacji publicznych jako takich nie będzie, bo projekty poselskie nie muszą ich przechodzić.

Co więcej, wydaje się, że zostaną one opublikowane niedługo przed pierwszym czytaniem. Z pewnością nie mogli się z nimi zapoznać uczestnicy spotkania



- Szkoda, że nie wiemy, co będą zawierały ustawy, choć wszyscy uczestnicy Forum czekali na konkrety - mówiła szefowa OZZL Grażyna Cebula-Kubat (pierwsza z lewej)



Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Piotr Bromber (czwarty od lewej) zapowiedział, że wymóg zgłaszania zdarzeń niepożądanych zostanie utrzymany

w NIL. – Szkoda, że nie wiemy, co będą zawierały ustawy, choć wszyscy uczestnicy Forum wyczekiwali na konkrety. Mając tak liczne grono ekspertów na Forum, nie możemy podjąć konkretnych decyzji – tłumaczyła przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy (OZZL) Grażyna Cebula-Kubat.

Uczestnicy Forum chcieli ocenić poselsko-ministerialne projekty. Sami natomiast sformułowali postulaty, które po pierwsze zostaną przekazane Ministerstwu Zdrowia, a po drugie – po uszczegółowieniu i podziale na segmenty – najprawdopodobniej trafią do węższych zespołów w celu wypracowania konkretnych rozwiązań. Czy i jak przełożone zostaną na rozwiązania legislacyjne, okaże się dopiero w przyszłości, i to raczej nie najbliższej, czyli nie przy okazji ewentualnego uchwalenia „dwupaku” ustaw. Ważnym wnioskiem z rozmów w siedzibie NIL jest to, że jakość w opiece zdrowotnej, a także bezpieczeństwo leczenia, zależą nie tylko od przepisów regulujących jakość, ale od poprawy funkcjonowania systemu ochrony zdrowia jako całości. Choćby, jak mówiła Grażyna Cebula-Kubat, od kwestii zabezpieczenia kadrowego: – Nie ma bezpieczeństwa pacjenta bez bezpiecznych warunków pracy.

BUDOWANIE POMNIKA

– Wiele zgłoszonych w trakcie dzisiejszego spotkania postulatów świadczy o wielkiej wiedzy środowiska, o tym, jak dużo ma do powiedzenia, jakie ma doświadczenie, pojęcie o tym, co jest niezbędne, by dobrze służyć w sumie dość choremu społeczeństwu – stwierdził prezes Federacji Porozumienie

Zielonogórskie dr Jacek Krajewski. – W dyskusji nie pomija się bezpieczeństwa pacjenta, ale stawia je na pierwszym miejscu, nie zapominając przy tym o bezpieczeństwie wykonywania zawodu i jakości. Jakość i bezpieczeństwo pacjenta to sfery, które się przenikają. Nie mówimy o czymś nieokreślonym, ale o pomiarze, efektach oraz o wyniku, który ostatecznie uzyskujemy w postaci oceny przez pacjenta naszych działań – zaznaczył.

Problem w tym, że podejście ministerstwa i rządzącej większości do kwestii ustawy o jakości pokazuje, że mniej o jakość chodzi, ale bardziej o „budowanie pomnika” ministrowi, który – z przyczyn politycznych – nie może ponieść porażki – komentował w mediach jeszcze przed Forum prezes NRL Łukasz Jankowski. Lekarze podkreślają, że zastrzeżeń wobec przepisów ustawy o jakości, które mają być powielone w dwóch projektach poselskich, było znacznie więcej niż te, na które jako na najbardziej kontrowersyjne kwestie wskazał Adam Niedzielski. To chociażby kwestia nierównego traktowania pacjentów, jeśli chodzi o możliwość uzyskania odszkodowania z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych. Takie prawo mają mieć tylko pacjenci podmiotów szpitalnych, a osoby, które zostały poddane takiej samej procedurze medycznej w placówce ambulatoryjnej i poniosły taką samą szkodę, nie będą mogły się ubiegać o jej kompensację.

Na inną kwestię zwróciła uwagę podczas dyskusji Maria Libura, ekspertka od lat zajmująca się analizowaniem „błędów i wypaczeń” systemu ochrony zdrowia.

Zaapelowała, by decyzję o płaceniu za jakość poprzedziło gruntowne badanie, czy potrafimy monitorować wskaźniki i czy właściwie dobieramy te, które będą finansowane. Chodzi o to, by uniknąć dość prawdopodobnego scenariusza, w którym podmioty lecznicze zaczynają działać pod wskaźniki niosące profity.

CO Z MONITOROWANIEM

Medycy przypominali, że do momentu opublikowania projektów trudno uznać za wyjaśnione wiele bardzo istotnych kwestii związanych z jakością. Przykład? W ustawie nie będzie tzw. klauzuli *no fault*, ale trudno wyobrazić sobie ustawę o jakości bez monitorowania zdarzeń niepożądanych. Czy one też znikną z przepisów?

– Z informacji, które przekazał wiceminister Bromber, wynika, że wymóg zgłaszania zdarzeń niepożądanych zostanie utrzymany, ale będzie wymieniony w ustawie jako rozwiązanie oparte na wewnętrznym systemie, bez tworzenia rejestru – tłumaczył dziennikarzom Jacek Krajewski. Będziemy mieć więc ustawę o jakości, której jednym z głównych celów było wprowadzenie mechanizmu „uczenia się” – i pracowników, i podmiotów leczniczych, ale też całego systemu – na cudzych błędach, bez tego mechanizmu. Przynajmniej w skali makro. Trudno się więc dziwić, że podczas obrad Forum nazywano forsowane przez resort rozwiązanie „półproduktem” lub „efektem rozpadu”. Znacznie większe nadzieje budziła lista postulatów sformułowanych oddolnie. – Cała długa lista zebranych punktów do opracowania. Z tego wyjdzie coś dobrego. Gratuluję inicjatywy i realizacji – komentowała na gorąco na Twitterze Dorota Korycińska, prezes Zarządu Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej oraz Stowarzyszenia Neurofibromatozy Polska.

DEMONSTRACJA JEDNOŚCI

Czy coś dobrego może wyjść z procesu legislacyjnego, który rozpocznie się ab ovo pod koniec maja? Już sam manewr z pojawieniem się byłej wiceminister zdrowia, posłanki Józefy Szczurek-Żelazko, której nieprzejednana postawa w czasie prac nad rządową ustawą (dwukrotnie wstrzymała się w głosowaniu, najpierw przy uchwalaniu ustawy, potem przy decyzji w sprawie senackiego weta) pokazuje, że determinacja po stronie Prawa i Sprawiedliwości jest duża. Po stronie PiS lub też po stronie ministra zdrowia wspieranego przez PiS. Decydując się na

ten krok, Adam Niedzielski przyznał – oczywiście nie wprost – że w samym PiS nie brakowało krytyków pierwotnej wersji projektu, co zaważyło na finalnym odrzuceniu ustawy. Wzięcie na pokład Szczurek-Żelazko ma zagwarantować nie tylko, że zgłoszone ona za projektami, ale też zmasakrać wrażenie, że w sprawie flagowego projektu PiS nie mówi jednym głosem. Sama posłanka po demonstracji jedności („Nigdy nie głosowałam przeciw, miałam pewne wątpliwości, ale zostały one już wyjaśnione”) poza kamerami mówiła „Rynkowi Zdrowia”, że decyzję w sprawie poparcia projektu, za który odpowiada jej klubowy kolega Czesław Hoc, podejmie, gdy go przeczyta. Skądinąd wiadomo, że właśnie kwestie związane z przepisami, które mają się znaleźć w projekcie Hoca, budziły największe wątpliwości byłej wiceszefowej resortu zdrowia i – co ważniejsze dla meritum tej sprawy – byłej dyrektorki szpitala powiatowego. Akredytacja jednostek szpitalnych oraz płaćcie za jakość to kwestie, które spędzają sen z powiek niejednemu szefowi szpitala powiatowego zwłaszcza teraz, w ekstremalnie trudnych ekonomicznie czasach.

Duże znaczenie będzie mieć też postawa opozycji. Wycofanie się przez ministra zdrowia z planów likwidacji CMJ (część ekspertów już się zastanawia, w jaki sposób Adam Niedzielski zrealizuje swój plan marginalizacji, a potem likwidacji CMJ, podejrzewając ministra o sporą dawkę makiawelizmu) i odstąpienie od zgniłego „kompromisu” z ministrem sprawiedliwości w sprawie odpowiedzialności karnej lekarzy i pozostałych profesjonalistów medycznych za tzw. zdarzenia niepożądane spełnia dwa główne postulaty, jakie opozycja artykułowała w Sejmie i częściowo również w Senacie. Czy to wystarczy, by opozycyjne kluby, które wspierały się na szczycie mobilizacji przy głosowaniu nad wetem Senatu, już odpuściły ministrowi, wyciągnęły rękę do zgody i nie oponowały przeciw uchwaleniu dwupaku ustaw? Wszystko rozstrzygnie się etapami pod koniec maja, najprawdopodobniej w Sejmie. Niemal miesiąc później (21-22 czerwca) decyzję będzie podejmował Senat. W lipcu Sejm zaplanował aż trzy posiedzenia i można zakładać, że minister będzie naciskać na pośpiech, jeśli Senat nie zaakceptuje ustaw bez poprawek. A że tego nie robi, można być pewnym, uwzględniając skalę i zakres zarzutów o brak zgodności z konstytucją również w zakresach, których dotyczą niekontrowersyjne przepisy, choćby o Funduszu Kompensacyjnym Zdarzeń Medycznych.

Jednym słowem – lato upłynie pod znakiem może nie jakości w ochronie zdrowia, ale niewątpliwie ostrych, choć nie zawsze merytorycznych, sporów o nią.

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

Minister zdrowia powołał zarządzeniem zespół, który ma wypracować rozwiązanie w sprawie odpowiedzialności za tzw. błędy medyczne. Temat został bowiem zgodnie z wcześniejszymi zapowiedziami wyłączony z prac nad ustawą o jakości. Prace zespołu ds. opracowania rekomendacji wdrożenia systemu kompensacji szkód bez orzekania o winie *no fault* będzie nadzorował wiceminister zdrowia Piotr Bromber.

Wyłączenie wszystkich kwestii związanych z orzekaniem o winie czy też braku winy z ustawy o jakości minister zdrowia zapowiedział podczas Europejskiego Kongresu Gospodarczego w Katowicach. Stwierdził, że rezygnacja z tego segmentu przepisów jest ukłonem w stronę środowisk medycznych (które wcześniej minister oskarżał o forsowanie „interesu korporacyjnego” kosztem dobra pacjenta) i opozycji, ponieważ w trakcie prac tak w Sejmie, jak i w Senacie był to jeden z głównych argumentów przeciw ustawie.

Przewodniczącym zespołu został prof. Janusz Piekarski, prorektor Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, kierownik Kliniki Chirurgii Onkologicznej Katedry Onkologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Zespół będzie miał dwóch zastępców przewodniczącego – jedno miejsce zostało obsadzone przez ministra (Dominika Janiszewska-Kajka, zastępca dyrektora Departamentu Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia), drugie ma przypaść przedstawicielowi Naczelnej Izby Lekarskiej.

Członkami zespołu będą ponadto:

- przedstawiciel ministra sprawiedliwości,
- przedstawiciel Rzecznika Praw Pacjenta,
- przedstawiciel Narodowego Funduszu Zdrowia,
- dwóch przedstawicieli Naczelnej Izby Lekarskiej,
- przedstawiciel Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych,
- przedstawiciel Naczelnej Izby Aptekarskiej,
- przedstawiciel Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych,
- przedstawiciel Krajowej Izby Fizjoterapeutów,
- przedstawiciel Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych,
- przedstawiciel Porozumienia Rezydentów Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy,
- przedstawiciel Rady Organizacji Pacjentów przy ministrze właściwym do spraw zdrowia,
- przedstawiciel Rady Organizacji Pacjentów przy rzeczniku praw pacjenta,
- przedstawiciel Departamentu Prawnego w Ministerstwie Zdrowia,
- przedstawiciel Departamentu Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia (Sekretarz Zespołu).

Do zadań Zespołu należy opracowanie i przedstawianie rekomendacji wdrożenia systemu kompensacji szkód bez orzekania o winie *no fault* w systemie opieki zdrowotnej. Rekomendacje te mogą dotyczyć trybu i sposobu zgłaszania przez personel medyczny zdarzeń niepożądanych, analizy przyczyn źródłowych tych zdarzeń, wniosków z analizy i wdrażania działań prewencyjnych lub naprawczych w celu zapobiegania podobnym zdarzeniom w przyszłości, a także innych działań niezbędnych do podjęcia na rzecz poprawy bezpieczeństwa pacjentów oraz wszystkich uczestników procesu leczniczego. Pierwsze posiedzenie ma zostać zwołane nie później niż w terminie miesiąca od dnia wejścia w życie zarządzenia.

Komentując powołanie zespołu prezes NRL podkreślił, że zarządzenie ministra nie było w żaden sposób konsultowane z samorządem lekarskim, ale potwierdził, że przedstawiciele Naczelnej Rady Lekarskiej będą brać udział w pracach zespołu.

REKLAMA (dostępne tylko w wydaniu papierowym
i e-wydaniu udostępnianym lekarzom i lekarzom dentystom)

REKLAMA (dostępne tylko w wydaniu papierowym
i e-wydaniu udostępnianym lekarzom i lekarzom dentystom)

Warunki krótkiej kołdry

Szpitalom liczą, czy wystarczy od pierwszego, czy też nowe stawki wynagrodzeń minimalnych wstrząsną budżetami placówek.

Małgorzata Solecka dziennikarka



Jesteśmy na drodze do 7 proc. PKB na zdrowie i w rzeczywistości, w której te nakłady wynoszą już 6 proc. – przekonuje minister zdrowia Adam Niedzielski. Tymczasem szpitale liczą budżety.

Wiem, że nic nie wiem – tak brzmiałaby najkrótza prawdziwa odpowiedź na pytanie o stan finansów ochrony zdrowia. No, może nie zupełnie nic, bo coś tam jednak wiadomo. Na przykład to, że – niezależnie w jakiej rzeczywistości porusza się minister zdrowia – odsetek PKB, jaki Polska przeznaczy na ochronę zdrowia w 2023 r., będzie oscylować wokół 5 proc. Różnica jednego punktu procentowego wynosi obecnie ok. 30 mld zł. Gdyby te środki były w systemie, szpitale nie patrzyłyby z tak dużym niepokojem na kalendarz, odliczając do 1 lipca.

ZGŁOSZĄ SIĘ Z NOWYMI CENNIKAMI

Pierwszego dnia lipca zmieniają się stawki wynagrodzeń minimalnych pracowników ochrony zdrowia – tych, których dotyczy stosowna ustawa o sposobach ustalania minimalnego wynagrodzenia. Podobnie jak przed rokiem, po podwyżce wynagrodzeń ustawowych renegotjować będą chcieli również ci, którzy pracują na podstawie umów cywilnoprawnych. To jednak nie wszystko, bo w tym roku 1 lipca po raz kolejny wzrośnie płaca minimalna, a co za tym idzie, dostawcy wielu usług świadczonych w outsourcingu zgłoszą się do dyrektorów z nowymi cennikami. Mają do tego prawo na podstawie ustawy o zamówieniach publicznych. Rosną też inne koszty – to efekt ciągle wysokiej, choć nieco niższej niż jeszcze kilka miesięcy temu inflacji.

Dyrektorzy szpitali chcieliby mieć możliwość wystąpienia z takim samym wnioskiem o nowy cennik taryf za świadczenia do Narodowego Funduszu Zdrowia – ale to niemożliwe. Ba, na niespełna półtora miesiąca przed godziną „P” („podwyżki”) ciągle nie wiedzą, w jaki sposób Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) oszacuje ich koszty i co za tym idzie – jakie zaproponuje nowe wyceny świadczeń. Minister zdrowia ocenia, że tylko koszt wzrostu wynagrodzeń wynikających z ustawy w skali półrocza wynosi trzy, cztery miliardy złotych. Tymczasem, jak podkreślają członkowie Zespołu Trójstronnego ds. Ochrony Zdrowia, którzy zebrali się 8 maja, by rozmawiać o perspektywie wdrażania podwyżek, wynagrodzenia regulowane ustawą stanowią w tej chwili zdecydowaną mniejszość obciążeń kosztami pracy. Nawet 70 proc. z nich stanowią usługi zewnętrzne – czy to w postaci kontraktów cywilnoprawnych lekarzy i pielęgniarek, czy to usług świadczonych w outsourcingu.

APEL DO DECYDENTÓW

Samorządowcy i organizacje pracodawców mają pomysł, jak naprawić systemowe błędy prowadzące do coraz szerszego rozwierania się nożyc między kosztami leczenia a przychodami placówek medycznych z kontraktów: proponują (apel w tej sprawie w połowie maja skierowali do ministra zdrowia, premiera i prezydenta), by znowelizować ustawę o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych w taki sposób, by przewidywała ona coroczną, obowiązkową indeksację wycen przez AOTMiT zgodnie ze wskaźnikami

makroekonomicznymi. Oprócz tego, jak podkreślają, minister zdrowia zachowałby prawo do zlecenia Agencji retaryfikacji w przypadku zaistnienia „nadzwyczajnych okoliczności”. Agencja też dokonywałaby wyceny świadczeń np. w związku z pojawieniem się nowych technologii. Jednak stabilność ekonomiczną szpitali gwarantowałaby stała, dokonywana do końca kwietnia, walo-

ryzacja obowiązujących wycen. Bez tej stabilności, jak tłumaczą przedstawiciele m.in. Związku Powiatów Polskich i Związku Województw RP, nie może być mowy ani o bezpieczeństwie pacjenta, ani o jakości świadczeń. Choćby dlatego że – jak podkreślał na konferencji prasowej 16 maja, podczas której prezentowano pomysł zmian w ustawie o świadczeniach zdrowotnych, Krzysztof Rymuza, starosta pruszkowski, przedstawiciel Związku Powiatów Polskich – sytuacja finansowa szpitali powiatowych w ciągu czterech ostatnich lat dramatycznie się pogorszyła. – Nadzorowany przez nas szpital wykazuje 1,2 mln zł straty miesięcznie. Zadłużenie szpitali wzrasta logarytmicznie – mówił samorządowiec.

REALNE KOSZTY WYCEN

Na początku czerwca szpitale powiatowe planują przedstawić dokładną, ekspercką analizę swojej sytuacji finansowej, łącznie z poziomem zobowiązań. Bo Ministerstwo Zdrowia do połowy maja tego roku nie opublikowało „nowych” danych dotyczących wielkości zobowiązań szpitali publicznych – na stronie resortu jako aktualne są prezentowane dane za drugi kwartał 2022 r., a więc sprzed wejścia w życie poprzednich podwyżek, które zachwiały budżetami szpitali.

W nieoficjalnych rozmowach szefowie szpitali przyznają, że część wycen odczuwalnie wzrosła, jednak nadal pozostają one w olbrzymiej większości poniżej ponoszonych przez szpitale kosztów, a zdarzają się takie wyceny, które pokrywają jedną trzecią (i mniej) ponoszonych kosztów. Obawiają się też, że mimo wzrostu ilości pieniędzy w kasie NFZ – zarówno w tym, jak i w przyszłym roku – nie ma co liczyć na odczuwalną poprawę w wysokości wycen. Po pierwsze dlatego, że pieniądze będą potrzebne na sfinansowanie zapowiedzianych obietnic (darmowe leki dla osób powyżej 65. roku życia oraz niepełnoletnich),

po drugie – że ów wzrost zostanie przeznaczony na zakup większej liczby świadczeń w imię spłacania długu zdrowotnego.

– Być może większa ilość świadczeń jest potrzebna, ale muszą być one lepiej wycenione. Jeśli różnica między realnymi kosztami a uzyskiwaną płatnością jest zbyt duża, to nie da się tej różnicy pokryć z przychodów uzyskanych dzięki większej „sprzedaży”. Przeciwnie, strata

będzie się stale powiększać w myśl starej dyrektorskiej maksymy: „mam duże długi, bo dużo leczę” – tłumaczą.

NIE MA OPTYZMU

Zarządzający szpitalami i przedstawiciele organów założycielskich chcieliby, jak podkreślają, „transparentnych” i „rzetelnych” mechanizmów zmian wycen – takich, które umożliwiają podejmowanie racjonalnych decyzji zarządczych. Jednak czy takie mechanizmy są możliwe w sytuacji, gdy rzeczywisty poziom finansowania ochrony zdrowia ze środków publicznych cały czas oscyluje wokół 5 proc. PKB, czyli w warunkach ekstremalnie krótkiej kody finansowej? Ręczne sterowanie środkami – uznaniowe, ale pozwalające na gaszenie pożarów – jest w takiej sytuacji wręcz konieczne do utrzymania status quo.

Sygnały płynące z polskiej gospodarki nie pozwalają na hurraoptyzm – w pierwszym kwartale roku PKB w ujęciu rocznym nieznacznie się skurczył (-0,2 pkt. proc., co jest znacząco lepszym wynikiem, niż prognozowali ekonomiści, ale jednak mamy do czynienia ze „wzrostem ujemnym”). Płace rosną nadal wolniej niż inflacja i jedynym pozytywnym sygnałem jest stabilność rynku pracy – dużych zwolnień i wzrostu bezrobocia na horyzoncie nie widać. Można więc zakładać, że perturbacji ze spływem składki zdrowotnej do ZUS nie będzie, ale raczej nie można zakładać, że będzie on na tyle wysoki, by zapełnić całą dziśięciomiliardową wyrwę między przychodami a wydatkami NFZ – ten rok płatnik zakończy więc z kontrolowaną stratą. Co będzie w przyszłym roku? Do 1 czerwca Ministerstwo Zdrowia i NFZ czekają na informacje z Ministerstwa Finansów dotyczące danych makroekonomicznych, na których będzie się opierać plan finansowy Funduszu na 2024 rok, i jednocześnie na informację, czy w przyszłym roku budżet

państwa przekaże Funduszowi dotację wynikającą z ustawy 7 proc. PKB na zdrowie – a jeśli tak, to w jakiej będzie ona wysokości. Ministerstwo Zdrowia sygnalizuje, że liczy na „znaczące” zasilenie kasy Funduszu przez budżet, ale na ile te rachuby są zasadne?

PKB NA ZDROWIE

Podstawą wyliczeń będzie PKB za 2022 r. – GUS podał w połowie maja, że wyniósł on 3 bln 78 mld zł. Minimalny próg zapisany w ustawie na 2024 r. to 6,2 proc. (PKB sprzed dwóch lat), czyli ok. 190 mld zł, gdy zakładane wydatki publiczne na 2023 r. wynoszą niespełna 170 mld zł i są większe przy raczej słabym tempie wzrostu gospodarczego (szacowany jest na 1-1,2 proc.) o blisko 15 mld zł od wydatków z roku poprzedniego. Tymczasem na 2024 r. prognozy dotyczące wzrostu PKB są już dużo bardziej optymistyczne (3,5 proc.). Rządowi w realizowaniu ustawy 7 proc. PKB na zdrowie będzie też cały czas sprzyjać wysoka inflacja: według najnowszych prognoz Komisji Europejskiej inflacja roczna w 2023 r. wyniesie w Polsce blisko 12 proc., natomiast w 2024 r. będzie niższa (ok. 6,5 proc., ale KE w swoich prognozach nie uwzględniła zapewne skutków proinflacyjnych obietnic wyborczych, dotyczących przede wszystkim waloryzacji zasiłku „500 plus” do 800 zł oraz skutków spodziewanego, dużego wzrostu płacy minimalnej – wysokość tej ostatniej będzie znana dopiero we wrześniu, ale duża część ekspertów prognozuje, że już w styczniu 2024 r. może sięgnąć ona nawet 4,2 tys. zł).

Co prawda eksperci Federacji Pracodawców Polskich w swoich prognozach zakładają, że w 2024 r. do realizacji celu ustawowego może zabraknąć ponad 15 mld zł (celu ustawowego, czyli 6,2 proc. PKB z 2022 r.), jednak te prognozy wydają się być zbyt pesymistyczne, a artykułowana przez wiceministra zdrowia Macieja Miłkowskiego pod koniec kwietnia nadzieja na obietnicę „znaczącej” dotacji z budżetu państwa na etapie tworzenia planu finansowego – przedwczesna. Może się okazać, że szacunki Ministerstwa Finansów wykażą – po raz kolejny – że 6,2 proc. PKB na zdrowie uda się osiągnąć bez dotacji celowej. Dlaczego miałyby to być niemożliwe, skoro w 2023 r., przy zastosowaniu tej samej metodologii „uda się” – wszystko na to wskazuje – „wykręcić” niemal 6,5 proc. PKB? ■■■

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

WIZERUNEK LEKARZA



Musimy REAGOWAĆ

Dla polityków stawianie lekarzy w roli wiecznych opozycjonistów jest wygodne – mówi dr n. med. **Łukasz Szmygel**, przewodniczący Zespołu NRL ds. wizerunku zawodu lekarza i lekarza dentystry, Rzecznik Praw Lekarza OIL w Gdańsku, w rozmowie z Mariuszem Tomczakiem.

Jaki jest wizerunek polskiego lekarza?

Inaczej widzą nas pacjenci, inaczej politycy, a jeszcze inaczej postrzegamy sami siebie. Lekarzy najlepiej oceniają pacjenci, a najgorzej politycy, ale jesteśmy również bardzo krytyczni wobec naszych koleżanek i kolegów. Z badania „Globalny Monitor Zaufania Ipsos 2022” wynika, że zaufanie do lekarzy jest niskie w takich krajach jak Polska, Węgry, Japonia czy Korea Południowa. Lekarzom ufa tylko 39 proc. Polaków. Dla porównania: naukowcom – 48 proc., nauczycielom – 34 proc., a sędziom – 24 proc. Cały czas jesteśmy oceniani przez pryzmat białego fartucha, który jest swego rodzaju symbolem lekarza. Fartuch dla nas bywa zbroją, która ułatwia wyjście na medyczne „pole walki”. Gdzieś tam się od tego jednak odchodzi, tak by lekarz był traktowany jako bliższy drugiemu człowiekowi.

Czy pandemia wpłynęła na te wyniki?

W pandemii zmieniły się oczekiwania wobec lekarzy. Jako grupa zawodowa zyskałszy na niej wizerunkowo. Tak przynajmniej wynika z międzynarodowych badań przeprowadzonych przez Ipsos w 28 krajach. O ile w 2018 r. zaufanie do lekarzy wyniosło średnio 55 proc., a w 2019 r. 57 proc., o tyle w 2021 r. wzrosło do 64 proc. W Polsce w tym czasie zaufanie było najniższe w badanej grupie państw i wyniosło jedynie 39 proc.

Jak to wytłumaczyć?

Na to pytanie próbuje znaleźć odpowiedź powołany przez Naczelną Radę Lekarską (NRL) Zespół ds. wizerunku zawodu lekarza i lekarza dentystry. Od kilku miesięcy intensywnie analizujemy ten temat. Wkrótce przyjdzie czas na wnioski i rekomendacje działań, tak byśmy mogli poprawić odbiór społeczny. Jedną z przyczyn należy upatrywać w podważaniu zaufania do naszej grupy zawodowej. Odnoszę wrażenie, że częściowo jest to działanie świadome i w pełni zamierzone.

Kto dyskredytuje lekarzy?

Politycy. Jesteśmy przez nich postrzegani jako osoby lepiej wykształcone, zamożniejsze i bardziej wymagające. Kierujemy do rządzących apele, które spotykają się z ich niezadowolaniem. Dlatego nas krytykują. Stawianie lekarzy w roli wiecznych opozycjonistów jest wygodne, bo można przerzucać na nich odpowiedzialność m.in. za długie kolejki. Tymczasem to nie nasza wina. Odpowiada za to organizator opieki zdrowotnej, czyli decydenci. My

lecymy w oparciu o warunki stworzone przez polityków i urzędników. Owszem, w naszej pracy zdarzają się potknięcia, ale w debacie publicznej są one wyolbrzymiane. Media za często pokazują nas w negatywnym świetle. Ciągłe pokazywanie błędów nie sprzyja kształtowaniu dobrego wizerunku, co rzutuje na relacje lekarz-pacjent, a przecież jakość pracy i życzliwość większości lekarzy i lekarzy dentystów stoją na wysokim poziomie.

Czy w czasie studiów zwraca się uwagę przyszłym lekarzom, że od sposobu komunikacji z pacjentami może zależeć ich odbiór społeczny?

Tak zupełnie wprost chyba się o tym nie mówi, a przynajmniej ja się z tym nie spotkałem. Na studiach od dawna są jednak zajęcia z psychologii czy socjologii pomagające w rozumieniu tego mechanizmu. Coraz większy nacisk kładzie się na tzw. umiejętności miękkie i naukę komunikacji z pacjentami. To dobry prognostyk na przyszłość, bo poziom tych kompetencji w naszej grupie zawodowej będzie rósł, co – mam nadzieję – przełoży się na większe zadowolenie pacjentów.

Czy lekarze potrafią słuchać pacjentów?

Lekarze uważają, że tak. Z badania opublikowanego kilka lat temu w Medscape wynika, że 87 proc. lekarzy deklaruje wysokie umiejętności w słuchaniu pacjentów, ale w dwóch trzecich analizowanych wizyt przerywali swoim pacjentom średnio po 11 sekundach. Dla niektórych pacjentów często najważniejsze jest spokojne wysłuchanie go przez lekarza. Z kolei dla nas kluczowe jest postawienie diagnozy i wyleczenie chorego.

I tu chyba pojawia się pewien zgrzyt...

Z innych badań, do których dotarłem, wynika, że pacjenci oczekują kontaktu wzrokowego, partnerstwa, cierpliwego słuchania, poświęcenia im uwagi i oczywiście dostępności. Zabrzmi to paradoksalnie, ale wielu pacjentów przede wszystkim oczekuje, byśmy mieli dla nich czas i chcieli ich wysłuchać. To oczywiście, że w tym wszystkim chodzi o postawienie diagnozy i wyleczenie choroby, ale z punktu widzenia pacjenta nie zawsze znajduje się to na pierwszym miejscu. To, w jaki sposób przebiega wizyta w gabinecie, jak lekarz rozmawia z pacjentem, mocno wpływa na nasz wizerunek.

Część lekarzy przyznaje, że komunikacja z pacjentami kuleje. Tłumacz to nadmiarem

obowiązków, w tym stosami formularzy do wypełnienia. Czy można te niedostatki uzasadniać w ten sposób?

Komunikacja z pacjentami wpływa na postrzeganie lekarzy przez pacjentów – to fakt. Faktem jest i to, że biurokracja naprawdę nas przytłacza. Czasami do gabinetu przychodzą pacjenci, którym w czasie jednej wizyty trzeba wystawić kilka różnych dokumentów, więc większość wizyty zajmuje wypełnianie zaświadczeń, druków i formularzy. Lekarz nie skupia się wtedy na pomocy medycznej, tylko na kwestiach socjalnych, bo dzięki papierom pacjent otrzyma zniżkę na leki lub bezpłatny dostęp do wyrobów medycznych. Systemy komputerowe tylko częściowo ułatwiają wypełnienie dokumentów. Sprawy formalne zjadają cenny czas, który mógłby zostać przeznaczony na wysłuchanie pacjenta, co przekłada się na ocenę ze strony społeczeństwa. Dłuższy czas wizyty sprzyja głębszej relacji między lekarzem a pacjentem i ułatwia zrozumienie jego potrzeb, ale jednocześnie ogranicza dostępność opieki zdrowotnej innym osobom. Ilość tego czasu to kwestia organizacji systemu ochrony zdrowia, a nie dobrej woli lekarza.

Co jest głównym celem medycyny: pacjent czy choroba?

W tym aspekcie zachodzi zmiana, bo medycyna coraz bardziej ukierunkowuje się na pacjenta. Celem staje się nie tyle jego zdrowie, co on sam. Dobrą opieką zdrowotną zaczyna się mierzyć niekoniecznie liczbą badań i procedur, co oceną tego, czy pacjent po naszej interwencji czuje się lepiej – chodzi o zwracanie większej uwagi na komfort życia i poprawę jakości życia, a nie tylko wyeliminowanie choroby lub ograniczenie jej skutków. Lepsza jakość życia pacjenta przekłada się na nasz wizerunek.

Jak samorząd lekarski chce wpływać na jego zmianę?

Można to robić poprzez edukowanie zarówno lekarzy, jak i pacjentów. Ważna jest szybka reakcja na to, co się pojawia się w mediach. W ubiegłym roku NRL po raz pierwszy w historii powołała Zespół ds. wizerunku zawodu lekarza i lekarza

dentysty – to, że widzimy potrzebę wpływu na zmianę postrzegania naszej grupy zawodowej, samo w sobie jest sukcesem. Rolą samorządu jest także pokazywanie pozytywnej strony naszego zawodu i sukcesów środowiska. Bez wątpienia potrzebne są działania medialne, w czym ważną rolę odgrywają „media lekarskie”, m.in. „Gazeta Lekarska”. Przybliżanie różnych aspektów pracy lekarza pomaga budować pozytywny wizerunek w społeczeństwie.

A jak izby walczą z negatywnym przekazem?

Reagujemy na hejt, gdy tylko się pojawia. Staramy się wyjaśniać zarzuty kierowane zarówno wobec całego środowiska,

jak i konkretnych lekarzy. Gdy znany polityk skierował zarzuty wobec jednego ze szpitali, poprosiliśmy o konkrety. Skutek? Nabrał wody w usta i sprawa nie miała już dalszego ciągu. Ważne jest propagowanie systemu *no fault* i wprowadzenie go do ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, o co walczymy od kilkunastu miesięcy. To nie

jest stricte działanie na rzecz wizerunku, a ukierunkowanie na poprawę opieki, ale dzięki temu można wpływać na społeczny odbiór medyków. Dzięki *no fault* chcemy wprowadzić mechanizmy podnoszące jakość naszej pracy. Błędy czasami się zdarzają, ale nie uciekamy od odpowiedzialności – chcemy ich szukać, zgłaszać je i naprawiać, a przede wszystkim chcemy się na nich uczyć, by w przyszłości się nie powtórzyły. Wprowadzenie *no fault* może poprawić postrzeganie lekarzy.

Czy zmiany w Kodeksie Etyki Lekarskiej (KEL) mogą mieć w tym swój udział?

Myślę, że tak, choć w środowisku lekarskim są różne oczekiwania. Wkrótce na stronie Naczelnej Izby Lekarskiej zostaną opublikowane propozycje zmian opatrzone komentarzem Komisji Etyki NRL – wtedy będziemy mogli porozmawiać na ten temat bardziej szczegółowo. Zmiany zależą od decyzji Krajowego Zjazdu Lekarzy, który odbędzie się w maju 2024 r. Do dyskusji na ten temat trzeba podejść z dużym spokojem. Osobiście nie spodziewam się rewolucyjnych zmian w zasadach etycznych ustalonych ponad dwa tysiące lat temu przez Hipokratesa. One są

Reagujemy na hejt, gdy tylko się pojawia. Staramy się wyjaśniać zarzuty kierowane zarówno wobec całego środowiska, jak i konkretnych lekarzy

Deficyt zaufania

Jesteśmy nieufni nie tylko wobec lekarzy – taki wniosek wyłania się z Globalnego Monitora Zaufania Ipsos 2022. Na tle innych narodów zaufanie Polaków do takich grup zawodowych jak lekarze, nauczyciele, sędziowie, policjanci czy prezenterzy telewizyjni jest znacznie niższe. Do osób duchownych też.

Tylko 39 proc. Polaków ufa lekarzom – to wynik najniższy (sic!) ze wszystkich krajów ujętych w badaniu Ipsos. Średni globalny poziom zaufania do tej grupy zawodowej wynosi 59 proc. Dla porównania: w Hiszpanii – 77 proc., w Wielkiej Brytanii – 66 proc., a we Francji – 65 proc.

Wprawdzie w czasie pandemii we wszystkich analizowanych krajach odnotowano wyraźny wzrost zaufania do lekarzy i naukowców, ale wyniki z 2022 r. pokazują jego spadek zarówno wobec naukowców, jak i lekarzy. Można więc powiedzieć, że powrócił do poziomów sprzed pojawienia się COVID-19. Co warto podkreślić, Polska należy do państw, w których zanotowano najwyższe spadki zaufania do obu grup.

„W Polsce bardzo źle wygląda również zaufanie do nauczycieli. W naszym kraju ufa im tylko 34 proc. osób, podczas gdy światowa średnia zaufania do nauczycieli wynosi 52 proc. Tu także mamy do czynienia z jednym z najniższych wyników zaufania na świecie” – podkreślono w komunikacie.

Z badania Ipsos wyłania się również inny ciekawy wniosek: na tle ogólnego deficytu zaufania stosunkowo wysoko wypadają „zwykli ludzie” (35 proc. w Polsce, podczas gdy średnia dla 28 krajów wyniosła 38 proc.). „Tu poziom zaufania też nie jest zbyt wysoki, ale nie odbiega tak znacząco od wyników międzynarodowych, jak w przypadku innych grup” – podsumowują badacze.

Globalny Monitor Zaufania Ipsos 2022 został opracowany w oparciu o badanie przeprowadzone od 27 maja do 10 czerwca 2022 r. w 28 krajach na całym świecie. Wśród nich znalazły się m.in. Australia, Belgia, Hiszpania, Japonia, Kanada, Korea Południowa, Dania, Francja, Niemcy, Stany Zjednoczone, Szwecja, Węgry i Włochy.

ponadczasowe. Chodzi raczej o dostawanie treści niektórych artykułów do współczesnych realiów. Przypomnę, że KEL został przyjęty w 1991 r. Znowelizowano go dwa razy: w 1993 r. i w 2003 r. Wówczas nie istniała telemedycyna, a internet nie był tak powszechnie wykorzystywany jak teraz.

Część lekarzy jest bardzo aktywna w mediach społecznościowych. Czy w tym aspekcie trzeba coś zmienić?

W mojej ocenie tak, bo coraz silnie wpływa to na odbiór naszego środowiska. W samorządzie od dłuższego czasu toczą się dyskusje na ten temat i jeszcze nie do końca wiemy, jak sobie z tym poradzić. Z jednej strony, jak stanowi art. 71 KEL, lekarz ma obowiązek zwracania uwagi społeczeństwa i władz na znaczenie ochrony zdrowia, a swoim postępowaniem, także poza pracą zawodową, nie może propagować postaw antyzdrowotnych. Z drugiej – zdarza się, że ktoś głosi nie do końca sprawdzone tezy lub powołuje się na informacje, których rzetelność nie jest bezdyskusyjna. W KEL nie wszystko jest skonkretyzowane. Chcielibyśmy uporządkować kwestie obecności lekarzy w mediach społecznościowych i prowadzenia tam dyskusji. Czasami są to publiczne spory w formie postów lub komentarzy. W sądach lekarskich trwają postępowania wobec lekarzy, którzy propagowali tezy niezgodne z wiedzą medyczną lub przeczące aktualnej wiedzy medycznej. Oczywiście w naszej dyscyplinie jest sporo kwestii dyskusyjnych, np. co do wyboru najlepszej terapii, ale pewne zagadnienia nie powinny budzić wątpliwości.

Czy receptomaty wpływają na postrzeganie środowiska lekarskiego?

Oczywiście. Znane są przypadki, gdy pacjent sobie zaszkodził, zamawiając leki za ich pośrednictwem, co rzutuje na nasz wizerunek. Jestem bardzo dużym przeciwnikiem tego typu usług, ponieważ przyjmowanie wielu leków wymaga regularnego badania pacjenta i wizyt kontrolnych, a tego receptomaty nie gwarantują. Wydawanie leków podlega szczegółowym regulacjom i tak powinno pozostać. W niedawnym stanowisku

Komisji Etyki Lekarskiej NRL zwrócono uwagę, by odróżniać sprzedaż recept i zwolnień na żądanie od teleporady, by nie stawiać znaku równości między wystawianiem recepty od ich „zamawianiem”, a właśnie z tym zjawiskiem mamy do czynienia za pośrednictwem niektórych portali internetowych.

Na początku rozmowy powiedział Pan, że lekarze są wobec siebie bardzo krytyczni...

To ma swoją dobrą stronę, bo ciągle podwyższamy poprzeczkę i uczymy się nowych rzeczy. Chcemy być lepsi w tym,

co robimy, aby lepiej pomagać pacjentom. Jednak uważam, że powinniśmy bardziej siebie doceniać. Wielu naszych rodaków zmienia zdanie o polskich lekarzach, gdy wyjeżdżają za granicę. Mam sporo pacjentów, którzy są Polakami, a obecnie na stałe mieszkają np. w Szwecji czy Irlandii. Praktycznie wszyscy chwalą naszą

opiekę zdrowotną, bardzo doceniają wszystkich medyków, dostrzegają nasze zaangażowanie i cieszą się z możliwości bezpośredniej rozmowy z lekarzem. Okazuje się, że w niektórych krajach Europy Zachodniej nie mogą na to liczyć, ba, nie zawsze dostają do ręki wyniki swoich badań, bo pacjentowi omawia je personel medyczny. Podobnie jest z obcokrajowcami, którzy zgłaszają się do mojego gabinetu – dziwią się, że mogą podyskutować, a lekarze w Polsce próbują rozwiewać ich wątpliwości, a także, że mogą zadawać nam pytania.

Może dlatego, że w opiece podstawowej pewne kompetencje przejęły inne zawody medyczne?

Pewnie tak. W niektórych krajach Europy Zachodniej i w Skandynawii część kompetencji należących wcześniej do lekarzy przejęły pielęgniarki, położne i pracownicy socjalni, a u nas prawie wszystkim osobiście zajmuje się lekarz. Dostęp do lekarza jest trudniejszy i tylko on decyduje, jakie badanie wykona pacjentowi. W wielu krajach ciężę prowadzi położna, a w jej trakcie nie ma tylu badań USG co u nas. Mimo licznych bolączek w publicznej ochronie zdrowia w Polsce czasami mamy szerszą diagnostykę niż w wielu bogatszych krajach. Być może to wynika z naszej słowiańskiej duszy, ale to temat na zupełnie inną rozmowę.

REKLAMA (dostępne tylko w wydaniu papierowym
i e-wydaniu udostępnianym lekarzom i lekarzom dentystom)

ORZECZENIA SĄDÓW LEKARSKICH

KARA DLA LEKARZA TO NIE TAJEMNICA

Informacja o zakazie wykonywania obowiązków lekarza przekazywana jest przez sąd lekarski nie tylko do Naczelnej Izby Lekarskiej i izb okręgowych, ale także do Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.



Grzegorz Wrona

sekretarz Naczelnej Rady Lekarskiej

Zachowując hierarchię kar, o których mowa w ustawie o izbach lekarskich, wkraczamy w obszar orzeczeń sądów lekarskich, które nie pozwalają lekarzowi na wykonywanie określonych w orzeczeniu czynności lub zakazują wykonywania zawodu na określony czas lub na zawsze. Kara ograniczenia zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza może być orzeczona na okres od sześciu miesięcy do dwóch lat. Orzekając tę karę, sąd lekarski ma obowiązek szczegółowo określić czynności, których lekarz nie będzie mógł wykonywać.

Warto pamiętać, że sąd lekarski jest uprawniony do wydania postanowienia o publikacji orzeczenia o karach zakazu pełnienia funkcji kierowniczych, ograniczenia zakresu czynności, a także zawieszenia i pozbawienia prawa wykonywania zawodu w biuletynie okręgowej izby lekarskiej, której lekarz jest członkiem. Z tego prawa sądy korzystają coraz częściej.

ZA BRAK STARANNOŚCI I BADAŃ

Wśród przykładów orzeczeń dotyczących lekarzy dentystów i lekarzy warto wymienić zakaz wykonywania zabiegów z zakresu implantologii i implantoprotetyki na okres dwunastu miesięcy z powodu niestaranego zaplanowania i przeprowadzonego zabiegu oraz nieprawidłowego pozabiegowego leczenia stomatologicznego. Kolejny zakazywał leczenia ortodontycznego na okres jednego roku z powodu nienależytej staranności w leczeniu ortodontycznym. Zdarza się, że sąd lekarski wydaje zakaz wykonywania obowiązków lekarza z powodu niewykonania orzeczonej kary pieniężnej. Tak było w przypadku zakazu wykonywania obowiązków lekarza w zakresie posiadanej specjalizacji z radiodiagnostyki na okres sześciu miesięcy czy zakazu wykonywania obowiązków lekarza w ramach prywatnej praktyki lekarskiej na okres dwóch lat z powodu niewykonania orzeczonej przez sąd lekarski kary pieniężnej. W przypadku lekarza specjalisty medycyny pracy sąd lekarski orzekł zakaz wykonywania badań profilaktycznych i wydawania orzeczeń o zdolności do pracy z zakresu medycyny pracy na okres jednego roku z powodu wystawienia 207 orzeczeń lekarskich bez przeprowadzenia badań, a w przypadku specjalisty położnictwa i ginekologii – zakaz pracy w zakładach leczniczych podmiotu leczniczego, w których podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne, na okres dwóch lat

z powodu niewykonania cięcia cesarskiego mimo patologicznego zapisu KTG.

INFORMACJA W REJESTRACH, NFZ I ZUS

Wykonując orzeczenia, prezesi okręgowych rad lekarskich w wydawanych zarządzeniach wezwali obwinionych do złożenia dokumentu prawo wykonywania zawodu, w którym umieścili adnotację o ograniczeniu. Podobną informację umieszczono w okręgowym rejestrze lekarzy i w Rejestrze Centralnym. Informacja była więc publicznie dostępna w okresie odbywania kary. Dbając o należyty przebieg informacji, w oparciu o prawo samorządowe (uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej) prezesi okręgowych rad lekarskich poinformowali o nałożeniu kar centralę Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) i Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS). W ten sposób lekarz ograniczony w zakresie np. orzekania o niezdolności do pracy (co w przeszłości sądy orzekały wielokrotnie) zostanie przez ZUS praktycznie takiej możliwości pozbawiony. Podobnie szybko ujawniony zostanie lekarz, który nie stosuje się do ograniczenia w możliwości ordynacji np. leków narkotycznych. Prezes okręgowej rady lekarskiej informuje również wojewodę oraz podmiot zatrudniający lekarza lub z nim współpracujący, ujawniony w rejestrze. Skutkiem tego lekarz powinien zostać odsunięty od możliwości wykonywania zabronionych czynności.

NIE KONIEC REPRESYJNOŚCI

Po raz kolejny należy przypomnieć, że to na lekarzu ciąży obowiązek aktualizacji szeregu danych zawartych w rejestrze. Ponieważ z wykonywaniem tego obowiązku bywa różnie, zapewne aspektem tym zainteresują się rzecznicy i sądy, którym przecież zależy na tym, aby ich zaangażowanie w sprawowanie pieczy nad należytym wykonywaniem zawodu było szanowane. Informację o ukaraniu prezes przekazuje także okręgowej komisji wyborczej, co skutkować będzie odmową umieszczenia na liście kandydatów w wyborach samorządowych.

Prawomocne orzeczenie o karze dotrze także do prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej, który adnotację umieści w Rejestrze Ukaranych Lekarzy. Adnotacja zostanie zatarta po trzech latach od dnia wykonania kary. Tu proszę o zwrócenie uwagi na różnicę w datach o orzeczonej karze w obu rejestrach. To nie koniec represyjności tej i następnych dolegliwych kar. Do tematu wrócimy w kolejnym artykule.

KODEKS ETYKI LEKARSKIEJ

WYSTARCZYŁA
KARA NAGANY

Naczelny Sąd Lekarski zdecydował się na złagodzenie kary zawieszenia PWZ na rok lekarce, która przyjmowała chorych w stanie nietrzeźwości. To wyjątek w orzecznictwie NSL.



Jacek Miarka
przewodniczący NSL

W czasie wykonywania swej pracy lekarz musi zachować trzeźwość i nie podlegać działaniu jakichkolwiek środków uzależniających – stanowi art. 64 Kodeksu Etyki Lekarskiej (KEL). Okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej (OROZ) po informacji medialnej i zawiadomieniu przez prokuraturę postawił lekarce specjalistce dermatologii zarzuty naruszenia art. 1 p. 3 i art. 64 KEL polegające na przyjmowaniu chorych w stanie nietrzeźwości i wykonaniu zabiegu u dziecka. Po rozpoznaniu sprawy w pierwszej instancji okręgowy sąd lekarski (OSL) uznał obwinioną za winną zarzucanych czynów i wymierzył jej karę zawieszenia prawa wykonywania zawodu na okres jednego roku.

NIE TYLKO KROPLE ŻOŁĄDKOWE

Obrońca lekarki odwołał się od orzeczenia OSL do Naczelnego Sądu Lekarskiego (NSL), wnosząc o uniewinnienie i podnosząc rażącą niewspółmierność kary oraz pominięcie licznych okoliczności łagodzących ujawnionych w sprawie oraz składając wniosek o dopuszczenie dowodu z opinii biegłych z postępowania prokuratorskiego.

NSL uznał, że w świetle zgromadzonego materiału dowodowego, w tym także udostępnionego przez prokuraturę, OSL prawidłowo potwierdził przewinienie zawodowe obwinionej. Nie dał też wiary obwinionej, że stężenie alkoholu we krwi – 0,82 promila – wynikało tylko z zażycia z powodu bólu brzucha kropli żołądkowych w dużej ilości, zwłaszcza że obwiniona w toku postępowania sama przyznała, że ma problemy związane z uzależnieniem od alkoholu, przez co pozostaje w terapii, i że z tego powodu miała zatrzymane prawo jazdy.

Natomiast zdaniem NSL, biorąc pod uwagę wszystkie okoliczności sprawy, sankcja zastosowana przez OSL w świetle dyrektyw wymiaru kary wynikających z art. 53 Kodeksu karnego była w tym konkretnym przypadku zbyt surowa.

Z dokumentacji prokuratury rejonowej wynika, że w tym dniu obwiniona przyjęła 45 chorych. Żaden z nich nie miał zastrzeżeń co do przebiegu wizyty, a zdecydowana większość była z terapii bardzo zadowolona, co potwierdzili w swojej opinii powołani biegli. Prokuratura zastosowała wobec obwinionej środki zapobiegawcze, m.in. czasowe zawieszenie wykonywania zawodu na czas prowadzonego śledztwa, a następnie ścisły dozór policyjny ze stawiennictwem trzy razy w tygodniu w komisariacie policji i sprawdzanie stanu trzeźwości. Jednocześnie OSL zwrócił się do okręgowej izby lekarskiej, która powołała w trybie art. 12 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty komisję do oceny zdolności do wykonywania zawodu.

NIENAGANNY PRZEBIEG KARIERY

Oceniając potrzebę wymierzenia kary adekwatnej, NSL wziął pod uwagę dotychczasowy nienaganny przebieg kariery zawodowej, a także zachowanie obwinionej po popełnieniu przewinienia – stawiała się na każde wezwanie OROZ i sądu, wyraziła żal i skruchę, w sposób krytyczny odniosła się do swojego zachowania. NSL zdaje sobie sprawę z faktu, że choroby alkoholowej nie można wyleczyć. Można tylko zachować pełną abstynencję, która pozwala na prawidłowe funkcjonowanie w zawodzie i społeczeństwie. NSL uznał, że z punktu widzenia wymogów prewencyjnych istotne w sprawie pozostaje także, iż okres minionego roku był dla obwinionej czasem, w którym starała się ustabilizować swoje życie osobiste, zadbać o swoje zdrowie oraz rodzinę i zwrócić większą uwagę na istniejący niewątpliwie problem alkoholowy.

W ciągu roku, który upłynął od wykroczenia, obwiniona pozostaje pod stałą opieką specjalisty psychoterapii uzależnień i miała założony implant disulfiramu.

Przez ostatni rok nadal prowadziła praktykę lekarską, przy czym w tym okresie nie wpłynęła żadna skarga na jej profesjonalne działanie. Całokształt ujawnionych w sprawie okoliczności świadczy zatem o podjęciu przez nią aktywnej walki z chorobą alkoholową. Dodatkowo w sytuacji wszczęcia przez izbę lekarską postępowania w trybie art. 12 zdaniem NSL brak jest celowości stosowania wobec obwinionej środka prawnego skutkującego zawieszeniem prawa wykonywania zawodu.

Wreszcie, NSL wziął pod uwagę trudną sytuację osobistą obwinionej – jest samotną matką wychowującą dwoje nieletnich dzieci i jedynym żywicielem rodziny, a dramatyczne przeżycia ostatnich lat miały niewątpliwie wpływ na jej stan psychiczny i w konsekwencji uzależnienie. W sprawie zaistniały zatem prawne warunki do złagodzenia kary wymierzonej przez OSL. NSL uznał, że w tej wyjątkowej sytuacji kara nagany będzie wystarczająca. Jednocześnie pokłada nadzieję w deklarowanej przez obwinioną woli trwałej poprawy swojego postępowania i utrzymaniu abstynencji w dalszym życiu.

Należy podkreślić, że takie złagodzenie kary jest w orzecznictwie NSL wyjątkowe. Do tej pory nietrzeźwym lekarzom zawieszano prawo wykonywania zawodu. ■■■

ART. 64 KEL: W czasie wykonywania swej pracy lekarz musi zachować trzeźwość i nie podlegać działaniu jakichkolwiek środków uzależniających.

LEKARZ W REKLAMIE



MEDYK nie zareklamuje WYROBU MEDYCZNEGO

Lekarz może przekazać pacjentowi próbkę wyrobu medycznego do celów diagnozy lub leczenia – mówi adwokat **Oskar Luty** w rozmowie z Karoliną Kowalską.

Od 1 stycznia tego roku reklama wyrobu medycznego nie może wykorzystywać wizerunku osób wykonujących zawody medyczne lub podających się za takie osoby ani też przedstawiać osób prezentujących wyrób w sposób sugerujący, że wykonują taki zawód. Mimo to takie reklamy wciąż pojawiają się w telewizji, radio czy gazetach. Dlaczego?

Ustawa o wyrobach medycznych wprowadziła ten zakaz z mocą od 1 stycznia 2023 r. względem nowych reklam, ale okres przejściowy dla reklam starych kończy się 30 czerwca 2023 r. Okres przejściowy dotyczy tych materiałów reklamowych, które były już rozpowszechniane przed 1 stycznia 2023 r. Jeżeli mamy reklamę w formie graficznej, radiową albo telewizyjną, która choć raz była rozpowszechniona przed 1 stycznia, to do 30 czerwca może ona być rozpowszechniana w tej samej wersji, mimo że nie odpowiada nowym regulacjom. Do 30 czerwca można ją rozpowszechniać bez zmian w treści.

Od lipca lekarz w ogóle nie może reklamować wyrobów medycznych?

Zakazane jest posługiwanie się wizerunkiem osoby, która wykonuje zawód medyczny lub który sugeruje wykonywanie zawodu medycznego. Przepisy są oparte w tym zakresie na reżimie lekowym. Dotychczas widzieliśmy w praktyce wiele prób obejścia zakazu reklamowania leków: można je podzielić na kilka typów. Pierwszym jest szukanie osób, które wykonują zawód podobny do medycznego albo których aktorski wizerunek ociera się o zawód lekarza lub zawód medyczny, np. przez to, że założy białą fartuch albo też wychodzi z obiektu, który przypomina placówkę medyczną. Takie próby czasem się udawały, a czasem były kwestionowane przez Główny Inspektorat Farmaceutyczny (GIF). Część tych koncepcji przeszła bez negatywnego echa. Przy wyrobach medycznych będziemy bazowali na tych samych schematach, problemach, zwyczajach i poszukiwaniu tych samych rozwiązań. Zupełnie odrębną sprawą od treści przepisów lekowych i wyrobowych jest Kodeks Etyki Lekarskiej, którego treść zabrania lekarzom angażowania się w jakąkolwiek działalność reklamową. Przepisy etyczne obowiązują od wielu lat, mimo to w praktyce obserwować można było wiele reklam wyrobów medycznych z udziałem lekarzy.

Czy i w przypadku zakazu reklamowania wyrobów medycznych prawo będzie „kreatywnie interpretowane”?

Można się tego spodziewać. Skoro przy lekach mieliśmy do czynienia z licznymi próbami budowania treści reklamowej „na granicy” sporu prawnego, to jestem przekonany, że w świecie wyrobów medycznych może być podobnie i możemy się spodziewać podobnych zjawisk.

21 Jakie kary grożą za naruszenie zakazu?

W przypadku leków reklamodawca, który wykorzystuje wizerunek lekarza, może spotkać się z sankcją w postaci zakazu dalszego rozpowszechniania reklamy przez GIF. Natomiast w przypadku wyrobów medycznych, niezależnie od takiego zakazu, czyli sformułowania przez Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych (URPL) nakazu zaprzestania reklamy, Prezes może też nałożyć na podmiot prowadzący taką reklamę karę do 2 mln zł. Jeden z przepisów ogranicza maksymalną wysokość kary do 200 tys. zł, chyba że mamy do czynienia z recydywą lub treść reklamy stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia człowieka. Wykorzystanie wizerunku lekarza nie będzie żadnym zagrożeniem dla życia lub zdrowia człowieka, więc w rezultacie reklamodawca powinien liczyć się z ryzykiem kary na poziomie 200 tys. zł.

21 A lekarz, który weźmie udział w takiej reklamie?

Kara finansowa od URPL mu nie grozi, ale może liczyć się z odpowiedzialnością zawodową wynikającą z ustawy o izbach lekarskich.

21 W grę wchodziłoby naruszenie Kodeksu Etyki Lekarskiej (KEL)?

Z perspektywy odpowiedzialności zawodowej można mówić nie tylko o naruszeniu KEL, ale również o naruszeniu prawa w związku z wykonywaniem czynności zawodowych. Ten zarzut może być

ukształtowany w rozmaity sposób, natomiast sensem jest to, że rzecznik odpowiedzialności zawodowej może postawić zarzuty, a sąd lekarski skazać za naruszenie prawa, a w związku z tym może zostać postawiony zarzut działania niezgodnie z Kodeksem Etyki Lekarskiej.

Od wszelkich działań reklamowych należy jednak wyraźnie odróżnić działania, które mają charakter niereklamowy, na przykład edukacyjny. Takie, w których lekarze mogą, a nawet powinni występować, bo jest to realizowanie misji zawodowej. Przykładem może być emitowany przez firmę dla pacjentów materiał edukacyjny na temat jakiejś choroby, leczenia, technologii lekowej czy konkretnego użycia jakiegoś sprzętu medycznego. Materiał edukacyjny nie posługuje się językiem perswazji, tylko instrukcyjnym i deskrypcyjnym. Inny jest cel oraz charakterystyka przekazu (długość, ton, stylistyka).

21 Podobne obawy lekarze mogliby mieć w przypadku leków.

Oczywiście. Wyobraźmy sobie, że lekarz ma poprowadzić konferencję naukową, dydaktyczną czy szeroko pojętą edukację w zakresie nowej technologii lekowej. Sytuacji, w której lekarz wystąpi czy to na forum pacjenckim, czy biznesowym lub medialnym, i omówi merytorycznie określoną technologię (nowe leki na HCV, szczepionki na COVID, leki na SM itp.), wyjaśni, w jakim mechanizmie ona działa i jakie są na to badania, nie można traktować jako reklamy. To może być reklama, jeśli w wypowiedzi wybrzmiały elementy wezwania do stosowania lub inne elementy reklamowe. Ale treść reklamy i treść edukacji to dwa rozbieżne światy: stosując inne podejście, musielibyśmy wyrzucić do śmieci książki od historii medycyny (są tam leki), podręczniki ortopedyczne itp. A rebours, proszę sobie

wyobrazić, że ktoś miałby zachęcać nas do wypicia napoju gazowanego w formie 45-minutowego wykładu na temat tego, jak ten napój jest robiony, z czego się składa i historii producenta. Trudno sobie wyobrazić, by taki przekaz oddziaływał jak reklama.

21 Jak się to ma do wyrobów medycznych?

Przykład leków na HCV przenieśmy na wyroby. Dziś zaczynają się rozmowy o sztucznych komorach serca, rozmawiamy o nerkach bionicznych, o nowoczesnych aplikacjach AI zapewniających wsparcie decyzyjne. Pojawia się potrzeba edukacji i merytorycznej rozmowy, która często będzie miała jako swój desygnat jeden konkretny wyrób konkretnego producenta lub niewielkiej grupy producentów. Nie oznacza to, że przez zakaz reklamy mamy przestać merytorycznie dyskutować o produkcie. To byłoby czyste wariactwo. Trudno sobie wyobrazić panel dyskusyjny w Ministerstwie Zdrowia czy Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, w którym lekarz ekspert mówi: ja nie mogę rozmawiać o tym produkcie, bo nie wolno mi reklamować wyrobów medycznych.

21 A co nowe prawo mówi o próbkach wyrobów medycznych? Czy lekarz może wydawać je pacjentom?

Rzecz jest złożona. Jeżeli jest to egzemplarz wyrobu medycznego, który lekarz otrzymał od firmy, to lekarz może oczywiście przekazać go pacjentowi do celów diagnozy lub leczenia. To jego decyzja medyczna i jest to jak najbardziej dopuszczalne. Odminną sytuacją byłoby, gdyby lekarz przekazywał próbki wyrobów medycznych na zlecenie firmy za wynagrodzeniem w celu reklamy wyrobu medycznego. Tak samo jest w lekach – lekarze mogą dawać otrzymane od firm próbki pacjentom w ramach relacji terapeutycznej. Lekarz wręczający próbki nie wygłasza sloganu reklamowego, tylko tłumaczy, jak lek działa i po co oraz jak go stosować. Najważniejszym czynnikiem odróżniającym obydwie sytuacje z perspektywy praktycznej jest to, czy lekarz ma umowę z firmą o polecenie wyrobów. Jeżeli tak, trzeba domniemać, że to, co robi z egzemplarzami wyrobów medycznych, jest działalnością reklamową i w konsekwencji jest ona zabroniona przez nowe przepisy. Natomiast jeśli nie ma żadnej umowy i żadnych obowiązków reklamowych, a lekarz postanawia wydać posiadaną próbkę wyrobu pacjentowi, to jest to dopuszczalna forma dysponowania sprzętem ze względów terapeutycznych. ■■■

Co to jest wyrób medyczny?

Jest to narzędzie, przyrząd, urządzenie, oprogramowanie, materiał lub inny artykuł, stosowany samodzielnie lub w połączeniu, w tym z oprogramowaniem przeznaczonym przez jego wytwórcę do używania specjalnie w celach diagnostycznych lub terapeutycznych i niezbędnym do jego właściwego stosowania, przeznaczony przez wytwórcę do stosowania u ludzi w celu:

- a) diagnozowania, zapobiegania, monitorowania, leczenia lub łagodzenia przebiegu choroby,
- b) diagnozowania, monitorowania, leczenia, łagodzenia lub kompensowania skutków urazu lub upośledzenia,
- c) badania, zastępowania lub modyfikowania budowy anatomicznej lub procesu fizjologicznego,
- d) regulacji poczęć

– który nie osiąga zasadniczego zamierzonego działania w ciele lub na ciele ludzkim środkami farmakologicznymi, immunologicznymi lub metabolicznymi, lecz którego działanie może być wspomagane takimi środkami.

Źródło: URPL

NAPASTLIWEMU PACJENTOWI MOŻNA ODMÓWIĆ LECZENIA

Agresja pacjentów wobec lekarzy, podważanie ich kompetencji czy decyzji oraz obraźliwe komentarze w internecie to zjawiska, z którymi lekarze stykają się coraz częściej. Przepisy prawa dają wiele możliwości reagowania na takie zdarzenia.

Jarosław Klimek radca prawny OIL w Łodzi

Jedną z możliwych reakcji na agresję ze strony pacjentów, dającą właściwie natychmiastowy skutek, choć niekoniecznie kończącą kłopoty, jest odmowa leczenia. Obowiązanie leczenia pacjenta ciąży na lekarzu zgodnie z art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, w przypadku gdy zwłoka w udzieleniu pomocy lekarskiej mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki. Wtedy nie można odmówić podjęcia leczenia czy od niego odstąpić.

Poza tymi przypadkami art. 38 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty przyznaje lekarzowi prawo odmowy leczenia. Można to zrobić po spełnieniu kilku warunków:

- pacjent (jego przedstawiciel) musi być odpowiednio wcześniej uprzedzony o takim zamiarze, należy mu wskazać inną realną możliwość uzyskania pomocy lekarskiej,
- odmowa lub odstąpienie od leczenia wymaga uzasadnienia i musi być to odnotowane w dokumentacji medycznej,
- jeśli zawód wykonywany jest w ramach stosunku pracy lub służby, muszą istnieć poważne powody i należy uzyskać uprzednią zgodę przełożonego.

Odmowa leczenia jest możliwa po spełnieniu kilku warunków

KONTROWERSYJNE NAGRYWANIE WIZYT

Ale na tym nie koniec. Kodeks etyki lekarskiej - w art. 7 - wymaga, żeby były to szczególnie uzasadnione przypadki. Swoje wymagania stawia również Narodowy Fundusz Zdrowia: dostatecznie wcześnie uprzedzenie świadczeniobiorcy, odnotowanie tego faktu z uzasadnieniem oraz zgłoszenie oddziałowi NFZ. Konieczność dostatecznie wcześniejszej informacji o zamiarze odstąpienia od leczenia wynika również z art. 10 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. W tym przypadku grozi roszczenie o zadośćuczynienie pieniężne (art. 4 ust. 1 tej ustawy). Duże kontrowersje budzi nagrywanie przebiegu wizyty. Na gruncie prawa karnego negatywne konsekwencje może mieć tylko nagrywanie rozmowy, w której się nie uczestniczy, do tego po spełnieniu innych przesłanek z art. 267 § 3 k.k. Nagranie rozmowy, w której nagrywający bierze udział - a taką jest wizyta lekarska - nie narazi go na odpowiedzialność karną. Skutki takiego zachowania można analizować tylko na płaszczyźnie cywilnoprawnej. W jednym z wyroków Sąd Najwyższy uznał, że „potajemne nagrywanie rozmówcy narusza dobro osobiste w postaci swobody wypowiedzi oraz sferę prywatności rozmówcy, które powszechnie uznawane są w literaturze za wartości szczególnie chronione”. Naruszona zostaje

również tajemnica komunikowania, a zachowanie takie „jest powszechnie nieakceptowane w społeczeństwie i stanowi działanie zasługujące na dezaprobatę”. Z wyroku tego wynika też, że ochrona przysługuje już w przypadku zagrożenia naruszenia dóbr osobistych, które może polegać na ujawnieniu treści nagranej rozmowy. Dlatego nagrany rozmówca może domagać się zniszczenia nagrania i jego kopii. Ale nie zawsze żądanie takie musi zostać uwzględnione (wyrok z 31.01.2018r., I CSK 292/17).

BEZPRAWNE ZACHOWANIA

Zachowania pacjentów mogą godzić w dobra osobiste lekarza chronione prawem, takie jak godność czy dobre imię. W przypadku ich naruszenia przed wdnieniem się w spór sądowy trzeba rozważyć pisemne wezwanie do zaprzestania naruszeń pod rygorem skierowania sprawy na drogę sądową.

Możliwa jest również prawnokarna kwalifikacja takich czynów:

- odmowa opuszczenia przez pacjenta gabinetu mimo żądania - art. 193 k.k.,
- kierowanie gróźb wywołujących poczucie zagrożenia - art. 190 k.k.,
- pomawianie przez pacjenta prowadzące do poniżenia lekarza lub utraty zaufania wymaganego dla wykonywanego zawodu - art. 212 k.k.,
- znieważanie mające na celu poniżenie, uwłaczenie godności lekarza - art. 216 k.k.,
- uporczywe, długotrwałe nękanie (stalking) - art. 190a k.k.

REKLAMA (dostępne tylko w wydaniu papierowym
i e-wydaniu udostępnianym lekarzom i lekarzom dentystom)

BADANIA KLINICZNE

ŚWIADCZENIA KOMPENSACYJNE W BADANIACH KLINICZNYCH

Fundusz Kompensacyjny Badań Klinicznych wypłaci uczestnikowi badania klinicznego od 2 tys. do 200 tys. zł w przypadku uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia. W przypadku jego śmierci jego bliscy otrzymają od 20 tys. do 100 tys. zł.

Ewa Rutkowska adwokat

14 kwietnia 2023 r. weszła w życie Ustawa o badaniach klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi (dalej „ustawa”). Przyczyny jej uchwalenia i cele nowego systemu opartego na unijnym Rozporządzeniu (UE) nr 536/2014 w sprawie badań klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi (w skrócie oraz dalej w tym artykule „CTR”), uzupełnionego ustawą, przedstawiliśmy w pierwszej części artykułu (GL nr 5/2023). Tam też została omówiona część nowości, jakie przyniosła ustawa. Dziś prezentujemy kolejne uregulowane w ustawie zagadnienia, istotne z lekarskiego punktu widzenia.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ CYWILNA I UBEZPIECZENIE OC

CTR pozostawiło państwu członkowskiemu do uregulowania lokalnie m.in. kwestię odpowiedzialności, ubezpieczenia i kompensacji szkód w badaniach klinicznych.

W obszarze odpowiedzialności cywilnej za szkody powstałe w związku z prowadzeniem badania klinicznego ustawa nie zmieniła praktycznie niczego. Nadal za szkody takie odpowiada sponsor i badacz. Z powodu braku dookreślenia wprost zasady odpowiedzialności aktualne pozostaje stanowisko przeważające na gruncie poprzedniej regulacji, czyli art. 37j Prawa farmaceutycznego, że jest to odpowiedzialność deliktowa oparta na zasadzie winy. W praktyce oznacza to, że aby skutecznie dochodzić odszkodowania

od sponsora lub od badacza, uczestnik badania klinicznego (albo bliscy zmarłego uczestnika) muszą – oprócz szkody i związku przyczynowego między jej wystąpieniem a udziałem w badaniu klinicznym – wykazać także, że szkoda wynika z zawnionego działania bądź zaniechania sponsora bądź badacza. Musi zatem być w stanie udowodnić winę jednego bądź drugiego, np. zawnione błędne zaprojektowanie badania przez sponsora przy sygnałach, że niesie ono nieakceptowalne ryzyko dla uczestników, czy też zawnione odstępnie od zasad prowadzenia badania przez badacza poprzez włączenie do badania osoby, która według protokołu włączona do niego być nie powinna. System ten był od dawna krytykowany jako niezapewniający uczestnikom badań klinicznych odpowiedniej ochrony, gdyż szkody w badaniach klinicznych wynikają w lwiej części przypadków z ryzyka nierozważnie związanego z prowadzeniem eksperymentu medycznego, którym jest badanie kliniczne, a nie z zawnionego działania kogokolwiek.

System odszkodowawczy uzupełnia obowiązkowe ubezpieczenie OC sponsora i badacza, w którego zasadach także faktycznie nic się nie zmienia.

W praktyce wykupuje je dla obu tych podmiotów sponsor badania. Podobnie jak miało to miejsce w poprzednim stanie prawnym, minimalne sumy ubezpieczenia będzie określał w stosownym rozporządzeniu Minister Finansów. Nowością jest to, że w przypadku badań o niskim stopniu interwencji z obowiązku ubezpieczenia OC został zwolniony sponsor, ale już nie badacz.

BADANIA O NISKIM STOPNIU INTERWENCJI

Wyodrębnienie tego rodzaju badań to novum, które przyniosło CTR. Badania o niskim stopniu interwencji to badania kliniczne, w których badane produkty lecznicze, z wyjątkiem placebo, są dopuszczone do obrotu, a ponadto są one stosowane zgodnie z warunkami pozwolenia na dopuszczenie do obrotu (czyli

w ramach tzw. wskazań rejestracyjnych) lub ich stosowanie jest poparte opublikowanymi dowodami naukowymi dotyczącymi bezpieczeństwa i skuteczności. Jeśli w toku takich badań wykonywane są dodatkowe procedury diagnostyczne lub monitorowania, muszą one stwarzać najwyższej minimalne dodatkowe ryzyko lub obciążenia dla bezpieczeństwa uczestników badania klinicznego w porównaniu ze standardową praktyką kliniczną.

**Warunkiem
otrzymania
świadczenia
z funduszu będzie
samo uszkodzenie
ciała lub rozstrój
zdrowia w wyniku
udziału w badaniu
klinicznym bez
względu na to, czy
zaistniało ono
z czyjejkolwiek winy**

CHARAKTER UBEZPIECZENIA OC

Należy nadmienić, że system ubezpieczenia OC sponsora i badacza jest systemem chroniącym uczestnika badania klinicznego przede wszystkim przed ewentualną niewypłacalnością sponsora albo badacza i stanowi zabezpieczenie tych podmiotów przed uszczupleniem ich majątku na wypadek zgłoszenia przez uczestnika badania klinicznego roszczenia w związku z badaniem klinicznym. Realna wypłata odszkodowania będzie należeć się uczestnikowi badania wtedy, gdy spełnione będą przesłanki odpowiedzialności, w tym szkoda powstała z winy sponsora bądź badacza. W przeciwnym razie uczestnik nie będzie uprawniony do wypłaty, co powoduje, że o otrzymanie odszkodowania od ubezpieczyciela było i będzie trudno. Abstrahujemy tutaj od znanych z praktyki przypadków decyzji sponsorów o wypłacie poszkodowanemu uczestnikowi badania klinicznego tylko z przyczyn etycznych i przy braku prawnego obowiązku takiego działania w obliczu niespełnienia przesłanek odpowiedzialności.

Receptą na tę wadę systemu odszkodowawczego opartego na zasadzie winy oraz podążającego za nią ubezpieczenia OC sponsora i badacza było stworzenie alternatywnej ścieżki uzyskania przez poszkodowanego uczestnika badania klinicznego wsparcia z Funduszu Kompensacyjnego Badań Klinicznych.

ŚWIADCZENIE KOMPENSACYJNE

Ustawa tworzy zupełnie nową instytucję prawną w postaci administrowanego przez Rzecznika Praw Pacjenta odrębnego funduszu finansowanego z wpłat sponsorów badań klinicznych, którzy oprócz opłaty za rozpatrzenie wniosku o pozwolenie na badanie kliniczne muszą, składając taki wniosek, zapłacić także składkę na Fundusz Kompensacyjny Badań Klinicznych (FKBK).

Uczestnicy badań klinicznych, a także osoby bliskie zmarłego uczestnika badania klinicznego będą mogli otrzymać z FKBK jednorazowe świadczenie wypłacane na podstawie decyzji wydawanej przez Rzecznika Praw Pacjenta. Decyzja ta będzie poprzedzona oceną sprawy przez zespół lekarzy działających przy rzeczniku. Warunkiem otrzymania świadczenia z funduszu będzie samo uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia w wyniku udziału w badaniu klinicznym bez względu na to, czy zaistniało ono z czyjejkolwiek winy. Istotny będzie zatem wyłącznie związek przyczynowy.



Jeżeli poszkodowany uzyskał odszkodowanie lub zadośćuczynienie, to świadczenie otrzymane z Funduszu Kompensacyjnego Badań Klinicznych będzie pomniejszane o otrzymane kwoty

W decyzji rzecznik będzie określał wysokość świadczenia zgodnie z wytycznymi zawartymi w rozporządzeniu ministra zdrowia. Przy ustalaniu wysokości świadczenia będzie brany pod uwagę charakter następstw zdrowotnych oraz stopień dolegliwości wynikających z uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, w tym w zakresie uciążliwości leczenia, uszczerbku na zdrowiu oraz pogorszenia jakości życia. Ustawa określa „widełki” wysokości świadczenia na:

- od 2 tys. zł do 200 tys. zł w przypadku uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia uczestnika badania klinicznego oraz
- od 20 tys. zł do 100 tys. zł w odniesieniu do każdej z uprawnionych osób w przypadku śmierci uczestnika badania klinicznego.

SZYBCIEJ NIŻ W PROCESIE

Postępowanie przed Rzecznikiem Praw Pacjenta będzie błyskawiczne w porównaniu z zazwyczaj wieloletnimi procesami sądowymi w sprawach odszkodowawczych. Decyzja musi być bowiem wydana w terminie trzech miesięcy od złożenia kompletnego wniosku. Jeżeli wnioskodawca nie będzie zadowolony z rozstrzygnięcia rzecznika, będzie mógł się odwołać do Komisji Odwoławczej.

Zasadą przyjętą w ustawie jest, że świadczenie będzie tylko uzupełniało środki otrzymane w ramach odszkodowania lub zadośćuczynienia otrzymanego od ubezpieczyciela, sponsora lub od badacza. Nie będzie możliwa podwójna kompensata tego samego zdarzenia. Jeżeli poszkodowany uzyskał odszkodowanie lub zadośćuczynienie, to świadczenie otrzymane z funduszu będzie pomniejszane o otrzymane kwoty. Wnioskodawca będzie musiał zwrócić do funduszu część świadczenia odpowiadającą wysokości uzyskanego odszkodowania lub zadośćuczynienia.

Istotne jest to, że świadczenie będzie można otrzymać w związku z badaniem klinicznym rozpoczętym po wejściu w życie ustawy, czyli po 14 kwietnia 2023 r. Do badań klinicznych będących w toku przed tą datą nowy system nie będzie miał zastosowania. Warto o tym pamiętać, udzielając informacji pacjentom i ich rodzinom. ■■■

Biuletyn

NR 3 (219)

WARSZAWA, IV 2023

Paweł Doczekalski Redaktor naczelny

**UCHWAŁA Nr 12/23/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 21 kwietnia 2023 r.
w sprawie zatwierdzenia sprawozdania
finansowego i zatwierdzenia
wykonania budżetu oraz pokrycia
straty Naczelnej Izby Lekarskiej
za rok 2022**

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 14 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342) oraz art. 53 ust. 1 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2023 r. poz. 120) uchwala się, co następuje:

§ 1.

1. Zatwierdza się sprawozdanie finansowe Naczelnej Izby Lekarskiej za rok 2022, które zamyka się sumą bilansu (po stronie aktywów i pasywów) w kwocie 40 890 283,63 zł.
2. Sprawozdanie finansowe stanowi załącznik Nr 1 do uchwały.
3. Zatwierdza się wykonanie budżetu Naczelnej Izby Lekarskiej za rok 2022, które zamyka się sumą bilansu (po stronie aktywów i pasywów) w kwocie 40 890 283,63 zł.
4. Postanawia się pokryć stratę za rok 2022 w kwocie 1 338 541,64 zł z zysków lat następnych.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

ZASTĘPCA SEKRETARZA PREZES
Paweł Doczekalski Łukasz Jankowski

**UCHWAŁA Nr 13/23/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 21 kwietnia 2023 r.
w sprawie zasad i trybu zwrotu
kosztów podróży i innych świadczeń
dla członków samorządu lekarskiego**

**delegowanych na obszarze kraju do
wykonywania czynności na rzecz
organów Naczelnej Izby Lekarskiej
oraz diet samorządowych**

Na podstawie art. 10 ust. 2 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342) uchwala się, co następuje:

§ 1.

Uchwała określa zasady ustalania, wysokość i tryb:

- 1) zwrotu kosztów podróży i innych świadczeń przysługujących członkom Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Komisji Rewizyjnej, Naczelnego Sądu Lekarskiego, Naczelnemu Rzecznikowi Odpowiedzialności Zawodowej i jego zastępcom oraz członkom komisji, zespołów, ośrodków i rad powołanych przez te organy, a także Krajowej Komisji Wyborczej z tytułu podróży na obszarze kraju w związku z uczestnictwem w posiedzeniach i pracach organów Naczelnej Izby Lekarskiej, ich komisji, zespołów, ośrodków, rad oraz Krajowej Komisji Wyborczej,
- 2) diet samorządowych należnych osobom wymienionym w pkt. 1, którym przysługuje dieta za udział w posiedzeniach i pracach tych gremiów.

§ 2.

Do podjęcia decyzji o delegowaniu członka izby lekarskiej uprawnieni są w granicach swojej właściwości i przy uwzględnieniu środków finansowych przewidzianych na ten cel w budżecie Naczelnej Izby Lekarskiej:

- 1) prezes, wiceprezes, sekretarz, zastępca sekretarza i skarbnik Naczelnej Rady Lekarskiej,
- 2) przewodniczący Naczelnego Sądu Lekarskiego,
- 3) przewodniczący Naczelnej Komisji Rewizyjnej,
- 4) Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej,

5) przewodniczący Krajowej Komisji Wyborczej,

6) przewodniczący komisji, zespołów, ośrodków i rad.

§ 3.

1. Formularz delegacji wystawia się w biurze Naczelnej Izby Lekarskiej przed rozpoczęciem podróży.

2. W formularzu delegacji określa się miejscowość, cel podróży, termin rozpoczęcia i zakończenia podróży oraz przysługujący środek transportu.

§ 4.

1. Członkom Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Komisji Rewizyjnej, Naczelnego Sądu Lekarskiego, Naczelnemu Rzecznikowi Odpowiedzialności Zawodowej i jego zastępcom oraz członkom komisji, zespołów, ośrodków i rad powołanych przez te organy, a także Krajowej Komisji Wyborczej – przysługuje zwrot wydatków na przejazd z miejscowości pobytu osoby delegowanej do miejscowości stanowiącej cel podróży i z powrotem (kosztów podróży):

- a) do wysokości ceny biletu I klasy za przejazd koleją,
- b) samochodem (w uzasadnionych przypadkach po uzyskaniu zgody sekretarza NRL lub zastępcy sekretarza NRL lub skarbnika NRL),
- c) samolotem (w uzasadnionych wypadkach po uzyskaniu zgody prezesa NRL w uzgodnieniu ze skarbnikiem NRL).

2. Wybór środka transportu może mieć charakter jednorazowy lub po złożeniu wniosku może obejmować czas trwania kadencji.

§ 5.

1. Zwrot kosztów podróży obejmuje cenę biletu I klasy za przejazd koleją (ustaloną na dzień delegacji), z uwzględnieniem przysługującej delegowanemu ulgi na dany środek transportu, bez względu na to, z jakiego tytułu ulga ta przysługuje.

2. Zwrot kosztów przejazdu własnym samochodem stanowi iloczyn przejechanych

kilometrów i stawki za jeden kilometr przebiegu pojazdu, w wysokości określonej przez przepisy dotyczące podróży służbowych na obszarze kraju. Zwrotem kosztów objęte są opłaty za autostrady.

3. W uzasadnionych wypadkach, o których mowa w § 4 ust. 1 lit. c uchwały, osobie delegowanej przysługuje zwrot kosztów biletu lotniczego w klasie ekonomicznej.

4. Zwrot kosztów podróży nie obejmuje kosztów przejazdu taksówką.

5. Zwrot kosztów podróży obejmuje każdorazowo tylko jeden środek transportu.

§ 6.

Z tytułu delegowania przysługuje:

1. członkom Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej, przewodniczącym organów Naczelnej Izby Lekarskiej – nocleg w związku z wykonywaniem czynności z tytułu pełnienia funkcji,

2. członkom Naczelnej Rady Lekarskiej, członkom organów Naczelnej Izby Lekarskiej i członkom Krajowej Komisji Wyborczej – jeden nocleg w związku z posiedzeniem lub wykonywaniem zadań, po uzyskaniu uprzedniej zgody prezesa NRL, sekretarza NRL, zastępcy sekretarza NRL lub skarbnika NRL.

3. członkom komisji, zespołów, ośrodków i rad – nocleg przysługuje, w uzasadnionych przypadkach, po uzyskaniu uprzedniej zgody prezesa NRL, sekretarza NRL, zastępcy sekretarza NRL lub skarbnika NRL.

§ 7.

Niezależnie od diet i innych świadczeń dla osób delegowanych, uczestnikom długotrwałych obrad, w miarę potrzeb i możliwości, zapewniane będą bezpłatne posiłki.

§ 8.

1. Członkom Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Komisji Rewizyjnej, Naczelnego Sądu Lekarskiego, Naczelnemu Rzecznikowi Odpowiedzialności Zawodowej i jego zastępcom oraz członkom komisji, zespołów, ośrodków i rad powołanych przez te organy, a także Krajowej Komisji Wyborczej przysługuje dieta za udział w posiedzeniach i pracach tych gremiów, a także w posiedzeniach i pracach Krajowej Komisji Wyborczej, zwana dalej „dieta samorządowa”.

2. Za udział w posiedzeniach on-line przysługuje połowa wysokości diety samorządowej.

3. Osobom, o których mowa w ust. 1, wykonującym czynności w Naczelnej Izbie Lekarskiej na podstawie umowy o pracę, umowy cywilnoprawnej oraz osobom, które otrzymują wynagrodzenie za pełnienie funkcji w Naczelnej Izbie Lekarskiej dieta samorządowa nie przysługuje.

4. Wysokość diety samorządowej jest ustalana na dany rok kalendarzowy i wynosi 5% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłaty nagród z zysku za ubiegły rok ogłoszanego, w drodze obwieszczenia, przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”. Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego stanowi podstawę do ustalenia wysokości diety samorządowej za okres od 1 stycznia roku kalendarzowego następującego po roku wydania obwieszczenia. Kwota diety samorządowej podlega zaokrągleniu do pełnych 10 złotych.

5. Każdorazowo opiniując projekt budżetu Naczelnej Izby Lekarskiej na dany rok kalendarzowy, Komisja Finansowo-Budżetowa wydaje opinię w przedmiocie utrzymania lub zmiany wysokości diety samorządowej określonej w ust. 4.

6. Dieta samorządowa w wysokości określonej w ust. 4 przysługuje za każdą rozpoczętą dobę kalendarzową.

§ 9.

Ilekcio w przepisach odrębnych uchwał Naczelnej Rady Lekarskiej i Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej jest mowa o uchwale Nr 15/02/IV Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie zasad i trybu zwrotu kosztów podróży, diet podróży i innych świadczeń dla członków samorządu lekarskiego delegowanych na obszarze kraju do wykonywania czynności na rzecz organów Naczelnej Izby Lekarskiej oraz diet samorządowych, rozumie się przez to uchwałę nr 13/23/IX Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 21 kwietnia 2023 r. w sprawie zasad i trybu zwrotu kosztów podróży i innych świadczeń dla członków samorządu lekarskiego delegowanych na obszarze kraju do wykonywania czynności na rzecz organów Naczelnej Izby Lekarskiej oraz diet samorządowych.

§ 10.

Uchyla się uchwałę Nr 15/02/IV Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie zasad i trybu zwrotu kosztów podróży, diet podróży i innych świadczeń dla członków samorządu lekarskiego delegowanych na obszarze kraju do wykonywania czynności na rzecz organów Naczelnej Izby Lekarskiej oraz diet samorządowych.

§ 11.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

ZASTĘPCA SEKRETARZA PREZES
Paweł Doczekalski Łukasz Jankowski

UCHWAŁA Nr 14/23/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 21 kwietnia 2023 r. uchylająca uchwałę w sprawie powołania Zespołu ekspertów do spraw analizy zagrożeń zdrowia publicznego związanych z wojną w Ukrainie

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 4 w zw. z art. 5 pkt 19 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021, poz. 1342) uchwała się, co następuje:

§ 1.

Uchyla się uchwałę nr 10/22/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 8 kwietnia 2022 r. w sprawie powołania Zespołu ekspertów do spraw analizy zagrożeń zdrowia publicznego związanych z wojną w Ukrainie.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

ZASTĘPCA SEKRETARZA PREZES
Paweł Doczekalski Łukasz Jankowski

UCHWAŁA Nr 15/23/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 21 kwietnia 2023 r. zmieniająca uchwałę w sprawie zadań komisji oraz zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 5 i 6 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342) i § 6 ust. 3 Regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej, stanowiącego załącznik do uchwały Nr 14 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej (tj. stanowiący załącznik do Obwieszczenia Nr 1/22/IX Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 18 maja 2022 r.), uchwała się, co następuje:

§ 1.

W § 4 uchwały Nr 45/22/IX Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 21 października 2022 r. w sprawie zadań komisji oraz zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej skreśla się punkty 3 i 4.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

ZASTĘPCA SEKRETARZA PREZES
Paweł Doczekalski Łukasz Jankowski

Uchwała Nr 16/23/2023 NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 21 kwietnia 2023 r.

**w sprawie:
zmiany uchwały nr 3/22/IX
Naczelnej Rady Lekarskiej
z dnia 3 czerwca 2022 r.
w sprawie Konwentu Prezesów
Okręgowych Rad Lekarskich oraz
przyjęcia Regulaminu działania
Konwentu Prezesów Okręgowych
Rad Lekarskich**

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 6 i 7 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2021 r. poz. 1342), § 6 ust. 1 Regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej, stanowiącego załącznik do uchwały Nr 14 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej, uchwały nr 3/22/IX Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 3 czerwca 2022 r. w sprawie Konwentu Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich, uchwały Nr 11/23/IX Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 10 marca 2023 r. w sprawie zobowiązania Koordynatora Konwentu Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich do przygotowania projektu regulaminu działania Konwentu oraz uchwały nr 7/22/IX Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 3 czerwca 2022 r. w sprawie powołania Koordynatora Konwentu Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich uchwała się, co następuje:

§ 1.

Uchyla się §1 ust 2 i 3 oraz §2 – §8 uchwały nr 3/22/IX Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 3 czerwca 2022 r. w sprawie Konwentu Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich.

§ 2.

Przyjmuje się Regulamin działania Konwentu Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich w brzmieniu jak w załączniku nr 1 do niniejszej uchwały.

§ 3.

1. Z chwilą wejścia w życie niniejszej uchwały funkcję Przewodniczącego Konwentu pełni do zakończenia obecnej kadencji Konwentu, Koordynator Konwentu Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich powołany na mocy uchwały nr 7/22/IX Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 3 czerwca 2022 r. w sprawie powołania Koordynatora Konwentu Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich.

2. Zapis ust. 1 znajduje odpowiednie zastosowanie także do aktualnego składu Prezydium Konwentu wybranego na podstawie zapisów uchwały nr 3/22/IX Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 3 czerwca 2022 r. w sprawie Konwentu Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich.

§ 4.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

ZASTĘPCA SEKRETARZA PREZES
Paweł Doczekalski Łukasz Jankowski

Załącznik do uchwały jest dostępny na stronie Naczelnej Izby Lekarskiej www.nil.org.pl w zakładce „Dokumenty”.

**UCHWAŁA Nr 17/23/P-IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 21 kwietnia 2023 r.
w sprawie skierowania przedstawiciela
Naczelnej Izby Lekarskiej
na stanowisko eksperta Polskiej
Komisji Akredytacyjnej**

Na podstawie art. 39 ust. 1 oraz art. 5 pkt 20 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342) uchwała się, co następuje:

§ 1.

Na przedstawiciela Naczelnej Izby Lekarskiej do udziału w pracach Polskiej Komisji Akredytacyjnej w charakterze eksperta kieruje się:

1. Dr n. med. Dorotę Radziszewską,
2. Prof. dr. hab. n. med. Grzegorza Grześka,
3. Dr hab. n. med. Małgorzatę Pawińską,
4. Prof. dr hab. n. med. Bogumiłę Frączak,
5. Prof. dr. hab. n. med. Grzegorza Trybka,
6. Prof. dr. hab. n. med. Jarosława Markowskiego,
7. Dr. n. med. Romana Budzińskiego,
8. Prof. dr. hab. n. med. Andrzeja Matyję,
9. Lek. dent. Martę Dyszkiewicz-Konwińską,
10. Dr hab. n. med. Katarzynę Błochowiak,
11. Dr n. med. Agnieszkę Misiewską-Kaczur,
12. Dr. n. med. Tomasza Kachela,
13. Dr n. med. Monikę Bojarską-Łoś,
14. Dr. n. med. Grzegorza Pietrasa,
15. Dr. n. med. Jacka Szkutnika,
16. Dr. hab. n. med. Adama Durczyńskiego,
17. Dr. n. med. Piotra Hogendorfa,
18. Lek. Marcina Aluchnę,
19. Dr. n. med. Macieja Cyrana,
20. Dr n. med. Anitę Gębską-Kuczerowską,
21. Dr. hab. n. med. Jerzego Reymonda,
22. Dr n. med. i n. o zdr. Olgę Marię Rostkowską,
23. Prof. dr. hab. n. med. i n. o zdr. Piotra H. Skarżyńskiego,
24. Dr. hab. n. med. i n. o zdr. Mateusza Spałka,
25. Dr. hab. n. med. Mariusza Goniewicza.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

ZASTĘPCA SEKRETARZA PREZES
Paweł Doczekalski Łukasz Jankowski

UZASADNIENIE

Zgłoszenie przedstawiciela Naczelnej Izby Lekarskiej do udziału w pracach Polskiej Komisji Akredytacyjnej (dalej: PKA) – instytucji działającej na rzecz zapewniania i doskonalenia jakości kształcenia w Polsce, wynika z troski samorządu lekarskiego o zachowanie jak najwyższego standardu kształcenia na uczelniach kształcących studentów na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym.

Biorąc pod uwagę ustawowe zadania samorządu lekarskiego wynikające z ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich, do których należy m.in. opiniowanie i wnioskowanie w sprawach kształcenia przed- i podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów, oraz mając na względzie rosnącą liczbę uczelni otwierających studia na kierunkach medycznych, w celu zachowania gwarancji właściwego przygotowania do wykonywania zawodów lekarza i lekarza dentysty udział samorządu lekarskiego w pracach PKA jest bardzo ważny i tym samym uzasadniony.

**UCHWAŁA Nr 19/23/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 21 kwietnia 2023 r.
zmieniająca uchwałę w sprawie zwo-
łania Nadzwyczajnego XVI Krajowego
Zjazdu Lekarzy**

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

§ 1.

W § 1 uchwały nr 1/22/IX Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 3 czerwca 2022 r. w sprawie zwołania Nadzwyczajnego XVI Krajowego Zjazdu Lekarzy ustęp 2 otrzymuje brzmienie: „2. Nadzwyczajny XVI Krajowy Zjazd Lekarzy odbędzie się w Łodzi.”

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

ZASTĘPCA SEKRETARZA PREZES
Paweł Doczekalski Łukasz Jankowski

**STANOWISKO Nr 2/23/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 21 kwietnia 2023 r.
w sprawie ostatnich wypowiedzi
medialnych Ministra Zdrowia
dotyczących odrzuconej ustawy o jakości**

Naczelna Rada Lekarska wyraża sprzeciw w związku z pojawiającymi się ostatnio

w mediach wypowiedziami Ministra Zdrowia Adama Niedzielskiego antagonizującymi środowiska pacjentów i lekarzy. Samorząd Lekarski stoi niezmiennie na stanowisku, że w polskiej ochronie zdrowia potrzebna jest ustawa o jakości i od dłuższego czasu wyraża swoją chęć uczestniczenia w jej tworzeniu. Odrzucony ostatnio przez Parlament rządowy projekt ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta był nie do przyjęcia, ponieważ zmierzał do penalizacji i karania winnych, a nie prowadził do poprawy jakości poprzez samodoskonalenie i analizę zdarzeń niepożądanych. Na żadnym etapie swoich działań Samorząd Lekarski nie postulował wyłączenia zawodu lekarza z podlegania Kodeksowi karnemu, co w swojej wypowiedzi sugerował Minister Zdrowia. Naszym zdaniem Polsce potrzebne są dobre rozwiązania oparte na zasadzie *no fault* stosowanej z powodzeniem w innych krajach Unii Europejskiej, które pozwolą poprawić zarówno bezpieczeństwo leczenia pacjenta, jak i warunki pracy lekarzy, którym w obecnym stanie prawnym za niezawinione niekorzystne powikłania leczenia grozi nawet kara pozbawienia wolności. W celu opracowania korzystnej dla naszej ochrony zdrowia ustawy o jakości, organizacje lekarskie skupione w Porozumieniu Organizacji Lekarskich powołały specjalne

Forum dla Jakości i Bezpieczeństwa Pacjenta, do którego prac zapraszamy również Pana Ministra Zdrowia, wierząc, że dla niego, podobnie jak dla nas, najważniejszym celem jest dobro pacjenta.

ZASTĘPCA SEKRETARZA PREZES
Paweł Doczekalski Łukasz Jankowski

**APEL Nr 1/23/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 21 kwietnia 2023 r.
do Ministra Zdrowia o podjęcie
pilnych prac legislacyjnych mających
na celu wprowadzenie realnych norm
zatrudnienia lekarzy w lecznictwie
szpitalnym**

Naczelna Rada Lekarska apeluje o podjęcie pilnych prac legislacyjnych, mających na celu wprowadzenie realnych norm zatrudnienia lekarzy w przeliczeniu na liczbę łóżek szpitalnych w poszczególnych oddziałach w lecznictwie szpitalnym, zarówno w godzinach normalnej ordynacji, jak i w czasie dyżuru medycznego. Obecnie żadne normy prawne nie określają zasad zatrudniania lekarzy w oparciu o liczbę łóżek szpitalnych. Jedynym aktem prawnym, określającym minimalną ilość

lekarzy przypadających na oddział (poza SOR i oddziałami intensywnej terapii), jest rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. Według zasad określonych w wyżej wymienionym rozporządzeniu, dla większości oddziałów szpitalnych, wystarczającą liczbą lekarzy w przeliczeniu na oddział szpitalny jest równoważnik dwóch etatów, w tym jeden lekarz specjalista, niezależnie od wielkości oddziału i ilości łóżek w oddziale. Natomiast w przypadku dyżuru medycznego, jedynym ograniczeniem jest możliwość pełnienia dyżuru medycznego przez jednego lekarza w oddziałach o podobnym charakterze – zabiegowym lub niezabiegowym. Oznacza to, że w praktyce, w związku z brakami kadrowych w lecznictwie szpitalnym bardzo często zatrudniona jest minimalna liczba lekarzy (równoważnik dwóch etatów), co nie daje rękojmi prawidłowej opieki nad pacjentem i nie umożliwia zapewnienia podstawowych praw pacjenta (prawo do informacji). W konsekwencji taka sytuacja może skutkować coraz częstszą rezygnacją lekarzy z zatrudnienia w szpitalach.

ZASTĘPCA SEKRETARZA PREZES
Paweł Doczekalski Łukasz Jankowski

REKLAMA

OŚRODEK DS. OPINIOWANIA SĄDOWO-LEKARSKIEGO I ORZECZNICTWA NIL ORAZ CENTRALNY OŚRODEK BADAŃ, INNOWACJI I KSZTAŁCENIA NIL

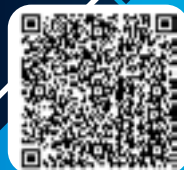
zapraszają na szkolenie

OPINIE SĄDOWO-LEKARSKIE DLA POTRZEB PROKURATUR I POLICJI
(konferencja dla lekarzy, prokuratorów oraz policjantów zainteresowanych tematem)



12 lipca 2023 r.
w godz. 10-13:00

- możliwość uczestnictwa online lub w siedzibie NIL
- zapisy przez formularz zgłoszeniowy dostępny na stronie www.nil.org.pl w zakładce „kursy i szkolenia”
- lekarze otrzymują 3 punkty edukacyjne potwierdzone certyfikatem
- udział jest bezpłatny



STOMATOLOGIA

**Paweł Barucha**

wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej
przewodniczący Komisji ds. Lekarzy Dentystów

POTRZEBNI SPECJALIŚCI

Pedodoncja, podobnie jak pediatria w przypadku rodzin lekarskich, zmaga się z ogromnym niedoborem lekarzy. W dodatku nie ma kto zastąpić specjalistów, którzy odchodzą na emeryturę. Dlatego konsultant krajowa ds. stomatologii dziecięcej prof. Dorota Olczyk-Kowalczyk zwróciła się do Naczelnej Rady Lekarskiej z prośbą o zajęcie się tym problemem w ramach Rady ds. stomatologii przy Ministrze Zdrowia. Jako członkowie rady dostrzegamy ten problem i wystąpiliśmy do Ministra Zdrowia z apelem o uwzględnienie wyższego współczynnika za świadczenia dentystyczne wykonywane u dzieci.

Potrzebę zwiększenia liczby miejsc specjalizacyjnych dostrzegamy nie tylko w przypadku pedodoncji. Luka pokoleniowa pogłębia się coraz bardziej także w innych specjalizacjach stomatologicznych. Dlatego chcemy wystąpić do resortu zdrowia z wnioskiem o zwiększenie liczby miejsc specjalizacyjnych oraz o akredytację dla kolejnych ośrodków szkoleniowych.

Naszym zdaniem wyższy współczynnik powinien zostać zastosowany także w przypadku leczenia dzieci i dorosłych z niepełnosprawnościami, a także zostać odpowiednio zwiększony wówczas, gdy transport osoby niepełnosprawnej pozostaje po stronie lekarza dentysty.

Jednocześnie wciąż prowadzimy z Ministerstwem Zdrowia i Narodowym Funduszem Zdrowia dyskusje na temat usprawnienia systemu rozliczania świadczeń stomatologicznych w ramach pakietów. Choć nie jesteśmy pomysłodawcą nowego systemu, a „odziedziczyliśmy” go w spadku po poprzedniej kadencji, dokładamy wszelkich starań, aby był on jak najbardziej przyjazny dla lekarza i pacjenta. NFZ zobowiązał się do ciągłego usprawniania przepływu informacji między nim a świadczeniodawcami celem wyjaśnienia złożoności pakietów i pomocy lekarzom w ich sprawozdawaniu.

ROZMOWA

STOMATOLOGIA PRZYSZŁOŚCI

Walka z próchnicą zębów jest wciąż aktualnym i ważnym wyzwaniem dla lekarzy dentystów – mówi prof. **Barbara Tymczyna-Borowicz**, prezydent Polskiego Towarzystwa Medyczo-Dentystycznego „Sapientia”, w rozmowie z Lucyną Krysiak.

W dniach 8-9 maja w Lublinie odbyła się XXIII Międzynarodowa Konferencja Okrągłego Stołu. Jakie problemy w stomatologii zdominowały to wydarzenie?

Wiodącym tematem było kształcenie przed- i podyplomowe dotyczące stomatologii przyszłości, w tym profilaktyki spersonalizowanej, potrzeb leczniczych i ratunkowych w implantoprotetyce wieku podeszłego, perspektyw periodontologii w najbliższym dziesięcioleciu oraz zastosowań sztucznej inteligencji, cyfryzacji i automatyki w ortodoncji przyszłości. Przedstawiono także prawne regulacje odnoszące się do przeniesienia studenta kierunku lekarsko-dentystycznego na inny kierunek medyczny, obowiązków nauczyciela akademickiego wynikających z realizacji programów studiów stomatologii przyszłości, skutków nieprzestrzegania regulaminu studiów podczas weryfikacji efektów uczenia oraz kompetencji komunikacyjnych w edukacji medycznej.

Dlaczego to takie ważne?

Chodzi o stworzenie regulacji prawnych, które w precyzyjny sposób odniosą się do problemu odpowiedzialności nauczyciela akademickiego realizującego zajęcia z udziałem pacjentów leczonych przez studentów w trakcie praktycznych zajęć klinicznych na kierunku lekarsko-dentystycznym. Realizację praktycznych zajęć klinicznych poprzedza wprawdzie nauczanie przedklinikczne w warunkach symulacji medycznej, przygotowujące studenta do pracy z udziałem pacjenta, jednak specyfika stomatologicznych procedur zabiegowych przeprowadzanych przez studentów w trakcie praktycznych zajęć klinicznych wiąże się z ogromną odpowiedzialnością nauczyciela akademickiego

nadzorującego prawidłowość ich wykonania. Zaś nauczanie kliniczne uregulowane przez ustawę o zawodach lekarza i lekarza dentysty (art. 5 ust. 1 pkt) wydaje się tu niewystarczające.

Do debaty włączyli się rektorzy i dziekani uniwersytetów medycznych w Ukrainie, gdzie trwa wojna. Z czym muszą się mierzyć i jakie to ma przełożenie na kształcenie lekarzy dentystów z Ukrainy w Polsce?

Podkreślali, że podczas wojny nie zawiesili działalności dydaktycznej nawet na jeden dzień. Pojawiły się natomiast wyzwania wymagające nowych kompetencji, takie jak konfigurowanie przechowywania i przepakowywania darów pomocy społecznej, logistyki ich wysyłania do miejsca przeznaczenia czy organizowanie kanału do identyfikacji zagranicznych leków. Przyszło im się też zmierzyć z brakiem prądu, internetu i schronienia oraz funkcjonowaniem pod presją psychiczną. Z tego powodu część studentów z Ukrainy przyjechała kontynuować kształcenie w Polsce. Z czasem niektórzy z nich powrócili do swojego kraju.

W konferencji swój udział zaznaczył też samorząd lekarski. W jaki sposób?

Naczelna Izba Lekarska przedstawiła strategię Rady ds. Rozwoju Stomatologii, której zadaniem jest wypracowanie wspólnego stanowiska dotyczącego rozwiązywania problemów stomatologii przez Ministerstwo Zdrowia, samorządy lekarskie, konsultantów krajowych oraz społeczności lekarzy dentystów.

Co się zmieniło w kształceniu podyplomowym w stomatologii?

Istotną, choć kontrowersyjną zmianą w kształceniu podyplomowym lekarzy dentystów jest udostępnianie przystępującym do egzaminów LDEK/PES około 70 proc. pytań zawartych w testach. Ustawa z dnia 16 listopada 2022 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz ustawa z dnia 27 grudnia 2022 r. dotycząca nowelizacji egzaminów specjalizacyjnych zobowiązuje do udostępniania pytań testowych w domenie publicznej - na stronie internetowej CEM w terminie siedmiu dni od daty przeprowadzenia egzaminu specjalizacyjnego. Niestety, stwarza to konieczność zwiększenia finansowania corocznego pozyskiwania nowej puli pytań w związku z PES, co zaniepokoiło środowisko. Kolejną zmianą jest zwolnienie z egzaminu ustnego - drugiego etapu PES kandydata, który uzyskał z egzaminu testowego co najmniej



prof. Barbara Tymczyńska-Borowicz

Nauczanie kliniczne uregulowane przez ustawę o zawodach lekarza i lekarza dentysty wydaje się niewystarczające

75 proc. poprawnych odpowiedzi. Ważnym także jest zapis dotyczący publikacji na co najmniej cztery miesiące przed egzaminem zakresu merytorycznego PES, tj. wykazu źródeł bibliograficznych ze wskazaniem określonych rozdziałów oraz wytycznych właściwych towarzystw naukowych.

Obrady Okrągłego Stołu toczyły się w kontekście stomatologii przyszłości, czy nadal będzie toczyła walkę z próchnicą zębów, czy zdominuje ją implantoprotetyka, czy może technologie 3D i sztuczna inteligencja?

Walka z próchnicą zębów jest wciąż aktualnym i ważnym wyzwaniem dla lekarzy dentystów. Jako choroba wieloprzyczynowa wymaga działań wielokierunkowych, w tym dużego zaangażowania pacjenta. Złożona etiologia próchnicy stwarza potrzebę wdrożenia „profilaktyki na miarę”, tj. profilaktyki spersonalizowanej, dostosowanej do ogólnego stanu zdrowia oraz sytuacji socjoekonomicznej pacjenta.

Z konferencjami Okrągłego Stołu w stomatologii nierozdzielnie związane jest Polskie

Towarzystwo Edukacji Medyczno-Dentystycznej „Sapientia”, obchodzące X-lecie istnienia.

Działania Towarzystwa przyczyniły się do utrzymania akademickiego poziomu kształcenia oraz jednolitych magisterskich studiów na kierunku lekarsko-dentystycznym, a także używania tytułu lekarza dentysty ze wszystkimi uprawnieniami przysługującymi lekarzowi, uznawania dyplomu lekarza dentysty w Unii Europejskiej, ugruntowując tym samym znaczenie polskiej stomatologii w tym obszarze. Konferencje Okrągłego Stołu (KOS) rozpoczęły się w 1999 r., w okresie poprzedzającym wejście Polski do Unii Europejskiej, i podyktowane były koniecznością wypracowania programów kształcenia dostosowanych do obowiązujących w krajach członkowskich.

Z działalnością „Sapientii” związana jest prof. Teresa Bachanek, postprzewodnicząca organizacji.

Pani prof. Teresa Bachanek jest pomysłodawczynią Konferencji z udziałem środowiska akademickiego oraz przedstawicieli akademickiego środowiska medycznego z Polski i z zagranicy, Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Edukacji i Nauki, CMKP, CEM, NIL oraz konsultantów krajowych. Nowatorska formuła tego wydarzenia zyskała uznanie i akceptację całego środowiska akademickiego, w tym uczelni medycznych oraz władz samorządowych, senatorów i posłów RP Ziemi Lubelskiej. Prof. Bachanek jest założycielką i pierwszą prezydent Polskiego Towarzystwa Edukacji Medyczno-Dentystycznej „Sapientia” oraz organizatorką 23 Konferencji Okrągłego Stołu w latach 1999-2023.

Czy idee głoszone przez Towarzystwo przetrwały?

W opinii prof. Stanisława Majewskiego, twórcy nowoczesnego Instytutu Stomatologii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum, nałęczowsko-lubelskie konferencje mimo pokoleniowych zawirowań nie przepadły i stały się trwałym, niemal instytucjonalnym fenomenem w skali kraju. Stanowiska formułowane przez PTMD „Sapientia” są odzwierciedleniem aktualnych problemów dotyczących edukacji medyczno-dentystycznej, poczynając od dostosowania programów nauczania na kierunku lekarsko-dentystycznym do obowiązujących w Unii Europejskiej, zmian wynikających z ustawy 2.0 Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce, nauczania w warunkach pandemii SARS-CoV-2, uwarunkowań geopolitycznych związanych z wojną w Ukrainie.



Jakub Sieczko
anestezjolog

Najbardziej lubię przekazywać bardzo dobre wiadomości. W intensywnej terapii, którą głównie zajmuję się zawodowo, to stosunkowo rzadkie chwile. Może dlatego tak je cenię? W oddziale, w którym pracuję, raz dziennie spotykamy się z rodzinami chorych i informujemy najbliższych o stanie pacjenta. Jak dobrze, kiedy można powiedzieć: „Udało nam się dziś odłączyć pani brata od respiratora, oddycha samodzielnie” albo „Państwa ojciec, który przeżył zatrzymanie krążenia, jest w pełni przytomny, nawiązał z nami kontakt logiczny, rokowania są dobre”! Lubię patrzeć na spadające wskaźniki stanu zapalnego, wyłączać wlewy leków wazoaktywnych (bo nie są już potrzebne), patrzeć na to, jak nerki pacjenta podejmują znów swoją czynność i można zakończyć hemodiafiltrację.

Lubię ten uśmiech na twarzach córek, żon czy braci, lubię to, jak ściskają sobie z radości dłonie, jak nam dziękują za to, że miało być źle, a jest dobrze. Dla takich chwil zostajemy lekarzami, prawda?

WYŁĄCZ TEN LEVONOR

Czasami, gdy aż tak dobrze nie jest, mówimy rodzinom, że sytuacja jest trudna, ale robimy, co w naszej mocy, żeby ich najbliższy przeżył. Opowiadamy, jak po kolei wspieramy każdy z niewydolnych układów, że spotykamy się na obchodach i konsyliach, że stosujemy absolutnie wszystko, co intensywna terapia trzeciej dekady XXI wieku ma do zaoferowania. To chce usłyszeć każdy

„

Zespół lekarski ma alibi, rodziny wierzą, że będzie dobrze, kto na tym traci? Nikt!

No, prawie nikt. Jest jedna osoba, o której, zawierając ten pakt o udawaniu, się zapomina. To pacjent

człowiek, którego najbliższy jest na granicy życia i śmierci – że my, lekarze i lekarki, których los postawił na drodze tego najbliższego, nie ustajemy w wysiłkach. I rzeczywiście – zwykle nie ustajemy. Nie zawsze, ale o tym zaraz.

Są też rozmowy, których nie znoszę. Nie po to dwadzieścia lat temu zdecydowałem się przecież na kierunek lekarski, żeby mówić ludziom takie okropne rzeczy! Bo jak to w ogóle brzmi? „Zrobiliśmy wszystko, co w naszej mocy, ale pana ojciec nie odpowiedział na leczenie”, „Uważamy, że dalsza

terapia byłaby terapią uporczywą”, „Wszystko wskazuje na to, że pana córka wkrótce umrze, a jedyne, co możemy zrobić, to zapewnić jej możliwie godną i komfortową śmierć. Na tym będziemy się teraz koncentrować”.

To są zdania, których nie chce słyszeć żaden ojciec czy syn ani nie chce wypowiedzieć ich żaden lekarz ani lekarka. Nikomu nie są one potrzebne. No, prawie nikomu – o tym też zaraz.

Najprościej jest więc zawrzeć pewien pakt. Mam wrażenie, że zaskakująco często w naszym kraju taki pakt między rodzinami pacjentów a zespołami lekarskimi się zawiera. To oczywiście pakt niespisany, będący skutkiem niedopowiedzeń. To pakt o udawaniu – udaje jedna strona. Lekarze i lekarki udają bowiem, że chory ma jeszcze szansę na przeżycie, choć jeśli pracują w intensywnej terapii przynajmniej kilka lat (a może i miesięcy), wiedzą, że to nieprawda. To bardzo wygodne – nie trzeba odbywać tych okropnych rozmów! Może i nie ma się dla rodzin chorych informacji dobrych (o udanej ekstubacji, o powrocie funkcji neurologicznych, o skutecznej antybiotykoterapii), ale przecież ciągle się „walczy”, „stara”, „robi, co w naszej mocy”, a rokowania są „niepewne”. Rodziny, choć przeżywające swoją własną gehennę (bo przecież każdy telefon ze szpitala może być telefonem ostatnim), chwytają się tej nadziei. Chcą to słyszeć. Może i od dużych dawek noradrenaliny czy wazopresyny obumierają już pacjentowi końcówki palców u nóg i rąk, może aparat do terapii nerkozastępczej pracuje już sześćdziesiątą dobę, może gniją już odleżyny, a widoków na odłączenie

chorego od respiratora nie ma, ale po co o tym rozmawiać? Komu to szkodzi, że wszystko to pozostaje w sferze niedopowiedzeń? Zespół lekarski ma alibi, rodziny wierzą, że będzie dobrze, kto na tym traci? Nikt! No, prawie nikt. Jest jedna osoba, o której, zawierając ten pakt o udawaniu, się zapomina.

To pacjent.

To jego palce obumierają, to jego plecy rozpływają się w odleżynach, to jego boli, to on cierpi, to on ma dość. Czasem już nie umie tego zakomunikować, ale nie trzeba mieć wielce rozwiniętej empatii, żeby sobie to wyobrazić.

Wiem, że to nie jest reguła. Są w Polsce oddziały intensywnej terapii, które rozumieją, że trzeba się zatrzymać, trzeba powiedzieć rodzinie całą, nieprzyjemną prawdę. Są specjaliści i rezydenci anestezjologii i intensywnej terapii, którzy znają „Wytyczne postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapii daremnej) u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli na oddziałach intensywnej terapii”. Wiedzą, że zaprzestanie terapii daremnej to nie eutanazja, ale akt miłosierdzia i działanie w pełni zgodne ze sztuką lekarską.

Są tacy i takie, którzy nie zawierają z rodzinami paktu o udawaniu leczenia, choć tak przecież byłoby łatwiej. Są tacy, którzy pamiętają, że od świętego spokoju zespołu lekarskiego i samopoczucia rodzin chorych ważniejszy jest sam pacjent. Że to on powinien być obiektem naszego zainteresowania i że nadchodzi moment, w którym trzeba każdego dnia

zadawać sobie pytanie, czy to nie czas się zatrzymać? Nie odkrywamy wówczas żadnej Ameryki – wspomniane wytyczne precyzują, kiedy należy to zrobić, i zawierają odpowiedni protokół zaprzestania terapii daremnej, który można dołączyć do dokumentacji medycznej.

Są też inne miejsca. Oddziały intensywnej terapii, gdzie pakt o udawaniu się zawiera – czasem na długie miesiące, a nawet lata (sic!). My udajemy, że leczymy, rodziny wierzą, że szanse jeszcze są, pacjent cierpi. Wszystkie miejsca w oddziale od wielu miesięcy są zajęte, więc dla pacjentów potrzebujących prawdziwej, a nie udawanej intensywnej terapii, łóżek brakuje. Nie, nie będę wskazywał palcem, wymieniał nazwisk ani nazw oddziałów. Rozejrzyjcie się wokół siebie. Znamie przecież takie miejsca, prawda? Często nawet zgadza się w nich finansowanie, dyrektor szpitala nie ma więc wobec zarządzających taką placówką żadnych uwag. Kręci się.

Podejmowaniu trudnych decyzji nie sprzyja też system pracy kontraktowej. Wiele osób przychodzi na dyżur do danego miejsca na dobę, robi swoje, wraca tam za tydzień albo półtora, w międzyczasie będąc jeszcze w dwóch czy trzech miejscach pracy. Pracujemy wszędzie, czyli trochę nigdzie.

”

Są tacy, którzy pamiętają, że od świętego spokoju zespołu lekarskiego i samopoczucia rodzin chorych ważniejszy jest sam pacjent

Jeśli znacie takie oddziały, to porozmawiajcie kiedyś z ich personelem pielęgniarskim. Jak sądzicie – jak uporczywe prowadzenie terapii daremnej wpływa na pielęgniarki i pielęgniarzy? Czy chodzą do swojej pracy z przyjemnością? Czy uważają, że ma ona sens? Czy miewają chwile refleksji, że ich pacjentom i pacjentkom dzieje się ogromna krzywda? Czy mają ochotę się szkolić, rozwijać zawodowo? Jakie jest ich morale? I przede wszystkim – czy szanują swojego

ordynatora albo specjalistów, z którymi przychodzi im dyżurować?

Nie wiem, czy odpowiedzą wam prawdę. Pracują bowiem w atmosferze, w której udawanie stało się drugą naturą. Przesiąkają tym. Jest im w końcu wszystko jedno. A dla pacjenta, który nie ma żadnych szans na przeżycie, każdy kolejny dzień to następne pasmo cierpienia i nikt nie ma odwagi, żeby zrobić to, co zrobić należy: spotkać się z rodziną umierającego człowieka, powiedzieć prawdę, dać najbliższym szansę się pożegnać, a potem wyłączyć ten Levonor. Zostajemy lekarzami i lekarzami również po to.



Napisz do autora:
sieczo.gazetalekarska@gmail.com



Serdecznie dziękuję za wszelkie wpłaty, dzięki którym możemy pomagać naszym podopiecznym – Koleżankom i Kolegom, którzy znaleźli się w trudnej sytuacji życiowej. Prosimy o wsparcie nawet bardzo symboliczną kwotą – razem możemy sprawić, że czyjś los choć trochę się odmieni.



Ogromnie dziękuję za datki, które do nas napływają z całej Polski!

Nr konta: 31 1240 6263 1111 0010 4779 2541

Zapraszamy do zapoznania się ze szczegółami działalności Fundacji na www.fl.org.pl

Mariusz Janikowski, prezes zarządu Fundacji Lekarze Lekarzom

ONKOLOGIA DZIECIĘCĄ



Czasami słyszę: „BO PANI ROZUMIE”

Wdzięczne w onkologii dziecięcej jest to, że jesteśmy z naszymi pacjentami długo. Mamy czas, by ich poznać, związać się z nimi – mówi w rozmowie ze Sławomirem Zagórskim **Magdalena Jutrzenka**.

DL Dlaczego wybrała Pani najsmutniejszą specjalizację, jaka istnieje w medycynie?

Od początku myślałam o specjalizacjach dziecięcych, przede wszystkim o pediatrii. Przyznam, że hematologia, a zwłaszcza dorosłych, zupełnie mnie nie pociągała. To wszystko zmieniło się na stażu podyplomowym. Trafiłam pod skrzydła wspaniałych lekarzy zajmujących się chorobami rozrostowymi szpiku u dorosłych i dosłownie zakochałam się w hematologii. Przełożeni bardzo zachęcali mnie na specjalizację w klinice, w której odbywałam staż. Jednak czułam, że bliżej mi do pediatrii. Ostatecznie zdecydowałam się na onkologię dziecięcą. Trochę się tego obawiałam. Zdawałam sobie sprawę, że moim miejscem pracy będzie szpital, a nie byłam pewna, czy chcę się zamknąć w szpitalnych murach. Z drugiej strony czułam, że chcę robić coś, co będzie dla mnie wyzwaniem, nie tylko jako lekarza, ale także jako człowieka. Onkologia to poważne wyzwanie intelektualne. Ta dziedzina niesamowicie szybko się rozwija. Podjęłam więc rękawicę i absolutnie nie żałuję wyboru.

DL Sądziłem, że gdy określi onkologię dziecięcą „najsmutniejszą specjalizacją”, Pani zaprotestuje.

Wokół onkologii dziecięcej narosło sporo mitów. Prawie wszyscy myślą o niej poprzez pryzmat onkologii dorosłych. Tymczasem to zupełnie inna grupa pacjentów, zupełnie inne nowotwory i wreszcie zupełnie inne rokowanie. W onkologii dziecięcej możemy się pochwalić naprawdę dużymi sukcesami. Dzięki takim narzędziom jak badania genetyczne, molekularne, potrafimy coraz lepiej diagnozować choroby, którymi się zajmujemy. A to z kolei pozwala stosować coraz doskonalsze terapie i uzyskiwać coraz lepsze rezultaty. Dziś udaje się nam wyleczyć ok. 80 proc. pacjentów. Trzeba przyznać, że ponosimy także porażki. Część naszych pacjentów umiera. A są też tacy, którzy wprawdzie wychodzą z choroby nowotworowej, ale do końca życia muszą borykać się z powikłaniami leczenia onkologicznego. Ale – jak mówiłam – postęp jest ogromny. Terapie są coraz lepsze, dają też coraz mniej powikłań. Budujące jest także to, że jeśli chodzi o standardy leczenia, o możliwości, na szczęście nie odstawiamy od bogatszych krajów Unii czy nawet od Stanów Zjednoczonych. Stosujemy podobne protokoły leczenia, mamy podobne możliwości

diagnostyczne. Nie mamy się czego wstydzić ani co mieć kompleksów w stosunku do kolegów z Zachodu.

🗨️ Mówiąc o mitach dotyczących onkologii dziecięcej miała Pani na myśli laików czy również kolegów lekarzy?

I jednych, i drugich. Także w moim środowisku zawodowym sporo osób postrzega tę dziedzinę powierzchownie. Łatwiej bowiem pamiętać historie sprzed lat, o których mówiło się podczas zajęć na uczelni, niż być na bieżąco z tym, co dzieje się w onkologii. W trakcie studiów wszystkiego dotykamy po trochu, tymczasem onkologia dziecięca jest bardzo wąską dziedziną, wymagającą czasu i zaangażowania, by ją zrozumieć. Trudno określić, która specjalizacja medyczna jest najsmutniejsza. Onkologia z pewnością nie należy do łatwych. Mamy w społeczeństwie łatkę „rak”. Choroba naszych pacjentów to także dramat całej rodziny. Przechodzimy przez proces leczenia z bliskimi pacjenta, nie tylko z nim samym, bo on często jest zbyt mały, by rozmawiać o terapii. Wdzięczne w mojej specjalizacji jest to, że jesteśmy z naszymi pacjentami długo. Mamy czas, by ich poznać, związać się z nimi. Dla mnie ta właśnie forma relacji z pacjentem jest jedną z największych zalet mojej pracy.

🗨️ Ile dzieci w Polsce choruje na nowotwory?

Notujemy pomiędzy 1,1 tys. a 1,3 tys. nowych rozpoznań rocznie. Ta liczba praktycznie się nie zmienia. Wśród dorosłych nowotworów natomiast od lat przybywa. Dzieje się tak m.in. dlatego, że w tej grupie

Musimy skrupulatnie dobierać leczenie, żeby naszym postępowaniem nie wywołać kolejnego nowotworu. Tzw. drugie nowotwory to bólączka onkologii dziecięcej

ogromną rolę w rozwoju choroby odgrywają czynniki środowiskowe. Tymczasem u dzieci czynnik środowiskowy ma bardzo niewielkie znaczenie.

🗨️ W ich przypadku trudno cokolwiek zrzucić na karb niezdrowego stylu życia.

To prawda. Tu liczy się przede wszystkim predyspozycja genetyczna. Im lepiej poznamy te zależności, im lepsze badania molekularne jesteśmy w stanie wykonać, tym dobitniej przekonujemy się, że onkologia dziecięca to de facto genetyka. Dzięki wspomnianym badaniom molekularnym wiemy, że w komórkach nowotworowych zachodzą przeróżne mutacje i to właśnie od nich zależy, jaką metodę leczenia wybrać, czy pacjent rokuje gorzej, czy lepiej.

🗨️ Nowoczesne badania genetyczne są w stanie ostrzec dzieci przed pewnymi nowotworami?

Nie jesteśmy jeszcze na tym etapie. Natomiast wiemy, że jest szereg zespołów genetycznych, które do powstania nowotworu predysponują. Mam na myśli screening

pacjentów obciążonych np. zespołem Downa, chorujących na neurofibromatozę typu 1 czy z zespołem WAGR (rzadki uwarunkowany genetycznie zespół wad wrodzonych – przyp. red.). Takich pacjentów trzeba szczególnie uważnie obserwować, żeby w razie czego w porę zadziałać. Ich leczenie jest również dużym wyzwaniem, ponieważ są oni często obciążeni różnego rodzaju nowotworami. Musimy więc bardzo skrupulatnie dobierać leczenie, żeby naszym postępowaniem nie wywołać kolejnego nowotworu. Te tzw. drugie nowotwory to istotna bólączka onkologii dziecięcej.

🗨️ Mówiła Pani o różnicach w chorowaniu dorosłych i dzieci. Ale chyba w obu przypadkach obowiązuje zasada, że chorobę należy wykryć jak najwcześniej, by zwiększyć szansę na skuteczną terapię?

Zdecydowanie tak. Niestety, nadal nie możemy się pochwalić szybką diagnozą takich nowotworów jak nowotwory kości, mięsaki tkanek miękkich czy neuroblastoma. 20-50 proc. nowych rozpoznań tych nowotworów to rozpoznania już w stadium rozsiały.

🗨️ Dlaczego tak się dzieje?

Przede wszystkim dlatego, że nowotwory wieku dziecięcego nie dają charakterystycznych symptomów. Objawiają się np. gorączką, bólem brzucha, bólem kości, powiększonymi węzłami chłonnoymi. A takie objawy możemy przypisać bardzo wielu dolegliwościom, które występują w wieku dziecięcym, i z reguły nie są to nowotwory. Kiedyś trafił do nas pacjent z guzem kości w późnym stadium. To aktywny nastolatek, który uprawiał sport i to, że coś go pobołewało, nikogo nie zaniepokoiło. Wszyscy myśleli, że ma prawo go boleć, bo wielokrotnie doznawał kontuzji, uprawiając urazowy sport.

Ponieważ nowotwory u dzieci zdarzają się stosunkowo rzadko, więc jeśli nawet coś zaniepokoi rodziców czy lekarza pierwszego kontaktu, na początku zawsze myśli się, że to nie nowotwór. Tymczasem lepiej być nadgorliwym, wykonać jedno badanie więcej, niż potem żałować, że się w porę nie zadziało. Zdarza się, że lity guz nowotworowy wcale nie daje np. nieprawidłowego obrazu w morfologii i to też może uśpić naszą czujność na zasadzie: „Zrobiliśmy morfologię, wszystko w porządku, przecież on/ona nie może być chory/a”.

🗨️ Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), by wykryć nowotwór u dorosłego, musi go wyłowić z „powodzi” 600 wizyt. W przypadku dzieci jest jeszcze trudniej.



Lekarz rodzinny w całej swojej praktyce statystycznie spotka zaledwie dwoje-troje dzieci z nowotworem. Dlatego tak istotną częścią onkologii jest edukacja. Zarówno lekarzy pierwszego kontaktu, jak i rodziców, którzy są najbliższymi dziecku. Żeby chociaż wiedzieli, na co zwrócić uwagę w danej grupie wiekowej, bo część nowotworów dotyka przede wszystkim młodsze dzieci. Mam na myśli guzy zarodkowe takie jak neuroblastoma, hepatoblastoma, a także białaczki. Dzieci starsze częściej chorują z kolei na nowotwory kości, chłoniaki. Niestety, w onkologii dziecięcej nie mamy żadnych narzędzi przesiewowych, które pozwoliłyby na wczesne wykrycie nowotworów. Tymczasem choroby te rozwijają się szybko i np. wykonanie raz w roku USG nie jest żadnym gwarantem, że za dwa-trzy miesiące dziecko nie będzie miało w brzuchu czy klatce piersiowej guza wielkości pięści.

📌 Dzieciom nie robi się profilaktycznie USG.

To prawda, ale wielu rodziców oczekuje od nas wskazówek, jak postępować, żeby szybko wykryć groźną chorobę. Naturalnie może się zdarzyć, że robiąc jakieś badanie obrazowe dziecku, przez przypadek trafi się na nowotwór, ale to nie jest profilaktyka, którą możemy zalecić. Najważniejsza jest szybka reakcja rodzica i lekarza, gdy u dziecka dzieje się coś niepokojącego. Np. nie miało zaparc i nagle zaczyna je mieć, a nie zmieniliśmy diety. To może być sygnał alarmowy, że być może coś jest w brzuchu, co uciska i sprawia, że dziecko ma problemy z wypróżnianiem.

📌 Wydaje mi się, że ważnym problemem w onkologii dziecięcej jest wycucie granicy, do którego momentu należy leczyć chorego agresywnie, a w którym przejść na terapię paliatywną.

Dotyka pan bardzo trudnej kwestii, bo jako onkolodzy jesteśmy zawsze nastawieni na walkę. A ponieważ terapii i narzędzi mamy znacznie więcej niż kiedyś, ta walka o pacjenta może trwać odpowiednio dłużej. Bo jak nie skutkuje jedna terapia, możemy spróbować kolejnej. I to dodatkowo kusi, by walczyć. Podjęcie decyzji o zaprzestaniu agresywnego leczenia jest więc dla nas bardzo trudne. Sprawę dodatkowo utrudnia fakt, że my tych decyzji nie podejmujemy sami.

Biorą w tym udział także rodzice, a często również sami pacjenci.

Ułatwieniem z kolei jest to, że jako lekarze działamy zawsze zespołowo. Myślę, że w tym tkwi w ogóle siła onkologii. W sytuacji „dojścia do ściany” pochylamy się nad pacjentem wspólnie. Wiadomo, że taka sytuacja jest najtrudniejsza dla lekarza prowadzącego, bo on jest z pacjentem najbliższy. I po to mamy siebie wokół, że ktoś z nas staje się głosem rozsądku, a także adwokatem pacjenta. Nasz kodeks etyki mówi wyraźnie: „Po pierwsze nie szkodzić”. Ważne jest, żeby pacjentowi, który czeka śmierć, odchodził w spokoju, bez bólu, w godności. Żeby zdążyli zamknąć swoje sprawy, pożegnać się z bliskimi. To jest ich prawo i musimy znaleźć miejsce w naszym działaniu także na tego typu kroki.

Jestem stosunkowo młodą lekarką, więc nie mam takiej perspektywy jak profesor kliniki, w której pracuję. Ale nawet z mojej kilkuletniej perspektywy widzę, jak bardzo zmieniły się możliwości leczenia i że ta „ściana”, do której dochodzimy, się oddaliła. Ale ona nie zniknęła. Bywa i tak, że my zaprzestujemy terapii, tymczasem rodzice walczą dalej. Organizują zbiórki, szukają leczenia poza Polską. Zawsze wtedy się zastanawiam, czy aby na pewno my, lekarze, zrobiliśmy wszystko jak należy, skoro rodzice się nie poddają.

Z jednej strony jako matka rozumiem ich podejście. A z drugiej wiem, że czasem działają na szkodę dziecka. Zamiast spędzić z nim czas, pozwolić mu np. pożegnać się z rodzeństwem, które w chorobie nowotworowej jest zawsze pokrzywdzone, odstawione na dalszy plan, walczą do upadłego. Staramy się przekazać pewne trudne kwestie rodzicom, ale uważam, że nie jest to do końca rolą nas – lekarzy. Na szczęście wyręczają nas w tym psychologowie.

📌 Twierdzi Pani, że mamy identyczne standardy leczenia jak na Zachodzie, tymczasem dwa lata temu prof. Alicja Chybicka alarmowała, że Polski nie stać np. na terapię CART-T cells.

Na szczęście to się zmieniło. Nasi pacjenci już korzystają z tej możliwości. Mamy dziś tzw. ratunkowy dostęp do terapii lekowych i możemy zwracać się do ministerstwa o możliwość ich dofinansowania dla naszych pacjentów. Zwracamy się też do firm farmaceutycznych,

które czasem pomagają. Niedawno firma ufundowała naszemu pacjentowi lek, który jest dopuszczony tylko w Stanach i kosztuje 100 tys. zł za miesiąc leczenia. Zawsze będzie tak, że część terapii będzie trudno dostępna i zanim zostaną dopuszczone przez ministerstwo, minie jakiś czas. Zawsze będą też lekarze, którzy będą się podejmować leczenia beznadziejnych przypadków. Niestety, zawsze też znajdują się ludzie, którzy żerują na czyimś nieszczęściu. Osób nieuczciwych nie brakuje. Nie brakuje też szaleńców, którzy wierzą w to, co robią, choć nie ma to żadnego uzasadnienia w nauce.

📌 W jednym z wywiadów powiedziała Pani, że jest w stanie walczyć o własne dziecko jak lwica. Historia choroby Pani dziecka zmieniła Panią jako lekarkę onkolożkę?

Skłamałabym, gdybym powiedziała, że jestem w stanie oddzielić grubą linią własne doświadczenie od tego, jak zachowuję się w klinice. Że ono nie ma na mnie wpływu. Ma, bo jestem człowiekiem. Kiedyś myślałam, że jestem wystarczająco empatyczna, by rozumieć, co przeżywają inni rodzice. Ale sama, mierząc się z diagnozą własnego dziecka, zrozumiałam, że nie miałam pojęcia, co oni właściwie czują.

To trudne, bo z jednej strony moje doświadczenie pozwala mi lepiej zrozumieć sytuację śmiertelnej choroby. A z drugiej jest niebezpieczne, bo ja nie mogę swoich doświadczeń przenosić na kogoś innego. Ten ktoś jest innym człowiekiem, coś innego przeżywa, ma inne zasoby, inne doświadczenia.

📌 Czy to nie za dużo na Pani siły - niezwykle ciężka choroba własnego dziecka i do tego nowotwory dziecięce na co dzień w pracy?

Po usłyszeniu diagnozy mojego syna obawiałam się, że nie będę w stanie kontynuować pracy w zawodzie. Ale dziś czuję inaczej. Cieszę się, że robię coś trudnego, ważnego. Swoją pracę postrzegam też trochę jako spłacanie długu za to, co sama dostałam od innych. Teraz ja mogę kogoś wesprzeć, komuś dać coś z siebie. Wielu pacjentów zna moją historię i to czasami sprawia, że czujemy jakąś dodatkową więź, nawiązujemy nić porozumienia. Szczególnie kiedy mam dyżury i mogę na spokojnie usiąść z pacjentami i porozmawiać. Czasami słyszę: „Bo pani wie. Pani rozumie”. ☘

***MAGDALENA JUTRZENKA**

specjalistka onkologii i hematologii dziecięcej. Mama Alexa cierpiącego na rdzeniowy zanik mięśni (SMA typu 1). Dzięki staraniom jej i jej partnera udało się zebrać 9 mln zł na terapię genową, która powstrzymała rozwój choroby syna. Dr Jutrzenka pracuje w poznańskiej Klinice Onkologii, Hematologii i Transplantologii Pediatricznej.

Autor jest doktorem nauk biologicznych specjalizującym się w biomedycynie i genetyce, dziennikarzem OKO.press, a w przeszłości wieloletnim szefem Działu Nauki „Gazety Wyborczej”

KONTROLE NFZ

Kara za receptę

Wysokie kary finansowe nałożone przez Narodowy Fundusz Zdrowia [NFZ] spędzają sen z powiek lekarzom i ich pracodawcom. Naczelna Izba Lekarska [NIL] pomaga w rozwiązaniu problemu.

Mariusz Tomczak dziennikarz

Jesteśmy ofiarami błędu urzędników – mówili lekarze biorący udział w spotkaniu z wiceministrem zdrowia Maciejem Miłkowskim w siedzibie NIL. To było kolejne spotkanie zorganizowane przez samorząd lekarski z osobami ukaranymi przez NFZ za – jak twierdzą urzędnicy – nieprawidłowości w wystawianiu recept na preparat mlekozastępczy. Zdaniem lekarzy to niedorzeczne.

W IV kwartale 2022 r. przeprowadzono kilkaset kontroli ordynacji produktu dla niemowląt uczulonych na białka mleka krowiego. NFZ zażądał od lekarzy i ich pracodawców zwrotu refundacji i zapłaty kar – łącznie chodzi o kilka milionów złotych. Wprawdzie preparat jest kwalifikowany jako produkt spożywczy specjalnego przeznaczenia medycznego, jednak na całym świecie traktuje się go jak lek. Czasami to ostatnia deska ratunku dla najmłodszych pacjentów cierpiących z powodu poważnych alergii.

ZGODNIE Z WIEDZĄ MEDYCZNĄ

W spotkaniu z ministrem Miłkowskim i Krzysztofem Urbanem z NFZ samorząd lekarski reprezentował prezes Naczelnej Rady Lekarskiej (NRL) Łukasz Jankowski oraz członkowie Prezydium NRL: Dariusz Samborski i Mikołaj Sinica.

Ukarani lekarze podkreślali, że działali tylko i wyłącznie na rzecz dobra pacjentów. Obecność wiceministra zdrowia postrzegali jako gest dobrej woli i wyrazili nadzieję, że bezpośrednie rozmowy pomogą w znalezieniu rozwiązania problemu.

Dr hab. Andrea Horvath, kierownik Zespołu Żywieniowego Kliniki Pediatrii



W spotkaniu w NIL uczestniczył wiceminister zdrowia Maciej Miłkowski

Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, kilkakrotnie zwracała uwagę na merytoryczne podstawy do wypisywania recept na preparat mlekozastępczy dla chorych dzieci oraz na to, że działała w pełnej zgodzie ze wskazaniami medycznymi. – Postępowaliśmy zgodnie ze sztuką lekarską. Problemem jest błąd administracyjny. Jesteśmy niewinni – przekonywała dr hab. Andrea Horvath. Podobne opinie padały z ust innych lekarzy. Podkreślali, że nie czerpią żadnych korzyści z refundacji, a system jest niejasny. – Nie mieliśmy zamiaru działać nieuczciwie. Nikt z nas nie sprzedawał tego mleka w internecie ani za granicę. Ratowaliśmy dzieci – powiedziała inna lekarka.

Wiceminister Maciej Miłkowski z uwagą słuchał wyjaśnień. Wyraził gotowość

podjęcia działań na rzecz zmian przepisów dotyczących kar finansowych nałożonych na lekarzy przez NFZ. W tej sprawie planowane jest kolejne spotkanie z udziałem przedstawicieli samorządu lekarskiego.

– Trzeba wrócić do stanu sprzed 2012 r. tak, by lekarz nie odpowiadał za refundację – powiedział prezes NRL. W jego opinii nie wolno zastępować wiedzy medycznej i doświadczenia lekarzy bezduszną biurokracją, a wypełnienie formularzy nie może być ważniejsze od zdrowia małych pacjentów. – Całemu środowisku lekarskiemu zależy na sprawnym funkcjonowaniu systemu – podkreślił Łukasz Jankowski.

DROGA DO ROZWIĄZANIA PROBLEMU

Pierwsze spotkanie z niesłusznie ukaranymi lekarzami odbyło się w siedzibie NIL w lutym, zaraz po tym, jak temat zagościł w wielu mediach. Wzięli w nim udział przedstawiciele NFZ. – Lekarz powinien mieć na względzie przede wszystkim dobro pacjenta, zamiast zastanawiać się nad ustalaniem poziomu refundacji na receptę – mówił wówczas prezes NRL. I wyraził oczekiwania środowiska, by lekarze skupiali się na leczeniu, a nie na śledzeniu obwieszczeń prezesa NFZ i kwestiach administracyjnych. Do nagłośnienia problemu przyczyniła się debata pt. „Zdrowie dzieci. Refundacja w aspekcie dobra pacjentów”, która odbyła się 31 marca w sali posiedzeń Senatu. Lekarze otrzymali wsparcie od przedstawicieli środowisk pacjenckich, którzy mówili wprost, że nie powinni się obawiać wypisywania recept chorym.

Kamieniem milowym na drodze do rozwiązania problemu mogą się okazać efekty prac zespołu powołanego przez ministra zdrowia na początku marca. Ma on za zadanie przygotować koncepcję działania systemu informatycznego tak, by umożliwić zdjęcie z lekarzy obowiązku wskazywania stopnia refundacji. W zespole są m.in. przedstawiciele NFZ i Centrum e-Zdrowia, a NRL reprezentuje wiceprezes Klaudiusz Komor. – Nie chcemy rozwiązań pośrednich – podkreśla. Samorząd lekarski od dawna domaga się zniesienia obowiązku określania poziomu refundacji leków. „Rolą lekarza jest leczenie pacjentów, a nie wykonywanie czynności administracyjno-biurokratycznych, polegających m.in. na czasochłonnej weryfikacji poziomu odpłatności na wystawianych receptach” – czytamy w apelu prezydium NRL, który został skierowany do ministra zdrowia w lutym 2023 r.

Porzucone i potrząsane

Co zrobić z dzieckiem, które spędziło w szpitalu rok i nikt go nie chce? Proste. Znaleźć mu dom. Z ratowaniem maltretowanego malucha nie jest tak łatwo.

Adam Czerwiński dziennikarz

Niedziela, 7 marca 2021 r. W Klinice Intensywnej Terapii i Wad Wrodzonych Noworodków i Niemowląt Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki (ICZMP) dzwoni telefon. Wybiera dr Katarzyna Fortecka-Piesterzenie-wicz, która akurat ma dyżur.

- Dzwonili ze szpitala w Piotrkowie Trybunalskim - opowiada. - Powiedzieli, że chcą nam przekazać pacjenta - chłopczyka, który urodził się dzień wcześniej. Prawdopodobnie z niedrożnością przewodu pokarmowego. Wsiadłam w karetkę i pojechałam po niego. Tak poznałam Marcinka - jednego z najniezwyklejszych pacjentów w mojej karierze.

ODDZIAŁOWY SYNEK

Podejrzenia neonatologów z Piotrkowa się potwierdziły. Okazało się, że Marcinek urodził się ze zrośniętym przewodem pokarmowym. Przeszedł kilka operacji. Największy kryzys przyszedł po trzeciej. Dziecko miało posocznicę i zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych. Stan był dramatyczny. Serce i płuca przestawały pracować.

Na szczęście w ICZMP z sukcesami ratuje się takich pacjentów za pomocą ECMO. Chorych podłącza się do krążenia pozastrojowego, dzięki czemu płuca mogą się regenerować. U Marcinka zastosowano jeszcze cytosorb - aparat, który wypłukiwał wszystkie cytokiny prozapalne.

Udało się. Po ośmiu dniach chłopczyka można było odłączyć od aparatury. Dziecko zaczęło samodzielnie oddychać, a na jego buzi pojawił się zniewalający uśmiech. W Marcinku zakochał się cały personel Kliniki Intensywnej Terapii i Wad Wrodzonych Noworodków i Niemowląt. Lekarki i pielęgniarki ogłosiły się ciociami chłopca, a on został oddziałowym synkiem.



Marcinek miał szczęście – znalazł kochających rodziców. Większość porzucanych dzieci z wadami wrodzonymi latami czeka na dom

BEZ MAMY

Do szczęścia brakowało mamy. - Widziałam ją tylko raz - wspomina dr Fortecka-Piesterzenie-wicz - gdy pojechałam po Marcinka do Piotrkowa. Przez chwilę z nią rozmawiałam, by uzyskać zgodę na leczenie, bo zostałam uprzedzona, że mama pewnie do nas nie przyjedzie. Gdy zabraliśmy malca do Łodzi, już nigdy się z nami nie kontaktowała ani do nas nie przyjechała.

Kiedy Marcinek skończył siedem miesięcy, był w tak dobrym stanie, że można było planować wypis ze szpitala. To oznaczało, że dziecko trafiłoby do domu dziecka.

Dr Fortecka-Piesterzenie-wicz: - A my, stojąc nad łóżeczkiem tego dzielnego malucha, myśleliśmy, że skoro tak dzielnie walczy, warto mu dać naprawdę dobre życie. Tylko jak to zrobić, skoro nikt go nie chce?

Wtedy pojawił się pomysł znalezienia rodziny zastępczej. Lekarze poprosili o pomoc Fundację Gajusz i Kampanię Rodzina jest dla dzieci. Szpital zorganizował z nimi konferencję prasową, na której przedstawił historię Marcinka i ogłosił, że szuka dla niego kochającej rodziny. Odzew był nieprawdopodobny. W Instytucie dzwoniły telefony i przychodziły maile z całej Polski. Dzień po konferencji do Instytutu przyszła rodzina, która już wcześniej przygotowywała się do adopcji.

- Byli zdeterminowani, by zostać jego rodzicami - wspomina prof. Iwona Maroszyńska, dyrektor ICZMP. - Kiedy zaproponowaliśmy, by go zobaczyli, powiedzieli, że to nie sklep. Że już go kochają.

LOS NA LOTERII

Na ostateczny happy end trzeba było poczekać jeszcze kilka tygodni. Po załatwieniu wszystkich formalności przed Bożym Narodzeniem Marcinek został wypisany do domu.

Rodzice Marcinka przysłali do szpitala list. „Dzięki Marcinowi mamy najpiękniejsze święta. Takiego szczęścia nie da się opisać słowami. Marcin od razu doskonale odnalazł się w swoim nowym domu. Widzimy, jak bardzo potrzebował domowej atmosfery. Ciągłe się uśmiecha, widać jego szczęście. Składamy wyrazy wielkiego uznania i szacunku dla całej kadry Instytutu. Dzięki pomocy wielu osób udało się, że Marcin jest z nami, o czym nigdy nie zapomnimy. Dziękujemy z całego serca, spełniliście państwo nasze największe marzenie”.

– Wciąż mamy kontakt – mówi dr Fortecka-Piesterzeniewicz. – Dostajemy zdjęcia z rodzinnych uroczystości, wakacyjnych wyjazdów. – Marcin pięknie się rozwija i mimo że jego biologiczni rodzice zawiedli, można powiedzieć, że wygrał los na loterii.

NIE ZAJMĄ SIĘ CÓRKA

Gorzej mają dzieci, które rodzą się w gorszym stanie niż Marcin. – Na przykład Zosia – mówi dr Fortecka-Piesterzeniewicz.

Dziewczynka, podobnie jak Marcinek, trafiła do Instytutu w pierwszej dobie życia z innego łódzkiego szpitala z powodu ciężkiej niewydolności oddechowej i nadciśnienia płucnego. Była w bardzo ciężkim stanie.

– Bardzo niskie saturacje, z wyśrubowaną wentylacją mechaniczną – wspomina dr Fortecka-Piesterzeniewicz. – Nastawialiśmy się „na ECMO”. Szczęśliwie po terapii z zastosowaniem tlenu azotu stan się poprawiał i nie trzeba było prowadzić bardziej zaawansowanego leczenia.

Szybko okazało się, że dziewczynka miała bardzo ciężką, wrodzoną infekcję cytomegalowirusową. Jeśli dochodzi do niej tuż przed porodem, u dzieci występują bardzo ciężkie zapalenia płuc, nierzadko posocznica wirusowa. Tak było u Zosi. I choć jej stan poprawiał się, szybko stało się jasne, że wirus doprowadził do ciężkiej, przewlekłej niewydolności oddechowej. Trzeba było wykonać tracheostomię, ponieważ dziewczynka nie dawała rady oddychać samodzielnie. Potrzebowała wsparcia respiratora.

Lekarki z kliniki, w której wcześniej leżał Marcinek, szybko zorientowały się, że będą opiekować się kolejnym porzuconym dzieckiem. Po dwóch, góra trzech tygodniach hospitalizacji rodzice jasno zadeklarowali, że nie zajmą się córką. – Tym bardziej że nie byliśmy w stanie odpowiedzieć na



Rocznie do Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi trafia kilkudziesięcioro dzieci krzywdzonych przez opiekunów

pytanie, czy dziecko będzie trwale uszkodzone – mówi dr Fortecka-Piesterzeniewicz. – Szybko dopełnili wszystkich formalności, by rzec się praw do tego dziecka i więcej ich nie widzieliśmy, a Zosia przez rok pozostała w naszym oddziale. Po Marcinku zyskaliśmy doświadczenie w znajdowaniu domu sierotom i dzięki wsparciu instytucji, z którymi pracowaliśmy wcześniej, Zosia trafiła do specjalistycznej rodziny zastępczej.

„NIE KOMONUJE MI SIĘ”

Te dwie historie to zaledwie wycinek tego, z czym mają do czynienia lekarze w ICZMP. Tylko w Klinice Intensywnej Terapii i Wad Wrodzonych Noworodków i Niemowląt raz na kilka miesięcy rodzice zostawiają dziecko w szpitalu. Najczęściej porzucane są dzieci z wadami wrodzonymi – m.in. z zespołem Downa – Co mówią rodzice? Raz usłyszałam, że tak ciężko chore dziecko nie komponuje się w życiorys – mówi dr Fortecka-Piesterzeniewicz. – Są tacy, którzy bardzo przeżywają, ale decydują się na adopcję, bo mają już jedno chore dziecko. Są świadomi, że nie będą w stanie podołać tak ciężkiemu zadaniu, jakim jest zapewnienie godnego bytu kolejnemu niepełnosprawnemu dziecku. Ale nie raz zdarzało się, że kiedy ruszała procedura zrzeczenia, zmieniali zdanie i mówili nam, że jednak nie są w stanie porzucić dziecka.

– Czasem myślę, że może lepiej by było, gdyby niektórzy zostawiali dzieci w szpitalu – wzdycha Leszek Matusiak, który w ICZMP odpowiada m.in. za współpracę z policją i prokuraturą. I zaczyna opowiadać o Damianku. – Chłopczyk trafił do nas wiosną 2018 r. Miał sześć miesięcy. Kilka dni wcześniej matka przyniosła go do szpitala w Kutnie.

Lekarze nie mieli wątpliwości, że dziecko było ofiarą przemocy. Było w tak ciężkim stanie, że zapadła decyzja o przetransportowaniu go do ICZMP. Niemowlę miało złamane trzy żebra, stłuczone płuca i krwaki podopieczynówkowe. W ich następstwie doszło do obrzęku mózgu.

Damianek przeszedł ratującą życie operację i na wiele miesięcy został rezydentem Kliniki Neurochirurgii ICZMP.

Matusiak: – Lekarze uratowali życie dziecka, ale nie byli w stanie odwrócić szkód, do których doszło. Los malucha niesamowicie poruszył urzędniczki jednej z instytucji, która zajmowała się jego sprawą. Kilka pań zorganizowało dyżury i codziennie spędzały z Damiankiem kilka godzin. Tulili go i głaskały. Zorganizowały zrzutkę na swojego podopiecznego i z szafek w sali chłopca do-

słownie wysypywały się markowe ubranka, zabawki, kosmetyki. Tylko że nikt nie był w stanie przywrócić dziecku zdrowia. Chłopiec był w stanie wegetatywnym i po kilku miesiącach został przeniesiony do specjalistycznej

placówki. Jego rodzice zostali skazani na wieloletnie więzienie.

**Kiedy
zapropoNOWALIŚMY,
by go zobaczyli,
powiedzieli,
że to nie sklep.
Że już go kochają**

DZIECI POTRZĄSANE

Damianek jest niestety jednym z wielu potrząsanych dzieci trafiających do ICZMP. Kilka lat wcześniej Małgorzata Machnicka, oddziałowa z Kliniki Neurochirurgii, przygotowała wystąpienie na specjalistyczną konferencję. – Dałam tytuł „Losy dzieci – gdy rodzice zawodzą” – wspomina.

Opisała w niej m.in. historię ośmiomiesięcznej Mai. Dziewczynka początkowo mieszkała z rodzicami, później z babcią. Rodzina była pod opieką pracownika socjalnego, który zwrócił uwagę na niewydolność wychowawczą. Sprawa trafiła do sądu, który umieścił dziecko w pogotowiu rodzinnym.

– Z rozmowy z opiekunem zastępczym wynika, że początkowo dziewczynka nie płakała, nie przytulała się, mało jadła – wspomina pielęgniarka. – Czwartego dnia pobytu w pogotowiu opiekuńczym wystąpiły drgawki toniczne i utrata przytomności.

Dziewczynka została przewieziona do Kliniki Neurologii. W chwili przyjęcia miała wykonaną tomografię komputerową głowy. W badaniu był widoczny krwaki

podtwardówkowy, ale bez wskazań do interwencji neurochirurgicznej. Trzeciego dnia nastąpiło pogorszenie stanu dziecka, poproszono o ponowną konsultację neurochirurgiczną, po której dziewczynka została zakwalifikowana do zabiegu operacyjnego. Ze względu na nieobecność rodziców dziecka i brak z nimi kontaktu zawiadomiono o decyzji opiekunów tymczasowych dziecka, kuratora sądowego oraz Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie. Podczas pobytu rodzice nie odwiedzali dziecka. Większość czasu dziewczynka spędzała w dyżurce pielęgniarskiej, bawiąc się. Szybko zdobywała nowe umiejętności zarówno w zakresie motoryki dużej, koordynacji wzrokowo-ruchowej, jak i gotowości do podejmowania zabaw naśladowczych z personelem. Była pogodna, uśmiechnięta, lubiła obecność innych osób. Ósmego dnia po zabiegu została wypisana ze szpitala, do pogotowia rodzinnego zabrał ją opiekun. W prezentacji przedstawiałam jeszcze losy trzech innych dziewczynek i statystykę. W 2016 r. do ICZMP przyjęto 13 dzieci z urazami głowy, kończyn bądź widocznymi siniakami będącymi następstwem zastosowanej wobec nich przemocy.

Machnicka: - Kiedy skończyłam, na sali zapadła cisza.

DZIADEK NA RATUNEK

- W ubiegłym roku przyjęliśmy dziewięć dzieci bitych i dwoje potrząsanych - wylicza Małgorzata Marczak, specjalista pracy socjalnej w ICZMP. Jedno było uderzone puszką piwa, jedno zranione nożem. W tym roku do końca kwietnia odnotowała trzy przypadki przemocy domowej, wśród nich był siedmiolatek duszony przez matkę.

Marczak mówi, że w każdym takim przypadku szpital powiadamia policję, prokuraturę lub sąd rodzinny.

- A do nas wciąż trafiają kolejne pobite dzieci - mówi Leszek Matusiak. - Ale po przeczytaniu tych strasznych historii zasługujecie Państwo na happy end. Oto on: kilka lat temu przyjęliśmy czteromiesięczną dziewczynkę z Bałut. Mama, podobnie jak Damianka, przyniosła ją do szpitala. Okazało się, że konkubent tak potrząsał dzieckiem, że konieczny był zabieg neurochirurgiczny. Para została aresztowana. Gdy o sprawie poinformowały wszystkie media, zadzwonił do nas starszy pan. Powiedział, że jest dziadkiem tej dziewczynki, i spytał, czy może do niej przyjechać. Zgodziliśmy się. Gdy przyjechał, opowiedział swoją historię. Ma dwoje dzieci, ale kilkanaście lat temu zdecydowali z żoną adoptować przypadkowo poznaną dziewczynkę. Przyznał, że nie udało się jak z własnym potomstwem. Po skończeniu 18 lat przybrana córka uciekła z domu i mimo starań kontakt się z nią urwał. Oglądając telewizję, skojarzył okrucieństwa i uznał, że trafiła do nas córka jego podopiecznej. Nie mylił się. Natychmiast złożył w sądzie dokumenty i został opiekunem prawnym małej. Mówił, że nie mógłby inaczej, bo przecież to jego wnuczka.

ROZMOWA

Zespół dziecka WSTRZĄSANEGO

Śmiertelność w zespole dziecka wstrząsanego może sięgać 60 proc. - mówi dr hab. **Emilia Nowosiławska**, prof. ICZMP, w rozmowie z Adamem Czerwińskim.

1 Zespół dziecka wstrząsanego dotyczy dzieci małych - do trzeciego roku życia. Dlaczego akurat ich?

Bo maluchy mają większą głowę w stosunku do reszty ciała i nie mają dostatecznie wykształconych mięśni karku i szyi. Gdy są gwałtownie potrząsane, dochodzi do tzw. urazów z przyspieszenia i opóźnień. Mówiąc najprościej, mózg, którego pólki są bardziej mobilne niż u starszych pacjentów, uderza o ściany czaszki.

2 Jak wygląda potrząsane dziecko trafiające do szpitala?

W obrazie klinicznym mamy: zaburzenia oddechu, padaczkę, utratę przytomności, wylewy przedsiatkówkowe - to może stwierdzić okulista podczas badania dna oka. Ten ostatni objaw jest patognomiczny. Wylewy mają postać porównywaną czasami w literaturze medycznej do żywego płomienia i jeśli są rozpoznawane u dzieci, mamy pacjenta z podejrzeniem zespołu dziecka maltretowanego.

3 Co się dzieje z mózgiem potrząsanego dziecka?

Mózg po takim urazie nierzadko bywa nieodwracalnie uszkodzony. Dochodzi do uszkodzenia istoty białej, obserwujemy uszkodzenia kory mózgowej w mechanizmie zrywania naczyń mostkujących żylnych, może dojść do powstania krwinków nadtwardówkowych. Może powstawać rozsiany uraz aksonalny, który jest stanem bezpośredniego zagrożenia życia. Bywa, że pacjent staje się apaliczny, czasem jest ociemniały.

4 Jak wygląda leczenie potrząsanych dzieci?

Czasem dochodzi do tak dużego obrzęku mózgu, że konieczna staje się intubacja i leczenie neuroprotektoryjne. Często pacjenci wymagają ewakuacji ostrych krwinków podtwardówkowych. U niektórych dzieci - raczej powyżej pierwszego roku życia - trzeba zdjąć łuskę kostną, żeby wytworzyć większą przestrzeń dla obrzękniętego mózgu. Najbardziej przerażające jest to, że w publikacjach podaje się, że śmiertelność w zespole dziecka wstrząsanego może sięgać 60 proc.!



PRZYCHODZI FARMACEUTA DO LEKARZA

Mało kto potrafi przyznać się do błędów. Także – lub zwłaszcza – przed lekarzem. Raczej nie powie: „Przeczytałam w internecie, że suplement X likwiduje nudności, dlatego go kupiłam”. Zrzuci winę na anonimowego pracownika apteki.

„Ma pan jakieś tabletki przeciwwymiotne dla kobiet w ciąży?

- Owszem, mam, ale są tylko na receptę.
- Aha. Dziękuję, do widzenia”.

Taki dialog miał miejsce. Wiele razy. Nie tylko w mojej aptece.

Rozważmy możliwe scenariusze, gdyż ciąg dalszy musiał nastąpić.

1) Przyszła mama, zwłaszcza pierwszoklasistka, ochoczo kieruje się do ginekologa. Ten się nią fachowo zajmuje. Mdłości przestają dokuczać. Ciąża przebiega prawidłowo. Poród siłami natury. Kolejny „kilogram obywatela” cieszy nas wszystkich.

2) A co, jeśli ciążarna skorzysta z dr. Google’a? A skorzysta z całą pewnością. Trafi na grupy wsparcia dla młodych matek. Spotka mnóstwo wykluczających się informacji. To znaczy raczej nie zauważy, że informacje się wykluczają. Wyciągnie jakieś wnioski. Oby prawidłowe. Jak dobrze wiemy, raczej nie będą prawidłowe. Niestety.

3) Przyszła mama nie odpuszcza. W internecie znajduje „porady”, by zażywać suplement diety lub jakiś inny preparat, może zioło (czytaj: jakąś roślinę), które mają złagodzić jej dokuczliwe objawy. Jest taki. Z imbirem, a jakże. Plus witaminy z grupy B i wyciąg z rumianku.

4) Gdy te lub kolejne dokuczliwe objawy będą się nasilać lub jej mama wreszcie się dowie, że zostanie babcią, pacjentka trafi do lekarza. Przyszła babcia robi, co powinna. Ginekolog także. Kolejny kilogram obywatela, itd.

5) Mogę sobie wyobrazić rozmowę w gabinecie ginekologa. „Miałam nudności, ale w aptece sprzedali mi tabletki. Niestety, niewiele pomogły, dlatego tu przyszłam”.

Dobrze, że przyszła. Szkoda, że jej przekaz jest jednoznacznie negatywny wobec aptek i ich pracowników, farmaceutów i techników farmaceutycznych.



Mariusz Politowicz

członek Naczelnej Rady Aptekarskiej

PORADY Z INTERNETU

Mało kto potrafi przyznać się do winy, błędów. Także – lub zwłaszcza – przed lekarzem. Raczej nie powie: „Przeczytałam w internecie, że suplement X likwiduje nudności, dlatego go kupiłam”. Szczególnie po pytaniu lekarza, dlaczego w ogóle kupiła i stosowała powyższe „leki”. Po tak skonstruowanym pytaniu nawet zestresowana osoba wyczuje, że postąpiła niewłaściwie, więc zechce zrzucić winę na anonimowego pracownika apteki. Apteki, czyli miejsca dobrze się kojarzącego, ergo, miała prawo przypuszczać, że otrzymała dobry preparat.

W Polsce jest ok. 12 tys. aptek i punktów aptecznych. Pracuje w nich kilkadziesiąt tysięcy osób, farmaceutów i techników. Lekarzy jest, lekko licząc, dziesięć razy tyle. Wszyscy się zgadzamy, że z czystej statystyki wynika, że nie wszyscy z nas będą pracować idealnie. Profesjonalistom zależy na eliminacji złych zachowań. Jednak są one pochodną

wielu czynników, w tym głównie złego prawa. Jego tworzenie i przestrzeganie też pozostawia wiele do życzenia. Nie tylko w ochronie zdrowia.

Również pacjenci nie żyją w próżni. Gdy system ochrony zdrowia funkcjonuje niewłaściwie, szukają pomocy na własną rękę. Nawet nie wiedzą, co robią źle. Ot, jak wspomniana pacjentka. Gdy dodać do tego jakże naturalną matczyną miłość do dziecka, tylko kwestią czasu jest pytanie: Co poszło nie tak?

Prawie każdego dnia pracy w swej aptece spotykam się z pacjentami poszukującymi dziwnych lub niesprawdzonych preparatów, o których przeczytali w internecie lub usłyszeli od innych, równie nieprofesjonalnych osób. Co gorsza, wielokrotnie ta przypadkowa osoba jest dla pacjenta bardziej wiarygodna niż – tutaj – farmaceuta. I nawet gdy farmaceuta odmówi sprzedaży lub choćby zaneguje

poprawność wyboru np. suplementu X przeciw nudnościom lub na wzmocnienie odporności dziecka, sfrustrowana mama kupi go w innej aptece lub w sklepie internetowym. W kolejnej aptece inaczej sformułuje pytanie lub po prostu zakupi bez słowa. W sklepie internetowym tym bardziej bez pytań. Kółko się zamknęło.

Dlaczego mamy to, co mamy? Ktoś będzie winił szkolnictwo. Inny wskaże polityków i system ochrony zdrowia. Kolejny lekarzy, a jeszcze inny – farmaceutów. W zasadzie jednocześnie każdy ma rację i jej nie ma.

Jednak dobrze jest mieć świadomość, że nasz świat nie jest czarno-biały, a pacjenci często postępują nieprzewidywalnie. Niby uczono nas tego na studiach, ale w ferworze pracy zdarza się o tym zapomnieć. Mimo wszystko miejmy świadomość, że bezpośrednia komunikacja na linii lekarz – farmaceuta znakomicie ułatwi pracę obu stronom, a jej beneficjentami staną się pacjenci, duzi i mali.

„
**Bezpośrednia
komunikacja
na linii
lekarz – farmaceuta
znakomicie ułatwi
pracę obu stronom,
a jej beneficjentami
staną się pacjenci,
duzi i mali**

ODCZAROWAĆ NEUROFIZJOLOGIĘ

Wykorzystanie badań elektroneurograficznych i elektromiograficznych w codziennej praktyce lekarskiej będzie tematem pierwszego z cyklu szkoleń dotyczących neurofizjologii.

Lucyna Krysiak dziennikarka

Kolejne koncentrować się będzie na tajnikach mózgu, zgłębianiu wiedzy na temat elektroencefalografii i wykorzystaniu tego badania w ocenie okresu rozwojowego oraz badaniu elektroencefalograficznym i polisomnograficznym w diagnostyce chorób ośrodkowego układu nerwowego.

Cykl organizowany jest przez dr hab. Martę Banach, prezes Polskiego Towarzystwa Neurofizjologii Klinicznej (PTNK) i kierownik Pracowni Neurofizjologii Klinicznej Katedry Neurologii UJ CM, w ramach współpracy z Ośrodkiem Kształcenia Naczelnej Izby Lekarskiej (NIL) funkcjonującym w strukturze Centralnego Ośrodka Badań, Innowacji i Kształcenia (COBIK).

DŁUGOFALOWA WSPÓŁPRACA

Pacjenci są kierowani na badania do pracowni neurofizjologii klinicznej nie tylko przez neurologów, ale także pediatrów, neurochirurgów, ortopedów, reumatologów czy okulistów, których wiedza na temat neurologii i neurofizjologii klinicznej może się znacząco różnić. Dostrzegając potrzebę zgłębiania wiadomości na ten temat, przydatności tego rodzaju badań w diagnozowaniu chorób układu nerwowego oraz planowaniu leczenia, NIL podpisała porozumienie z PTNK,

które zapowiada długofalową współpracę dotyczącą edukacji lekarzy, podnoszenia wiedzy medycznej na wyższy poziom i wymiany doświadczeń. Zainicjować ma ją cykl szkoleń „Odczarujmy neurofizjologię”.

– Ważne jest, aby lekarz kierujący na badanie neurofizjologiczne uwzględniał różne wskazania do ich wykonywania, potrafił przedstawić ocenę kliniczną pacjenta, wyniki badań dodatkowych oraz odpowiednio zadać pytanie, czego oczekuje od neurofizjologa klinicznego – tłumaczy dr hab. Marta Banach. Zaznacza, że kluczowe jest, by neurofizjolog kliniczny i lekarze innych specjalności nabyli stosownych umiejętności komunikacyjnych, ponieważ na podstawie uzyskanych profesjonalnych informacji od lekarza kierującego neurofizjolog kliniczny może wybrać odpowiednie techniki neurofizjologiczne, właściwe dla danego przypadku, przeprowadzić badanie zgodnie z obowiązującymi wytycznymi i standardami, jak również należycie zinterpretować i raportować wyniki. Zauważa też, że specjalista wykonujący badania elektroencefalograficzne (EEG) na podstawie zapisu EEG i uzyskanych wyczerpujących informacji od lekarza kierującego powinien być w stanie ustalić np. rodzaj zespołu padaczkowego, jak również obecność innych stanów chorobowych, takich jak niedotlenienie, zakażenie, zapalenie czy zaburzenia

metaboliczne. Z kolei specjalista neurofizjologii klinicznej z kompetencjami do wykonywania badania elektromiografii (EMG) i badania przewodzenia nerwowego (NCS) powinien umieć zlokalizować uszkodzenie, stwierdzić, czy proces jest lokalny, czy uogólniony, ocenić nasilenie, ostrość oraz dynamikę procesu.

BADANIA DOPEŁNIAJĄCE

Diagnostykę dopełniają badania biochemiczne, serologiczne i czasami genetyczne. Ocena histopatologiczna nerwów i mięśni wykonywana jest w wysoko wyspecjalizowanych pracowniach patomorfologicznych.

– Ze względu na bogaty obraz kliniczny i zróżnicowany patomechanizm chorób nerwowo-mięśniowych bardzo ważna jest współpraca ze specjalistami różnych dziedzin: radiologami, reumatologami, genetykami, kardiologami, patomorfologami, ortopedami i fizjoterapeutami – podkreśla dr hab. Marta Banach i jako przykład podaje przypadek diagnostyki zespołu cieśni nadgarstka, najczęściej występującej neuropatii z ucisku, gdzie wykonane badanie neurofizjologiczne pozwala potwierdzić rozpoznanie oraz obiektywną ocenę stopnia uszkodzenia nerwu pośrodkowego, zaplanować terapię oraz dać podstawę do oceny pooperacyjnej pacjentów. Lekarze kierujący pacjenta na badania powinni więc wiedzieć, że oprócz podstawowych badań neurofizjologicznych (EEG, EMG i PW) wykonywane są: badanie polisomnograficzne wykorzystywane np. w neurofizjologicznej ocenie zaburzeń snu, badanie ultrasonograficzne dostarczające ważnych informacji uzupełniających dla badania elektroneurograficznego (ENG) czy elektromiograficznego (EMG) w diagnostyce chorób nerwów i mięśni.

Należy też wspomnieć o wykorzystaniu technik stymulacji nieinwazyjnej i inwazyjnej, zarówno diagnostycznej, jak i terapeutycznej, stosowanych w ramach interwencyjnej neurofizjologii klinicznej w stymulacji rdzenia kręgowego, powtarzalnej przezczaszkowej stymulacji magnetycznej (w leczeniu depresji, bólu, dystonii), przezczaszkowej stymulacji prądem stałym, stymulacji nerwu błędnego i podjęzykowego oraz głębokiej stymulacji mózgu w leczeniu zaburzeń ruchowych, dolegliwości bólowych.

Pierwsze z cyklu szkoleń odbędzie się 19 czerwca.

KALENDARIUM SZKOLEŃ OŚRODKA KSZTAŁCENIA COBIK NIL

Ośrodek Kształcenia COBIK Naczelnej Izby Lekarskiej
zaprasza na szkolenia w czerwcu!

Szkolenia w formie on-line:

- *Kontrola wojewody w podmiocie leczniczym. Jak się do niej przygotować?* – 12/06/2023
- *Media społecznościowe w pracy lekarza – Twitter* – 13/06/2023
- *Przeciwdziałanie przemocy domowej – aspekty psychologiczne* – 14/06/2023
- *Trudny pracownik, trudny kolega, trudny szef – jak sobie z tym poradzić* – 15/06/2023
- *Diagnostyka dyslipidemii w kontekście miażdżycy i chorób sercowo-naczyniowych – profil lipidowy w praktyce lekarza POZ* – 16/06/2023
- *Odczarujmy neurofizjologię! Dowiedz się więcej o badaniach elektroneurograficznych oraz elektromiograficznych i zacznij ich używać w swojej praktyce – cz. 1 i 2* – 19/06/2023
- *Marketing i reklama w podmiocie leczniczym. Jak robić to zgodnie z prawem?* – 19/06/2023
- *Wdrażanie innowacji w pracy lekarza – jak to robić? Praktyczne przykłady* – 20/06/2023
- *Zarządzanie zespołem medycznym* – 21/06/2023
- *Praktyka zawodowa czy podmiot leczniczy?* – 22/06/2023
- *Przeciwdziałanie przemocy domowej – aspekty prawne* – 23/06/2023
- *Digitalizacja w ochronie zdrowia – czy cyfryzacja się opłaci?* – 26/06/2023
- *Sztuczna inteligencja w medycynie – krytyczna ocena badań zastosowania sztucznej inteligencji w obszarze profilaktyki zdrowotnej* – 28/06/2023
- *Odczarujmy neurofizjologię! Co to jest elektroencefalografia i dlaczego pomaga w ocenie okresu rozwojowego? Poznaj tajniki mózgu. Badania elektroencefalograficzne i polisomnograficzne w diagnostyce chorób ośrodkowego układu nerwowego – przydatna, nowoczesna diagnostyka* – 29/06/2023
- *Technologia jako podstawa hybrydowego modelu opieki nad pacjentem – jak zintegrować rozwiązania telemedyczne z bezpośrednim i osobistym kontaktem z pacjentem* – 29/06/2023
- *Sztuczna inteligencja w medycynie – krytyczna ocena badań zastosowania sztucznej inteligencji w obszarze diagnostyki medycznej* – 30/06/2023

Szkolenia stacjonarne w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej w Warszawie:

- *POZ w praktyce cz. 4 – podstawy pracy w POZ i najczęstsze porady w POZ* – 15/06/2023
- *Radzenie sobie z emocjami* – 23/06/2023
- *Podstawy zarządzania personelem* – 28/06/2023

Zapraszamy do zapisów na stronie
www.nil.org.pl/dla-lekarzy/kursy-i-szkolenia



szkolenia@nil.org.pl



(22) 559 13 10



Sekwoje kardiologii

**„Chirurg odnoszący sukcesy to ten, który poproszony o wymienienie nazwisk trzech najlepszych chirurgów na świecie miałby trudności z wyborem tych dwóch pozostałych”
(Denton Cooley)**

W latach 60. XX w. amerykański ośrodek kardiologiczny w Houston stał się sceną wydarzeń, które doprowadziły do konfliktu dwóch lekarzy należących do elity najwybitniejszych kardiologów na świecie. Pogodzenie zwaśnionych stron nastąpiło dopiero po kilkudziesięciu latach.

Dr n. med. **Magdalena Mazurak** kardiolog dziecięcy, członek Société Française d'Histoire de la Médecine

Michael DeBakey i Denton Cooley dożyli niemal stu lat, przechodząc do historii jako bohaterowie wydarzeń stanowiących kamienie milowe kardiologii.

Michael DeBakey miał 23 lata i był studentem medycyny, kiedy skonstruował kluczowy element maszyny płucoserce. Został chirurgiem, a medycyna zawdzięcza mu jeszcze wiele innych udoskonaleń. Zajął się operacjami serca, specjalizował się w zabiegach na aorcie, a jego nazwisko zyskało nieśmiertelność eponimu (klasyfikacja DeBakeya rozwarstwienia aorty, metoda DeBakeya operacji tętniaków rozwarstwiających aorty wstępującej). Dożył sędziwego wieku (97 lat), kiedy także i u niego rozpoznano rozwarstwienie aorty. Nie zgodził się na operację i jego stan gwałtownie się pogorszył. Zespół chirurgów podjął trudną decyzję o pilnej operacji – zgodę na jej wykonanie wyraził komitet bioetyczny szpitala. Kardiolog był wówczas najstarszym operowanym na świecie pacjentem. Co więcej, operowanym techniką, którą on sam opracował. Operacja trwała siedem godzin, nie brakowało powikłań, ale mimo zaawansowanego wieku DeBakey wszystko to przeżył. Jego ośmiomiesięczny pobyt w szpitalu kosztował milion dolarów. Kiedy wrócił do zdrowia, był wdzięczny, że podjęto taką, a nie odmienną decyzję. Niedługo potem wziął udział w otwarciu



Michael DeBakey w wieku 94 lat trzyma w ręku sztuczne serce. Zdjęcie z 2002 r.

FOTO: DOMENA PUBLICZNA (WIKIMEDIA COMMONS)

muzeum i biblioteki swojego imienia... Zmarł we śnie w 2008 r. Do setnych urodzin zabrakło mu dwóch miesięcy. Pochowano go na wojskowym Cmentarzu Narodowym w Arlington, pośród bohaterów USA.

USZYŁ T-SHIRT, ZŁOŻYŁ SILNIK, ALE WYBRAŁ MEDYCYNĘ

Michael Ellis DeBakey urodził się 7 września 1908 r. jako najstarsze z pięciorga dzieci libańskich imigrantów, którzy jako chrześcijanie uciekli do USA przed nietolerancją religijną na Bliskim Wschodzie. Jego rodzice (oryginalne nazwisko matki to Dabaghi, zamerykanizowane na DeBakey) wybrali miejscowość Lake Charles w stanie Luizjana, ponieważ mówiono tam po francusku, podobnie jak w Libanie. Po latach sukces chirurgiczny przypisywał swojej matce, która nauczyła go szyc, szedłkować i robić na drutach (jako 10-latek umiał sobie uszyć T-shirt). Był zdolnym i pilnym uczniem, znał świetnie francuski i niemiecki. Miał szeroki wachlarz zainteresowań: był członkiem drużyny skautów, grał na saksofonie, pasjonował się silnikami samochodowe, które rozbierał na części i ponownie składał. Kilkakrotnie wygrywał nagrody w konkursach za wyhodowane w przydomowym ogródku warzywa i kwiaty. Do decyzji o studiowaniu medycyny zainspirowały go rozmowy z miejscowymi lekarzami, z którymi miał kontakt, gdy pracował w aptece należącej do ojca. Podczas nauki na Uniwersytecie Tulane'a (Nowy Orlean) Michael DeBakey wykazał się talentem wynalazcy, konstruując pompę rolniczą - początkowo służącą do bezpośredniej transfuzji krwi, a potem wchodzącą w skład maszyny płucoserce.

Był również współautorem pierwszej na świecie publikacji wykazującej związek między paleniem papierosów a rakiem płuca.

OJCIEC SZPITALI POŁOWYCH

W 1935 r. dr DeBakey rozpoczął pracę jako chirurg ogólny. W tamtym czasie niewiele lekarzy specjalizowało się w chirurgii serca i klatki piersiowej, te dziedziny dopiero raczkowały. Kolejnym etapem jego doskonalenia zawodowego było roczne



Złoty Medal Kongresu dla Michaela DeBakeya – najwyższe, obok Medalu Wolności, odznaczenie państwowe USA

szkolenie w Europie: praktyka w Strasburgu (pod okiem René Leriche'a) i Heidelbergu (gdzie szefem był Martin Kirschner, bohater pierwszego na świecie udanego zabiegu embolektomi płucnej). W czasie II wojny światowej służył jako chirurg - był jednym z autorów pomysłu transferu lekarzy ze szpitali stacjonarnych na linię frontu, tj. projektu połowych placówek medycznych MASH (Mobile Auxiliary Surgical Hospital), które sprawdziły się także później w czasie wojny w Korei i w Wietnamie (sparodiowane w znanym serialu komediowym).

Koniec wojny zastał Michaela DeBakeya w randze pułkownika, za swoje zasługi otrzymał amerykańskie wysokie odznaczenie Legion of Merit. Powrócił na macierzysty Uniwersytet Tulane'a, ale już w 1948 r. został szefem chirurgii w szpitalu w Houston w Teksasie. Dzięki jego staraniom ten ośrodek stał się pierwszym szpitalem uniwersyteckim w tym mieście. Miał talent do pozyski-

wania świetnych chirurgów, jednym z nich był Denton Cooley.

Na początku lat 50. Michael DeBakey rozpoczął realizację utworzenia w Houston ośrodka kardiochirurgii, na stanowisko szefa wybrany został Denton Cooley. W tym czasie DeBakey zajął się problemem protezowania naczyń. W centrum handlowym zamierzał kupić nylon do swoich doświadczeń, ale tego materiału zabrakło, zdecydował się więc na dakron (poliestrowy syntetyk). Kupił metr

materiału i przy użyciu maszyny do szycia swojej żony wyprodukował pierwsze protezy naczyniowe. Zdecydował się na współpracę z Philadelphia College of Textiles and Science, by stworzyć maszynę dziewiarską do przemysłowego wytwarzania wstawek naczyniowych.

KONSULTANT MARLENY DIETRICH I BORYSA JELCYN

Lata 50. i 60. to czas kolejnych wspólnych osiągnięć Michaela DeBakeya. W 1952 r. wszczepił allograft, zastępując nim tętniakowate poszerzenie aorty, w 1964 r. wykonał z sukcesem operację by-passów. W 1968 r. był szefem zespołu, który dokonał pierwszego w świecie jednoczasowego przeszczepienia wielonarządowego (jeden dawca, czterech biorców, pięć zespołów operacyjnych). To on w latach 80. ubiegłego wieku w ramach współpracy z NASA opracował system wspomagania lewej komory jako pomost do przeszczepu serca. DeBakey uczestniczył też w powstawaniu National Library of Medicine w Bethesda (z tej ogromnej bazy publikacji korzystamy, wchodząc na strony PubMed). Był również współautorem programu opieki medycznej dla weteranów wojennych, jego nazwiskiem nazwano szpital Veterans Affairs w Houston.

Michael DeBakey był osobistym konsultantem medycznym dwóch amerykańskich prezydentów: Lyndona Johnsona i Richarda Nixona. Wśród konsultowanych lub operowanych przez niego pacjentów byli notable z całego świata, m.in. szach Iranu Mohammad Reza Pahlawi (splenektomia), król Anglii Edward VIII (operacja tętniaka aorty brzusznej), Marlena Dietrich (miażdżycy kończyn dolnych), Borys Jelcyn (by-passy). W swoim szpitalu w Houston w 2008 r. spotkał się z Lechem Wałęsą, któremu wszczepiono tam stymulator. Operował do 80. roku życia, w tym czasie wykonał 60 tys. procedur chirurgicznych! Długowieczność przypisywał dobremu genom i niepaleniu papierosów.

W sylwestra 2005 r. 97-letni Michael DeBakey przygotowywał się w swoim domu w Houston do planowanego wykładu, gdy nagle poczuł silny ból w klatce piersiowej, promieniujący do pleców i szyi. Podejrzał u siebie rozwarstwienie aorty. Autodiagnoza okazała się trafna - było to rozwarstwienie aorty piersiowej typu DeBakey II. Pacjentowi zaproponowano leczenie zabiegowe: operację metodą DeBakeya, czyli technikę, którą opracował pół wieku wcześniej. Zgody pacjenta jednak

Kupił metr materiału i przy użyciu maszyny do szycia swojej żony wyprodukował pierwsze protezy naczyniowe



Denton Cooley wszczepiający całkowicie sztuczne serce (TAH) zaprojektowane przez doktora Domingo Liottę , 4 kwietnia 1969 r. (Foto: The Texas Heart Institute)

nie uzyskano. Sytuację zmieniła utrata przytomności DeBakeya i zwołana w szpitalu komisja bioetyczna, która nie uznała woli pacjenta kardiochirurga. Operowało go dwóch z tysiąca wyszkolonych przez niego kardiochirurgów. I tak oto Michael DeBakey przeszedł do historii kardiochirurgii nie tylko jako wybitny przedstawiciel tej dyscypliny, ale także jako najstarszy na świecie pacjent z rozwarstwieniem aorty operowany metodą DeBakeya.

SZALONE TEMPO OPERACJI

Z kolei Denton Cooley urodził się w 1920 r. w Houston. Był absolwentem Johns Hopkins University School of Medicine w Baltimore, uczelnię ukończył z wyróżnieniem. Szkolenie chirurgiczne odbył właśnie tam, pracował z dr Alfredem Blalockiem i asystował przy pierwszej procedurze zespolenia systemowo-płucnego u „niebieskiego dziecka” (czyli zespoleniu Blalocka-Taussig u niemowlęcia z tetralogią Fallota). Ćwicząc zdolności manualne, wiązał nici chirurgiczne w pudełku od zapalek. W 1946 r. powołano go do czynnej służby w korpusie armii amerykańskiej,

został szefem chirurgów w szpitalu w austriackim Linzu. W randze kapitana powrócił do USA, aby dokończyć rezydenturę w szpitalu w Baltimore.

W 1950 r. wyjechał do Londynu. Tam pracował z lordem Russellem Brockiem (znanym z walwulotomii metodą Brocka, czyli zabiegu poszerzenia zastawki płucnej). Po powrocie do rodzinnego Houston został profesorem chirurgii w Baylor College of Medicine (1952 r.), gdzie szefem kliniki chirurgii był Michael DeBakey. Tam spędził kolejne 18 lat. W 1962 r. ze środków prywatnych założył The Texas Heart Institute. Kilka lat później wykonał pierwszą w USA transplantację serca. Po sporze z DeBakeym w 1969 r. zrezygnował ze stanowiska w Baylor.

W latach 50. w ośrodku kierowanym przez DeBakeya przebywał dr hab. Jan Moll (w ramach stypendium Fundacji Rockefellera). W swojej autobiografii „Tajemnice

Uważał, że ukradziono mu pomysł, pozbawiając na zawsze możliwości bycia pierwszym

serca” tak wspominał tamten czas: „W tym okresie Houston zdobyło reputację w chirurgii sercowo-naczyniowej. Początkowo dr Michael DeBakey był reprezentantem dawnych idei Leriche’a i innych chirurgów europejskich, lecz wkrótce stał się jednym z wielkich pionierów chirurgii naczyniowej. Stopniowo otoczyli go wartościowi ludzie, zaczęła się rozwijać kardiochirurgia, początkowo na zamkniętym, później na otwartym sercu. DeBakey miał świadomość konieczności udoskonalenia protez naczyniowych, aby wielkie rzesze chorych mogły korzystać z chirurgii naprawczej tętnic i aorty. Jego też dziełem są protezy dakronowe, wytwarzane fabrycznie w różnych asortymentach. Obok DeBakeya, dr Denton Cooley, geniusz techniczny chirurgii, zaskakujący jakością intelektu i kultury. W tym

serca” tak wspominał tamten czas: „W tym okresie Houston zdobyło reputację w chirurgii sercowo-naczyniowej. Początkowo dr Michael DeBakey był reprezentantem dawnych idei Leriche’a i innych chirurgów eu-

okresie obaj ci chirurdzy pracowali razem w szpitalu Metodystów i w szpitalu dziecięcym św. Łukasza [...]. Wprawdzie chirurgia serca czyniła pierwsze kroki na otwartym sercu, jednak statystyka Cooleya była już wtedy największa na świecie. Rytm operacji

był tak szybki, że z trudem nadążało się za operatorem. Skończywszy operację u Metodystów Cooley pędził podziemnymi korytarzami do szpitala dziecięcego, gdzie wykonywał operację, po czym wracał szybko do Metodystów, gdzie w tym czasie przygotowywano innego chorego. Niekiedy dawał znak ręką, aby biec za nim, aż do cadillaca, którym nas wiozł do Szpitala Weteranów, gdzie znów operował innego chorego i po mniej więcej trzech kwadransach wracał do szpitala dziecięcego lub Metodystów, by znów operować. W ten sposób dni mijały z niewiarygodną szybkością”.

KOŚĆ NIEZGODY

W 1969 r. Denton Cooley w Texas Heart Institute pierwszy na świecie wszczepił sztuczne serce, urządzenie zaprojektowane przez Domingo Liottę, współpracownika Michaela DeBakeya. Wywołał tym falę krytyki i niemal półwieczny spór z DeBakeym, który był wściekły, bo sam pracował nad tym problemem i uważał, że ukradziono mu pomysł, pozbawiając na zawsze możliwości bycia pierwszym. Niemal cały świat medyczny dowiedział się wówczas o rywalizacji między tymi dwoma kardiologami. Pacjent, 47-letni Haskell Karp, przeżył 65 godzin...

Fakty były takie, że Liotta skarżył się na problemy w komunikacji z DeBakeym, który od wielu miesięcy nie interesował się ich wspólnym projektem. Denton Cooley zaproponował więc konstruktorowi współpracę nad udoskonaleniem modelu sztucznego serca, który Liotta stworzył, jeszcze zanim podjął współpracę z DeBakeym. Tak ten konflikt opisał zięć Cooleya (też chirurg): „Scharakteryzowałbym relację Cooleya i DeBakeya jako zacieklą rywalizację – dziwny teksański wyścig konny, który był katalizatorem szybkiego rozwoju kardiologii i ustanowił Houston centrum medycyny sercowo-naczyniowej. Pomimo ogromnych różnic w pochodzeniu, posturze fizycznej, osobowości i podejściu, ani razu nie słyszałem, żeby doktor Cooley wypowiadał się negatywnie o doktorze DeBakeyu. Ci

Operował do 80. roku życia, w tym czasie wykonał 60 tys. procedur chirurgicznych

dwaj giganci byli po prostu zbyt wielcy w swoich osobowościach, w swojej determinacji, by przeprowadzić rozwijającą się dziedzinę i pracować w tym samym szpitalu. Ale po cichu szanowali się i podziwiali”.

W kwietniu 1970 r. magazyn „Life” obu kardiologom poświęcił swoją okładkę. Zdjęcie DeBakeya i Cooleya opatrzone tytułem: „Gorzka rywalizacja. Dwóch wielkich chirurgów na wojnie o ludzkie serce”. Do historii medycyny przeszła fotografia, na której Michael DeBakey, przyjmujący honorowe członkostwo The Denton A. Cooley Surgical Society, uściśkiem dłoni Dentona Cooleya zakończył ich wieloletni konflikt. Zgodę po niemal półwiecznym sporze przyniósł rok 2007 r., kiedy obaj kardiologowie byli już w zaawansowanym wieku: Cooley miał 87, a DeBakey 99 lat.

Tak wspominał Dentona Cooleya prof. Marian Zembala: „Tego wybitnego kardiologa poznałem w 1987 r. w Wiedniu podczas Kongresu EACTS, kiedy jako młody lekarz zdecydowałem się podejść do słynnego dr. Dentona Cooleya, ówczesnej światowej ikony kardiologii, który siedział o godz. 6 rano w hotelowym ogródku otoczony czasopismami, które czytał. Zapytałem, czy mogę zająć mu chwilę. Chciałem tylko zdobyć autograf tak wybitnej osoby. Udało nam się jednak odbyć prawie półgodzinną rozmowę. Zdumiewała mnie jego troska o organizację bieżącej działalności kliniki, w tym o odpowiednie szkolenie rezydentów, oraz to, co powiedział o sposobie selekcji najlepszych: aby słabsi, którzy muszą odejść, przekonali się, że jest to dobra decyzja, podjęta we właściwym czasie. [...] Pamiętałem naszą rozmowę i ku mojemu zdziwieniu kilka miesięcy później otrzymałem zaproszenie do udziału w kongresie, który organizował wraz z Texas Heart Team na Bermudach. To międzynarodowe spotkanie potraktował jako podsumowanie dorobku całego swojego zespołu, ale też wielu jego uczniów rozsianych po kilkudziesięciu ośrodkach w USA i na świecie. Zaskoczyło mnie, że światowa ikona kardiologii przypominała sobie o spotkaniu z młodym, nieznanym wówczas, polskim kardiologiem, który jak wielu młodych ludzi miał ambicje rozwoju, szczególnie

w dziedzinie transplantacji serca i mechanicznego wspomagania krążenia”.

MODYFIKUJ, UPRASZCZAJ, STOSUJ

Denton Cooley był płodnym autorem, co przełożyło się na 1,4 tys. recenzowanych artykułów w czasopismach i 12 podręcznikach. Opisał swoje życie w książce „100 tysięcy serc: wspomnienia chirurga”. Był pedantem, jeśli chodzi o poprawną interpunkcję i gramatykę. Jego motto i filozofię życiową stanowiły trzy słowa: modyfikuj, upraszczaj, stosuj. Osiem uniwersytetów nadało mu tytuł dr. honoris causa. „Jego osiągnięcia przyciągnęły uwagę całego świata i zaowocowały niezwykłym aplauzem – ze strony towarzystw naukowych, uniwersytetów, prezydentów, papieża, królów, królowych. Pozostał jednak niezwykle przystępny. Każdy, kto poznał doktora Cooleya, szybko przekonał się, że on nie lubi przegrywać. Był uprzejmy i czarująco dowcipny, ale lubił rywalizację. Jako chirurg wiedział, dokąd chce się udać i jak się tam dostać w najbardziej bezpośredni i najwygodniejszy sposób. Był szybki, odważny i kreatywny” – tak wspominał go zięć. Denton Cooley zeznał kiedyś jako pozwany w sprawie o błąd lekarski. Prawnik pacjenta zapytał go, czy uważa się za najlepszego kardiologa na świecie. Denton Cooley odpowiedział, że tak. Zasugerowano mu, że mógłby być bardziej skromny. „Mógłbym – odpowiedział. – Ale proszę pamiętać, że zeznam pod przysięgą!”. W 1984 r. z rąk prezydenta Reagana odebrał Prezydencki Medal Wolności. Sekwoja chirurgii (jak go nazwano) podobnie jak DeBakey dożył sędziwego wieku. Zmarł 18 listopada 2016 r. w rodzinnym Houston w wieku 96 lat, miesiąc po śmierci swojej żony.

Kończąc swoje wspomnienia z pobytu w ośrodku chirurgii sercowo-naczyniowej w Houston, prof. Jan Moll napisał: „Tutaj zrozumiałem, jak byliśmy zacofani, pozostawieni w całkowitej ignorancji co do spraw rozgrywających się na świecie. Czułem się zawstydzony, porównując nasze zacofanie z technologicznym postępem amerykańskim. Fakt ten był tym smutniejszy, że wierzyliśmy w naszą europejską wyższość. Przysięgłem sobie, że jeżeli znajdę alternatywną możliwość aktywnego działania w kardiologii, uczynię wszystko co tylko możliwe, aby osiągnąć poziom amerykański. Nie przyjmę kompromisu, gdyby nawet zaistniały ogromne trudności. Dotarłem dalej, niż się spodziewałem”.



NIL NA SZYBKO



Jakub Kosikowski
p.o. rzecznika prasowego NIL

W TROSCIE O JAKOŚĆ I SAMORZĄD

Ten miesiąc upłynął pod znakiem Forum dla Jakości i Bezpieczeństwa Pacjenta. W skrócie – w Naczelnej Izbie Lekarskiej odbyło się spotkanie „wszystkich świętych” – ponad 50 osób tworzących system ochrony zdrowia. Od samorządów, przez organizacje pacjentów, pracodawców, po Ministerstwo Zdrowia w osobie ministra Piotra Brombera. I tutaj o tym tyle, więcej na łamach tego numeru.

Przejdźmy do tematu samorządu lekarskiego. Wielokrotnie słyszeliśmy, że różnice między „ofertą” poszczególnych okręgowych izb lekarskich (OIL) są zbyt duże. Dlatego do prezesów OIL rozesłano trzy oferty kart wstępu do obiektów sportowych na jednakowych, korzystniejszych finansowo, warunkach dla wszystkich członków samorządu. Po negocjacjach prowadzonych grupowo dla chętnych OIL, Naczelna Izba Lekarska (NIL) zarekomendowała ofertę firmy VanityStyle. Jednak wszystkie trzy oferty (FitProfit, MultiSport i PZU Sport) są utrzymane w mocy i izby lekarskie mogą z nich skorzystać w dowolnej konfiguracji.

Konsekwentnie zaskarżamy wszystkie wadliwe pytania z Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego (PES) z sesji wiosna 2023. Niestety, aktualne przepisy prawa

nie zezwalają na późniejszą modyfikację klucza. W związku z tym Komisja Kształcenia przy Naczelnej rozpoczęła prace nad ich zmianą na korzystniejsze dla lekarzy, tak by egzaminy były jak najbliższe źródłom i EBM.

Poza tym NIL wraz z Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Lekarzy (OZZL) rozpoczęli prace nad wprowadzeniem realnych norm zatrudnienia lekarzy w przeliczeniu na liczbę pacjentów w poszczególnych oddziałach w lecznictwie szpitalnym zarówno w godzinach normalnej ordynacji, jak i w czasie dyżuru. Analogicznych do tych już istniejących dla anestezjologów i oddziałów intensywnej terapii (OIT).

W połowie maja wszedł w życie nowy Kodeks pracy, który dużo zmienia u lekarzy zatrudnionych na umowie o pracę. Już w poprzednim numerze „Gazety Lekarskiej” zawarto część zmian oraz odpowiedzi na pierwsze zadane przez Was pytania (np. dotyczące pracy zdalnej). Cykl powróci w numerze wakacyjnym i zagości na dłużej, pozwoli uzbroić się w wiedzę, jakie prawa mają lekarze i jak z nich skorzystać. Mamy nadzieję, że dzięki niemu prawo pracy stanie się prostsze, a przez to łatwiej będzie uzyskać work-life balance. Po to, by uniknąć wypalenia zawodowego, by nie dać się wykorzystać ani oszukać.

O TYM SIĘ MÓWI

CORAZ BARDZIEJ CZUJNI

– Po śmierci Kamila są stawiane pytania, co należy zrobić, żeby do takich tragedii nie dochodziło. Trzeba poprawić, chociaż nie tylko, system wsparcia dzieci w rodzinie. Ślady przemocy na ciele dziecka różnią się od siniaków nabytych podczas zabawy. Jeśli dziecko przebywa w szpitalu, sprawa jest zgłaszana do pracownika socjalnego. Jeśli zaś lekarz podczas wizyty w przychodni nabiera podejrzeń, że stosowana była przemoc, sam zawiadamia MOPS – mówił dr Łukasz Szmygel z Naczelnej Rady Lekarskiej (NRL) w wywiadzie dla „Rzeczpospolitej”. – Wciąż przechodzimy szkolenia, jak reagować na przemoc. To niestety element pracy pediatry. Czasem po prostu nie dociera do naszej świadomości, że dorosły może tak się zachować w stosunku do dziecka. Z każdym nagłościonym przypadkiem jesteśmy jednak coraz bardziej czujni – dodał.

POKORA WOBEC MEDYCYNY

– Lekarz musi być przygotowany w toku studiów do rozpoznawania tego, co jest wiedzą aktualną, i odróżnienia tego, co jest fake wiedzą czy zwykłym kuglarstwem ubranym w sugestywne nieprawdy – powiedział sekretarz NRL Grzegorz Wrona podczas konferencji „Nowoczesna edukacja medyczna odpowiedzią na potrzeby zdrowotne społeczeństwa” zorganizowanej przez Konferencję Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych. – Mamy z tym dziś powszechnie do czynienia. Oczekujemy utrzymania jakości kształcenia co najmniej na dotychczasowym poziomie. Chcielibyśmy przyznać prawo wykonywania zawodu młodym koleżankom i kolegom nie tylko świetnie przygotowanym teoretycznie, ale też praktycznie. Przyszli lekarze już w trakcie studiów powinni być nauczeni pokory wobec medycyny i wobec chorego. Dziś tej pokory lekarzom brakuje – podsumował dr Grzegorz Wrona.

STATYSTYKI SĄDU LEKARSKIEGO

Jak wynika ze statystyk Naczelnej Izby Lekarskiej (NIL), w 2022 r. do Naczelnego Sądu Lekarskiego (NSL) wpłynęło 190 spraw. NIL podała do publicznej wiadomości dane dotyczące postępowań odwoławczych od orzeczeń i postanowień okręgowych sądów lekarskich (OSL), rozpatrzeń zażaleń złożonych na postanowienia Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej (NROZ) oraz spraw związanych z poszczególnymi specjalnościami, w których wystawiono wnioski o ukaranie lekarza w postępowaniu odwoławczym od orzeczeń sądów I instancji. Wydane w 2022 r. orzeczenia i postanowienia NSL obejmują m.in.: 26 uniewinnień, 14 upomnień, 13 nagan, 12 kar pieniężnych, 6 zawieszek prawa wykonywania zawodu (PWZ), 5 przypadków ograniczenia zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza na okres od sześciu miesięcy do dwóch lat i 1 zakaz pełnienia funkcji kierowniczych w jednostkach organizacyjnych ochrony zdrowia na okres od roku do pięciu lat.

SAMORZĄD O CYFRYZACJI MEDYCYNY

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie opublikowała raport poświęcony problemowi cyfryzacji ochrony zdrowia. W pracach nad dokumentem brali udział eksperci m.in. z zakresu polityki społecznej, ekonomii, prawa, biznesu, medycyny oraz zarządzania. (...) - Raport powstał pod egidą samorządu zawodowego lekarzy, ale nie był tworzony wyłącznie przez lekarzy. Dość wspomnieć, że w zespole redakcyjnym raportu był tylko jeden lekarz. To oddaje rzeczywistość cyfryzacji ochrony zdrowia, którą przecież zajmują się specjaliści z wielu różnych dziedzin - wyjaśnia wiceprezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie dr n. med. Tomasz Imiela w rozmowie z portalem Rynek Zdrowia. - Chcieliśmy, żeby właśnie tacy eksperci pomogli nam opracować rekomendacje, które później będzie można przedstawić jako zdanie samorządu lekarskiego - dodaje dr Imiela.

OGRANICZYĆ RECEPTY NA ŚRODKI PSYCHOTROPOWE

Ministerstwo Zdrowia przekazało NIL listę 17 lekarzy, którzy w ciągu miesiąca „wydali” ponad 3 tys. recept. Zaproponowało też nowelizację rozporządzenia w sprawie środków odurzających i substancji psychotropowych. Od lat są nadużywane, ale dzięki receptomatom to łatwiejsze niż kiedykolwiek. Lekarze zwracają uwagę, że osobom bezdomnym czy obcokrajowcom można wypisać tylko papierowe recepty. Rozporządzenie ograniczy im więc dostęp do leczenia, a to niezgodne z prawem. - Niezgodne z prawem jest także ograniczanie w tym względzie lekarzy - mówi Łukasz Jankowski, prezes NRL. A Mikołaj Sinica z prezydium NRL, psychiatra w trakcie specjalizacji, dodaje: - To ograniczy też leczenie osób, które do psychiatry mają daleko, a w razie nagłego ataku paniki albo nagłych stanów lękowych korzystają z wideoporad - pisze „Gazeta Wyborcza”.

W TROSCE O GODNOŚĆ UMIERAJĄCYCH

Rada Ekspertów Naczelnej Izby Lekarskiej rekomendowała, a NRL poparła stanowisko Towarzystwa Internistów Polskich dotyczące terapii daremnej. Stanowisko z wytycznymi przygotował zespół kilkunastu ekspertów, złożony z lekarzy różnych specjalności, etyków, osób duchownych, prawników. „Przyświecała im idea nie tylko opisanie najlepszej praktyki klinicznej w kontekście ciężko chorych pacjentów, wobec których medycyna staje się bezsilna, lecz także stworzenie formalnej i jednolitej procedury. Stanowisko jest niezwykle wnikliwym, opartym na bogatym piśmiennictwie i przygotowane przez zespół znanych autorytetów dokumentem uwzględniającym wszelkie oczekiwane w tak delikatnej materii jak opieka terminalna, aspekty: prawne, etyczne, szanujące godność pacjenta i skupiające się przede wszystkim na osobie umierającej” - czytamy w rekomendacji Komisji Etyki Lekarskiej NRL.

MINISTER SIĘ NIE POJAWIŁ

Szef Porozumienia Rezydentów OZZL Sebastian Goncerz zauważył podczas pierwszego spotkania Forum dla Jakości i Bezpieczeństwa Pacjenta, że „rekomendacje, badania i fora ekspertów istnieją od lat, a nowe przepisy legislacyjne, które są tworzone, nie powinny ich pomijać”. - Powinniśmy dbać, by te rekomendacje zostały zawarte w nowych rozwiązaniach - mówił. Zwrócił również uwagę, że „w tak ważnym spotkaniu nie dało się nie zauważyć nieobecności ministra zdrowia Adama Niedzielskiego”. - Zwyczajnie szkoda, że minister nie mógł się pojawić i usłyszeć, co mamy do powiedzenia. Dobrze, że na moment pojawił się wiceminister Piotr Bromber i Rzecznik Praw Pacjenta Bartłomiej Chmielowiec. Niestety, byli zbyt krótko, żeby wszystkie wnioski usłyszeć - podkreślał Sebastian Goncerz. (Termedia.pl)

BEZ DOSTĘPU DO DANYCH

Rzecznik NIL Jakub Kosikowski podkreśla, że izba sama nie ma prawnych możliwości uzyskania danych o lekarzach hurtowo wystawiających recepty. - Prawo nie daje nam możliwości uzyskania ich niejako z automatu, musimy otrzymać takie zawiadomienie z resortu zdrowia lub od Głównego Inspektora Farmaceutycznego. Apteki, jeśli się do nich zwrócimy, odmówią, argumentując, że za przekazanie takich informacji grozi im utrata koncesji - zaznacza w rozmowie z portalem prawo.pl. Dr n. med. Mateusz Kowalczyk, psychiatra, wiceprezes NRL, podkreśla z kolei, że substancje wskazane w projekcie rozporządzenia dotyczą chociażby leków z grupy benzodiazepin, stosowanych czasem doraźnie przez psychiatrów, neurologów przy wdrażaniu leczenia podstawowego u pacjentów z napadami lękowymi. - Jeśli przepisy wejdą w życie, to w trakcie pierwszej wizyty „zdalnej” ich przepisanie nie będzie to możliwe - dodaje. Zastrzega, że mówi o wizycie zdalnej, gdy w czasie rzeczywistym lekarz widzi pacjenta, weryfikuje jego tożsamość, może ocenić to, jak się zachowuje.

SZTUKA KOMUNIKACJI

Pomyśl, że nie jesteś lekarzem. Nie masz pojęcia o medycynie, akronim EKG jest dla ciebie nie do rozszyfrowania. Hemoglobina to coś, przy czym głównie zastanawiasz się jakie „h”, a cukier to to białe i słodkie, co ciągle drożeje na jesieni. Nagle coś Ci się przytrafia – brzuch dziwnie boli, kręci się w głowie, słabo trochę. Spanikowałeś. Jedziesz na SOR, bo choć te literki też trudno od razu rozszyfrować, wiadomo, że tam trzeba się udać w takich przypadkach. Wstępne oględziny, szorstka rozmowa z lekarzem. Pomacał brzuch, nie powiedział ani słowa. Dostajesz opaskę w zielonym kolorze i siedzisz. Mija godzina, mija druga, ktoś zabiera Cię na pobranie krwi, ale nikt nic nie mówi. Źle się czujesz. Musisz do toalety. Toaleta zajęta. Nie jest dobrze. Lampy na suficie wirują jak lądujące helikoptery. Nie możesz stać. Próbujesz kogoś zatrzymać, zapytać. Wszyscy niemili. Siadasz i ledwo siedzisz. Znowu podejmujesz próbę: „Co ze mną”? Ktoś szorstko odburknął, sugerując niewerbalnie, że jesteś roszczeniowym gamoniem. Obok na krześle ktoś jęczy – chyba lekko pijany, ale nie wiadomo. Dlaczego nikt mu nie pomoże? Szósta godzina. Dalej nic się nie dzieje. Przeszedłeś już wszystkie fazy: od czekania, nadziei, przez złość do zniechęcenia. Wszyscy biegają, jakby byli za jakąś dziwną szybą, jak w kinie. Tylko ten temat dotyczy Ciebie, a Tobie wydaje się, że właśnie już umierasz.

Czytasz dalej? Czy wiesz, do czego to zmierza? Jeśli Cię znudziło, to odpuść. Ale jeśli nie, to scenka druga. Wyobraź sobie, że wybierasz się do kogoś, na kim bardzo Ci zależy. Kogoś ważnego i nie wiesz, czy Cię polubi. Czekasz długo na to spotkanie. Bardzo na nie liczyłeś. Jesteś nawet w pewnym stresie, bo to ważna dla Ciebie rozmowa. Wchodzisz do budynku, kolejka wielu takich jak Ty. W końcu Twoja kolej. Wchodzisz, a Twój bohater zadaje Ci pytanie, nie odrywając wzroku od komputera. Coś klepie, zadaje pytania, drukuje, mówi,



Anna Gołębicka

ekonomistka, strateg komunikacji

PARADYGMAT BYLEJAKOŚCI

co masz ogarnąć. Masz poczucie, że jeszcze w ogóle Cię nie zauważono, a Twój czas minął. Co czujesz?

No i się nie pomyliłeś. To było o tym, co czuje pacjent. Nawet najlepiej na świecie leczony. Zaopatrzony, zabezpieczony, w końcu wyleczony, czuje się zerem, bo leczenie to też obsługiwanie i cała obudowa. Zaryzykuję stwierdzenie, że większość problemów na tym świecie wynika z komunikacji: ktoś komuś powiedział, nie powiedział, źle powiedział, za późno powiedział, nie tym tonem powiedział, źle popatrzył, nie patrzył, coś mruczał pod nosem, mówił podniesionym głosem. Czasy, gdy pacjent nic i tak nie zrozumie, więc należy powiedzieć, jak brać leki, bezpowrotnie minęły. Współczesny pacjent potrzebuje wiedzieć, co się z nim dzieje. Potrzebuje dokładnych komunikatów. Potrzebuje wiedzy, co, jak, dlaczego i kiedy – podobnie jak Ty, będąc w jego sytuacji. Nawet największy cwaniak podczas wizyty u Ciebie czuje się niepewny

i przestraszony, a że manifestuje to na różne sposoby, to już inna sprawa. Uwierz! To wszystko, co jest czasem niemiłe, to tylko manifestacja stresu i bezradności. Ty jesteś gospodarzem, więc zarządzaj tą sytuacją jak na gospodarza przystało. Wyłumacz, powiedz, odpowiedz. Daj nie wiedzieć i nie rozumieć. Nie oceniaj. Nie daj się ściągnąć w kierunku rozmowy o dzieciach, śmiechach i przeszłości, bo to nie doprowadzi Was do celu tej wizyty, ale w ramach Waszego tematu bądź mistrzem, jak na mistrza przystało. Jak przystało na tego, który wie, wobec tego, który wiedzieć by chciał.

Nie ma na to czasu? A kto tak powiedział? To Twój wybór, czy powiesz „nie” bylejakości. Ty tu rządzisz. Pacjent dobrze obsłużony nie biega po 15 lekarzach, aby się upewnić. Nie wraca za tydzień. A jeśli chodzi o to, żeby wrócił i coś dorzucił, to może to faktycznie nie jest zawód dla Ciebie.

A teraz na koniec: co z tego masz? Najwięcej! Szacunek, satysfakcję z pracy, siłę i wielkość godną człowieka i mistrza. A przy okazji lepszy system, który mówi „nie” bylejakości.

Czasem wystarczy tak niewiele – wytłumaczyć, co oznacza zielona opaska, ile będzie trzeba czekać i jakie badania będą po drodze lub po prostu wychylić głowę zza komputera i powiedzieć, że słuchasz i wszystko piszesz, bo takie są wymagania, a potem choć na chwilę spojrzeć i posłuchać po ludzku. Przeciętny pacjent nie jest w stanie ocenić kompetencji lekarza, ale z pewnością oceni to, co czuł, jak się czuł i z czym wyszedł. A od tego uczucia zależy, jak będzie słuchał i dbał o swoje zdrowie. Dlaczego ma wyjść z poczuciem „źle”, jak może dobrze i bardzo dobrze. To Ty tu rządzisz.

”

**Zaryzykuję
stwierdzenie,
że większość
problemów na tym
świecie wynika
z komunikacji**

Sztuczna inteligencja

JUŻ TU JEST – CZAS NA AKCJĘ!

Historyk Yuval Noah Harari przestrzega na łamach „The Economist” przed nadmiernym entuzjazmem wobec sztucznej inteligencji. Artificial intelligence [AI] nazywa alien intelligence i mówi o potrzebie oceny bezpieczeństwa rozwiązań AI w medycynie na wzór FDA dla leków.

Katarzyna Kolasa dr hab. prof. Akademii Leona Koźmińskiego, ekspertka ds. cyfryzacji w ochronie zdrowia, liderka grupy ds. sztucznej inteligencji przy NIL IN, liderka kursu Digital Health Start Me Up na Akademii Leona Koźmińskiego

Bezsprzecznie żyjemy w czasach dynamicznych zmian, kiedy technologia wspiera, a nawet czasem wypiera, rolę lekarza w leczeniu pacjenta. Już dziś chatboty i algorytmy opiekują się pacjentem na podstawie danych dostarczanych przez sensory monitorujące funkcje pacjenta 24/7. Jeśli samolot może być sterowany autopilotem, czy pacjent może być sterowany robotem? Jak zmieni się wtedy rola lekarza?

Nie powinniśmy się ani bać, ani dzielić na przeciwników i zwolenników sztucznej inteligencji. Każda innowacja wymaga dostosowań i zmian dotychczasowych praktyk. Im szybciej zbudujemy naszą wizję nowej ochrony zdrowia opartej na symbiozie lekarza/pacjenta z AI, tym lepiej dla nas!

Sztuczna inteligencja jest tak dobra jak dane, którymi dysponuje, a dokładniej dane, które pozwolimy jej wykorzystać... Zadziwia mnie każdorazowo entuzjazm wobec algorytmów, które nie były przetestowane na innych zbiorach danych niż wykorzystane do ich budowy czy może, co ważniejsze, porównane z opiniami ekspertów klinicznych.

Zatem zanim pozwolimy sztucznej inteligencji zmieniać naszą praktykę kliniczną, musimy przygotować system oceny przydatności algorytmów tak, aby w sposób bezpieczny i skuteczny wspierały proces profilaktyki i leczenia,

zapewniając satysfakcję oraz oszczędność czasu dla lekarza i pacjenta. Wartość dodana tego samego rozwiązania AI może być zupełnie różna w różnych systemach ochrony zdrowia nie tylko z uwagi na zróżnicowaną charakterystykę pacjentów, praktykę kliniczną, dostępność alternatywnych metod leczenia, system rejestracji i refundacji... ale również na społeczną otwartość na zmianę i zaufanie do technologii.

Sztuczna inteligencja zatem nie tylko wkracza w już ściśle uregulowany obszar obwarowany silnymi procedurami dotyczącymi oceny skuteczności i bezpieczeństwa, ale również w obszar zdefiniowany kulturowo-społecznymi normami, które określają relację lekarza z pacjentem i rolę płatnika świadczeń zdrowotnych.

Według dostępnych danych, w medycynie mamy aż 10 tys. algorytmów AI, z czego ponad 80 proc. przeznaczonych jest dla lekarzy. W 2022 r. było mniej niż 50 proc. nowych patentów dla farmaceutyków niż tych dla urządzeń medycznych i technologii cyfrowych. Żyjemy w czasach rewolucji cyfrowej! Czas na zmianę, ale zmianę na naszych warunkach.

Nie czekajmy na nowe normy legislacyjne, tylko wspólnie się zastanówmy, jak powinno wyglądać zastosowanie sztucznej inteligencji opartej na ocenie bezpieczeństwa, efektywności i adaptowalności do praktyki klinicznej. Po co nam nowe algorytmy AI, jeśli nie były wcześniej

walidowane, nie zostały zrefundowane i przeszkolone w podobnych do naszych warunkach opieki nad pacjentem. Musimy przygotować wytyczne dla decydentów, deweloperów i pacjentów, bo nikt inny tak jak lekarz nie rozumie systemu ochrony zdrowia na tyle, aby wskazać, jakimi kryteriami ustalać wiarygodność i rolę AI w medycynie. Czas zainicjować proces zmiany wychodzący od potrzeby praktyków, z dala od sporów politycznych. Zaczniemy zmianę już dziś! Dlatego powołaliśmy nową grupę roboczą ds. sztucznej inteligencji przy Naczelnej Izbie Lekarskiej w ramach Centralnego Ośrodka Badań, Innowacji i Kształcenia. Jeśli chciał(a)byś wziąć udział w tym projekcie, dołącz do nas. Czekamy na wszystkich zainteresowanych budowaniem systemu oceny wartości AI dla zdrowia. Zmienimy naszą rzeczywistość razem, zanim sztuczna inteligencja zmieni ją sama dla nas, ale bez naszego udziału... ■■■

**GRUPA ROBOCZA
DS. SZTUCZNEJ INTELIGENCJI**
nil.org.pl/dzialalnosc/osrodki/centralny-osrodek-badan-innowacji-i-ksztalcenia-cobik-nil/centrum-innowacji-i-telemedycyny/nil-in-spolesnosc-lekarzy-innowatorow

Zgłoszenia dla chętnych
pod adresem email:
innowacje@nil.org.pl

Dotrzeć z innowacjami DO WSZYSTKICH LEKARZY

Profesjonalna baza innowacji i technologii dla lekarzy MedLoop to realizacja naturalnych potrzeb środowiska lekarskiego.



Artur Drobniak
dyrektor COBIK NIL



Igor Farafonow
ekspert UX, prezes zarządu Uxeria.com

Czy polscy lekarze mają czas na zapoznanie się z nowinkami i wdrażanie innowacji?

W NIL Innovation Network – Społeczności Lekarzy Innowatorów – wyciągnęliśmy wnioski z żywych dyskusji na to pytanie. Zdecydowanie nie mają tego czasu. Lekarzom należy dostarczyć sprawdzone, uprzednio porównane, rozwiązania i pokazać, jakie benefity płyną dla nich i ich pacjentów z ich wdrożenia w praktyce.

Jednym z kluczowych zagadnień związanych z adaptacją nowych technologii do praktyki lekarskiej jest skuteczne dotarcie do lekarzy. Firmy i instytucje oczekują od lekarzy zaangażowania i zainteresowania swoimi rozwiązaniami. Szukają Key Opinion Leaderów, którzy będą skupiać wokół siebie gremium lekarskie. Jak sami wiemy ze swojej praktyki, o takie zaangażowanie jest niezwykle trudno.

Dlatego w NIL IN uważamy, iż w adaptacji nowych technologii nie chodzi tylko o szukanie lekarzy chcących zaangażować się w innowację. Chodzi o dotarcie z innowacją i nowymi technologiami do wszystkich lekarzy, budując takie środowisko, które zrówna dostęp do nowych technologii. Nie zależy nam wyłącznie

na szukaniu garstki lekarzy innowatorów, tylko o umiejętne wdrażanie innowacji u wszystkich lekarzy.

BARIERY DLA INNOWACJI

Z poziomu idei zagadnienie równego dostępu do technologii brzmi bardzo szlachetnie. Jednakże rzeczywistość taka nie jest. Medycyna jest konserwatywna, a lekarze borykają się z różnymi barierami wdrażania innowacji i one stanowią główną przyczynę braku korzystania z nowinek technologicznych.

CZAS

Pierwszą wspólną barierą dla lekarzy wszystkich specjalizacji jest czas. Lekarze swój tydzień muszą dzielić między pracę z pacjentem, konferencje i szkolenia zawodowe, adaptację do zmieniających się regulacji i systemów, rozbudowaną administrację, a także rodzinę i inne obowiązki pozazawodowe. Nie zostawia im to czasu na aktywne zainteresowanie nowymi technologiami, często nawet mimo chęci.

UWARUNKOWANIA ZEWNĘTRZNE

Dużą grupę barier stanowią uwarunkowania zewnętrzne, na które lekarz nie ma wpływu. Często jest to pozostały personel medyczny placówki lub pracownicy administracyjni, w tym osoby na szczeblu decyzyjnym i brak ich chęci/czasu/perspektywicznego myślenia. Innym razem są to kwestie budżetowe, jeszcze innym infrastrukturalne (dług infrastrukturalno-technologiczny). Powodów do biernej postawy wobec nowych technologii ze względu na niezależne czynniki jest wiele.

CECZY OSOBOWOŚCIOWE

Ostatnią grupę barier stanowią sami lekarze. To dobry moment, byś zadała/zadał sobie pytanie: „Kiedy ostatnio interesowałam/em się nowymi technologiami i innowacjami w obrębie mojej specjalizacji?”. Większość lekarzy z różnych powodów nie wykazuje aktywnej chęci poszukiwania nowych rozwiązań. Nadal główne grupy pozyskiwania informacji stanowią kontakty handlowe z przedstawicielami i dystrybutorami, konferencje czy znajomi lekarze. Brak jest też w pełni obiektywnych źródeł informacji na ten temat – niemal nieobecny w kształceniu uniwersyteckim i specjalizacyjnym.

Podstawą do zrozumienia misji MedLoop jest stwierdzenie, że skuteczna i szeroka adaptacja nowych technologii wcale nie wymaga przezwyciężania tych barier. Naszym celem nie powinno być jedynie angażowanie garstki lekarzy w „innowacyjne środowisko lekarskie”, lecz

**Misją MedLoop
jest stworzenie
innowacyjnego
środowiska
medycznego
w Polsce**

budowanie systemowych rozwiązań, które adaptują u lekarzy nowe technologie i ich do nich przystosują, bez wkładania nadmiernego wysiłku personalnego.

Od innowacji w medycynie nie uciekniemy. Jak więc stać się ich beneficjentem i jak system ma pomóc lekarzom w dostosowaniu się do zmieniającej się rzeczywistości?

Istotą zrozumienia opisywanego wcześniej podejścia do problemu oraz jego rozwiązaniem jest skupienie działania na kilku frontach. Właśnie te chcemy wprowadzić w naszym systemie, którego elementem jest MedLoop.

WŁASNE JA – INNOWACJE ADAPTOWANE NA RÓŻNYCH PŁASZCZYZNACH

Nie każda innowacja musi dotyczyć kliniki/całej jednostki i wymagać zmian adaptacyjnych. Niektóre rozwiązania zaadaptować może Lekarz we własnym zakresie, znacząco optymalizując swoją pracę. Kluczowe jest zrozumienie, że każda innowacja powinna przynosić realne korzyści w: czasie lub/i kosztach/zarobkach lub/i jakości leczenia. Połączenie tych dwóch spojrzeń (przez pryzmat własnych potrzeb lekarza i przez pryzmat mierzenia efektów) daje swobodną możliwość adaptacji innowacji na każdym szczeblu: od szczebla pracy w indywidualnej praktyce lekarskiej, poprzez zmiany w pracy zespołu terapeutycznego, wreszcie w całej placówce medycznej aż po szczebel sieci klinik czy szpitali. Na każdym szczeblu kontrolując sytuację i ewaluując korzyści.

Niweluje to bariery zewnętrzne.

KRÓTKA LISTA

Krytyczną barierą dostępu do innowacji jest brak jednego miejsca, gdzie różne rozwiązania będą prezentowane. Lekarz powinien móc bardzo precyzyjnie określić swoje potrzeby (w obrębie specjalizacji, danego rodzaju zabiegów czy aktywności dla danego typu praktyki) i otrzymać precyzyjną krótką listę rozwiązań.

Z jednej strony krytyczne jest dążenie do skrócenia ścieżki decyzyjnej o wdrożeniu innowacji, z drugiej odpowiedzialność za wydatek związany z jej

Naszym celem jest budowanie systemowych rozwiązań, które zaadaptują u lekarzy nowe technologie i ich do nich przystosują

wdrożeniem. Dlatego każde rozwiązanie dostępne dla lekarzy powinno być zweryfikowane pod wieloma względami: tymi związanymi z bezpieczeństwem dla pacjenta i oferowaną jakością albo ergonomią pracy, ale też kosztami wdrożenia, czasochłonnością szkoleń własnych i personelu oraz kosztów utrzymania danego rozwiązania. Łącząc dążenie do skracania ścieżek decyzyjnych z solidną podstawą do podjęcia decyzji, każda innowacja musi być zweryfikowana obiektywnym modelem ewaluacji. Również uwzględniając ocenę bezpośrednio przez społeczność lekarską, a nie jedynie producenta lub certyfikującego audytora. Niweluje to barierę czasu.

TAM, GDZIE TY

Ważnym czynnikiem zrozumienia istoty adaptacji technologicznej u lekarzy jest koncentracja na stwierdzeniu, że nie chcemy, by lekarz znacząco angażował swój wolny czas w celu poznania nowych technologii dla swojej specjalizacji. Dlatego też krytyczne jest dostosowanie programu szkoleń zawodowych do modelu personalizowanego doradztwa w zakresie innowacji. Z racji braku kształcenia na uniwersytetach i w kształceniu specjalizacyjnym, Ośrodek Kształcenia Naczelnej Izby Lekarskiej wydaje się być idealnym miejscem dla wprowadzenia tego typu certyfikowanych, bezpłatnych dla lekarzy kursów i szkoleń. Szkolenia warsztatowe mogą pomóc lekarzom lepiej zapoznać się z innowacjami dostosowanymi do ich specjalizacji i trybu pracy, a jednocześnie nie będą samodzielną próbą poszukiwania i dodatkową aktywnością, którą muszą podjąć w ramach swoich obowiązków zawodowych. Niweluje to barierę osobowościową – lekarz nie musi nabywać nowych przyzwyczajęń ani wykonywać nowych czynności – innowacja staje się kawałkiem jego szkolenia i pracy.

POMOCNA DŁOŃ

Mylnym twierdzeniem jest, że adaptacja innowacji kończy się na jej wprowadzeniu. Innowacja, jak i cała praktyka medyczna, powinna być ciągle ewaluowana pod kątem realizacji pożądaných wskaźników i celów. Krytyczna jest właściwa

ocena, czy dana innowacja przyjmie się w danym konkretnym przypadku. Czy przyniesie efekty? Jak będą one zmierzzone? W przypadku dużych kosztów wdrożenia innowacji krytyczna jest minimalizacja ryzyk z nią związanych (czasowych, budżetowych i innych). Dlatego też ważne jest, by innowację wdrażać najpierw w małej skali (soft-launch) i dopiero po tym etapie skalować ją w obrębie pozostałych obszarów.

Nie są to procesy, w których powinna się specjalizować placówka. Ani też nie jest to też proces, który powinien być realizowany przez dostawcę innowacji (ze względu na brak obiektywności pomiarowej w liczeniu zwrotu z inwestycji). W naszej ocenie powinien to być obiektywny podmiot, który w odpowiedniej dyscyplinie placówki i dostawcy pomoże umiejętnie przetestować, wdrożyć i zmierzyć efektywność innowacji.

Niweluje to bariery zewnętrzne – obiektywny partner wie, jak pogodzić sprzeczne interesy różnych grup interesariuszy, jednocześnie zapewniając wiarygodność i bezpieczeństwo.

GREMIUM

W misji dotarcia do szerokiego gremium lekarzy nie bez znaczenia są Key Opinion Leaderzy. Są to właśnie ci lekarze, którzy w praktyce wdrażają innowację. Do tego gremium zapraszani będą najaktywniejsi innowatorzy w Polsce. Otrzymają dostęp do najnowszych technologii dla swojej specjalizacji, które będą mogli w pilotażu producenckim wdrożyć i przetestować w swojej praktyce – całkowicie za darmo. Odpowiednia troska i korzyści wizerunkowe i biznesowe oferowane Gremium MedLoop dają solidne podstawy do praktycznego tytułowania się Lekarzem Innowatorem – właśnie przez to, że się wdraża innowację, a nie tylko się o nich mówi.

Zapraszamy tych, którzy chcą wdrażać. Niweluje to barierę czasu i bariery zewnętrzne. Praktyka wdrożeniowa daje dobre wskazówki, jak pokonać bariery i pokazuje tzw. best practices.

WSPÓŁPRACA INSTYTUCJONALNA

Krytyczna dla szerokiej adaptacji innowacji jest współpraca z MZ, CEZ, NFZ i innymi instytucjami odpowiedzialnymi za funkcjonowanie sektora medycznego w Polsce, w tym za wdrażanie innowacji.

Współpraca polegać powinna na ewaluacji innowacji zgłaszanych do

instytucji państwowych, dodatkowej ewaluacji urzędów certyfikowanych przez właściwe jednostki, dostarczaniu instytucjom wiedzy i informacji na temat realnego feedbacku lekarskiego o urządzeniach i innowacjach. Może się to odbywać na etapie wstępnym przed-pilotażowym, jak i równoległe do pilotażu. Scentralizowany model ewaluacji innowacji medycznych pomoże również zmierzyć efektywność i trafność kierunków rozwoju poszczególnych gałęzi innowacji, co da też przestrzeń i podstawę do dalszego planowania i gospodarowania wydatkami badawczo-rozwojowymi i rozwojowymi dla sektora medycznego w Polsce.

Niweluje to bariery zewnętrzne - innowacja będąca elementem systemu jako system powinna być wdrażana w obrębie praktyki lekarskiej. Postawa pasywna zmniejsza konkurencyjność, produktywność i dochodowość placówki medycznej.

SKUTECZNY SYSTEM ŁĄCZENIA LEKARZY Z INNOWACJAMI

Wszystkie powyższe punkty stanowią odpowiedzi na problemy, jakie widzimy na drodze pomiędzy połączeniem

lekarzy z innowacjami. Zdefiniowanie tych problemów i znalezienie rozwiązań stanowi podstawę prac grupy roboczej ds. bazy technologii, powołanej w ramach NIL IN. Jej celem jest stworzenie kilku fundamentów, na których oprzeć skuteczną, szeroką adaptację innowacji w Polsce.

Fundamenty, na których potrzeba oprzeć system, by był skuteczny to:

- **Platforma medyczna MedLoop** - baza produktów z możliwością precyzyjnego i wygodnego wyszukiwania, z pełną informacją o ewaluacji produktów,
- **Edukacyjny** - szkolenia, webinary i materiały wideo dedykowane konkretnym grupom lekarzy (specjalizacje, placówki, lokalizacje), z punktami edukacyjnymi, które przedstawiają dostosowane do potrzeb konkretnych grup innowacje,
- **Model merytoryczny ewaluacji** - model merytoryczny ewaluacji innowacji medycznych, uwzględniający certyfikaty i atesty, ale również cechy nieanalizowane na tym poziomie, jak względy użytkowe i koszty wdrożeniowe związane z adaptacją innowacji; ewaluacja realizowana jest bezpośrednio przez lekarzy,

• **Gremium** - środowisko Lekarzy Innowatorów, którzy wdrażają i testują innowacje w obrębie swojej specjalizacji i dokonują ewaluacji konkretnych produktów, urządzeń i rozwiązań,

• **Business Case** - środowisko/ instytucja zrzeszająca ekspertów medycznych wspierających testy i ewaluację wdrożenia jako obiektywny partner,

• **Partnerstwa** - partnerstwa z instytucjami państwowymi odpowiedzialnymi za sektor zdrowia w Polsce.

Każdy z tych punktów jest realizowany w obrębie projektów Grupy Roboczej ds. bazy technologii NIL IN - MedLoop. Aktualnie jesteśmy na etapie opracowywania modelu merytorycznego ewaluacji i pozyskiwania Gremium lekarskiego. Wszystkich zainteresowanych udziałem w pracach zapraszamy do kontaktu medloop@nilin.org.pl.

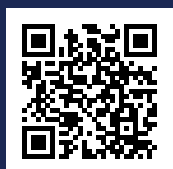
Misją MedLoop jest stworzenie innowacyjnego środowiska medycznego w Polsce. Ukierunkowani jesteśmy na systemowe wdrożenie modelu innowacji do praktyki lekarskiej - na każdym poziomie. Gdy całkowicie zbudujemy fundamenty działań - stworzymy trwały łącznik między innowacją a lekarzami w Polsce.

M E D L O O P

Wdrażanie innowacji w medycynie

Twórz z nami medycynę przyszłości. Poznawaj innowacje medyczne w Twojej specjalizacji. Dowiedz się, jak je wdrożyć w swojej placówce. Usprawniaj swoje innowacje dzięki lekarzom.

Więcej na: nilin.org.pl



ZAUFANY LEKARZ W TELEFONIE

Doctor.One to aplikacja umożliwiająca lekarzowi zdalny kontakt z wybranymi pacjentami w wybranym przez niego czasie.



Jakub Chwiećko

pediatra,
lider Grupy ds. Startupów NIL IN

Trzecią kawę z innowatorem pijemy z Maciejem Malendą, współtwórcą i COO Doctor.One, aplikacji umożliwiającej lekarzom zdalny kontakt z zaufanymi pacjentami w wybranym przez niego czasie.

Maciek, który jest pomysłodawcą aplikacji, wprawdzie nie jest lekarzem, ale zawodowo z medycyną ma do czynienia od kilkunastu lat. Z wykształcenia robotyk, zaczynał w IBM, współtworząc system e-zdrowia do dziś używany m.in. do generowania e-recept. Następnie sprawdził się jako szef innowacji w Medicover. – Poza tym mam wielu znanych lekarzy, a wiadomo, że po trzech minutach rozmowy o innych rzeczach lekarze wchodzą na tematy medyczne. Wielu znajomych śmieje się, że musiałem wybrać ścieżkę medycyny, bo inaczej nudziłbym się w ich towarzystwie – mówi Maciek.

Jak powstał Doctor.One? Podczas pracy nad innowacyjnymi rozwiązaniami, mającymi pomóc w pracy lekarzom, Maciej dostrzegł, że ich problemem jest brak czasu. – Medycy, których zapraszaliśmy do testowania nowych rozwiązań, mówili, że lubią z nami pracować, bo pozwalamy im mieć trochę wolnego czasu, choćby na toaletę, kawę czy głębszy oddech. Pomyślałem, że coś nie tak jest z traktowaniem lekarzy, którzy żyją w ciągłym kołowrocie, przyjmując pacjenta za pacjentem – wspomina Maciek.

Kolejnym impulsem była praca nad wdrażaniem wizyt zdalnych. – W 2017 r. zaczęliśmy się zastanawiać, co zrobić, by telemedycyna nie była gorszą wersją realnej wizyty, co poprawić, by pacjent wolał najpierw porozmawiać online, a dopiero później decydował się na wizytę stacjonarną – mówi. Ostatecznie o potrzebie nowego rozwiązania pozwalającego na zdalny kontakt z wybranym lekarzem przekonała go wizyta u pediatry.



– Była sobota i pediatra mojego dwuletniego wówczas syna miała wolne. Zgłosiliśmy się więc na dyżur pediatriczny. Lekarka przepisała synowi antybiotyk na zapalenie ucha. W poniedziałek odebrałem telefon od naszej stałej pediatry: „Panie Maćku, co pan zrobił, ja nigdy nie dałabym Kostkowi antybiotyku! On zawsze ma czerwone ucho podczas przeziębienia”. Zorientowałem się, że w zdrowiu istnieje zupełnie niewykorzystany obszar współpracy między lekarzem a pacjentem – zaufanie, które zawsze było podstawą lekaarsko-pacjentckiej relacji – opowiada Maciek. Razem z Tomaszem Rudolfem postanowili stworzyć coś od zera. Chcieli przywrócić sprawczość i decyzyjność lekarzy, tworząc lekaarskocentryczny podmiot medyczny. To lekarz miał dawać do siebie kontakt w komunikatorze zaufanym pacjentom, których, jak ustalili, ma 70-80 proc. medyków. – Chodzi o to, by lekarz tą relacją zarządzał proaktywnie, a przede wszystkim w większości zdalnie, decydując, czy i kiedy wizyta w gabinecie jest medycznie uzasadniona – tłumaczy Maciek.

Zaczęli od pogłębionych wywiadów w grupie kilkunastu lekarzy. Pytali ich, czy pacjenci piszą do nich po godzinach i czy im to przeszkadza. Zrozumieli, że ich główny użytkownik ma problem z telefonami i SMS-ami o każdej porze dnia i nocy. O to samo zapytali zaprzyjaźnionych z lekarzami pacjentów. Dla nich ta relacja również nie była komfortowa – nie wiedzieli, czy mają pisać, czy dzwonić, kiedy się kontaktować, kiedy lekarz odpisze i ile trzeba zapłacić. – Postanowiliśmy im pomóc, tworząc bezpieczny komunikator medyczny, w którym mogą rozmawiać na jasno określonych zasadach. Tak też powstała idea wirtualnego obchodu. Aplikacja pozwala lekarzowi wybrać moment w ciągu dnia, w którym chciałby dostawać powiadomienia o wiadomościach od pacjentów. To też informacja dla pacjenta, dzięki której wie dokładnie, kiedy może się spodziewać odpowiedzi od swojego zaufanego lekarza. W związku z tym pacjent nie musi się martwić, czy jego wiadomość w ogóle została odczytana i ponawiać kontaktu np. telefonicznie. Obie strony relacji wiedzą, czego wzajemnie od siebie oczekiwać.

Najczęstszą formą komunikacji między lekarzem a pacjentem jest czat, który wybiera 95 proc. użytkowników. Subskrypcje wynoszą od kilkudziesięciu do kilkuset złotych miesięcznie, wynagradzają lekarza za czynności pozagabinetowe. Przenosząc nieformalną komunikację z pacjentami do uporządkowanego narzędzia, lekarze oszczędzają swój czas i zarabiają. – Kontakt z pacjentami w Doctor.One zajmuje lekarzom około 15 minut dziennie – mówi Maciek.

Już dziś Doctor.One daje także możliwość komunikowania się pomiędzy lekarzami. Przyszłość medycyny to powrót do korzeni, czyli zdrowych, zaufanych relacji! ■■■

NIE REPORTAŻ, ALE LITERATURA

Cztery polskie reportaże i jeden zagraniczny znalazły się w finale 14. edycji Nagrody im. Ryszarda Kapuścińskiego. Wśród nich „Pogo” Jakuba Sieczki [wydawnictwo Dowody na Istnienie], debiutancki reportaż lekarza, specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii. Od niedawna felietonisty „Gazety Lekarskiej”.

Małgorzata Solecka

Gdy ten numer trafi do Czytelników, będzie już jasne, czy Jakub Sieczko otrzymał nagrodę, czy też pozostanie „tylko” finalistą.

Tylko? Nagroda im. Ryszarda Kapuścińskiego została ustanowiona, by doceniać „najbardziej wartościowe książki reporterskie, które podejmują ważne problemy współczesności, zmuszają do refleksji, pogłębiają wiedzę o świecie innych kultur”. Do tegorocznej edycji nagrody zgłoszono 143 pozycje. Niewielka objętościowo książka została w tyle 138 z nich i konkuruje o laur m.in. z „Nasze ciała, ich pole bitwy. Co wojna robi kobietom” Christine Lamb (tłum. Agnieszka Sobolewska, Wydawnictwo Znak) oraz znakomitą, kolejną książką Anny Bikont „Cena. W poszukiwaniu żydowskich dzieci po wojnie” (Wydawnictwo Czarne).

Reportaży o codzienności zespołów ratownictwa medycznego w ostatnich latach zostało wydanych sporo. Warto po nie sięgać, bo dają wiedzę, niekiedy bawią, częściej przerażają.

„Pogo” to jednak inna liga. To książka, która równocześnie odziera ze złudzeń i daje nadzieję. Którą czytać trzeba fragmentami, bo co kilka stron dosłownie zaczyna brakować tchu. Zupełnie jak podczas wbiegania z pełnym ratowniczym sprzętem na ósme piętro bloku na Grochowie, choć przyczyna leży w słabości ducha, nie ciała, czytelnika.

Słabości albo raczej – wrażliwości. Autor, relacjonując i opisując zawodową codzienność zespołu ratownictwa medycznego, nie bierze jeńców. Pisząc o faktach, które same w sobie poruszają każdy nerw, serwuje

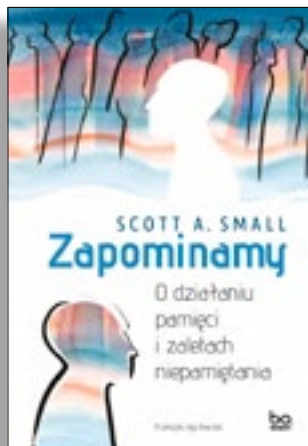
potężną dawkę refleksji – o życiu i przemijaniu, o bliskości i hierarchii rzeczy ważnych, o miłości i obojętności, która jest prawdziwym rewersem tej pierwszej. O nadziei i jej braku. Przeczytać kilka stron i pomyśleć – to właściwy rytm. Pomyśleć, poczuć i wrócić po kolejną porcję tematów do (auto)refleksji.

W tym sensie „Pogo” nie jest reportażem. To literatura. Literatura faktu, ale przede wszystkim – literatura. Jeśli coś może dziwić (choć nie powinno), to fakt, że tak błyskawicznie potencjał książki został dostrzeżony i już w czerwcu „Pogo” zagości na deskach stołecznego teatru. Monodram w reżyserii Kingi Dębskiej widzowie będą mogli oglądać – i przeżywać – w Teatrze Polonia. Premiera 15 czerwca.

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



ZAPOMINAMY. O DZIAŁANIU PAMIĘCI I ZALETACH NIEPAMIĘTANIA



Scott A. Small

Nie wiesz, czy wychodząc z domu, zamknąłeś drzwi na klucz albo gdzie się zapodział twój portfel? Scott A. Small przekonuje, że nie ma się czym martwić. Ten wybitny neurolog, od lat badający osoby zmagające się z patologicznymi problemami z pamięcią, przedstawia mechanizmy ich powstawania, ale też uspokaja, że w odróżnieniu od nich występuje też naturalny proces zapominania. Co więcej, jest on korzystny, bo pomaga podejmować lepsze decyzje, wzmacnia zapamiętywanie nowych doświadczeń, pobudza kreatywność, a nawet redukuje lęk, cierpienie i ból.

ALKOHOL I CZŁOWIEK – TOKSYCZNY ZWIĄZEK



Redakcja naukowa: Marek Wiergowski, Jacek Sein Anand

Przystępnie napisana monografia o mechanizmach uzależnień. Czytelnik znajdzie w niej solidną dawkę wiedzy m.in. o właściwościach etanolu, interakcji alkoholu z lekami i narkotykami, a także jego działaniu na organizm człowieka. Poza tym w książce znalazły się informacje dotyczące diagnostyki, profilaktyki i terapii uzależnień, w tym wskazań do leczenia szpitalnego. Nie mogło też zabraknąć opisów konkretnych przypadków klinicznych, a także praktycznych wskazówek o możliwościach sedacji pobudzonych pacjentów, będących pod wpływem alkoholu.



„Dentysta 1”, Kazimierz Pichlak (chirurg, Podgórzyn), Złoty Medal PhotoArtMedica 2022

GazetaLekarska.pl

KULTURA

Fotograficznie w Żyrardowie

Bożena Hoffman-Golańska

Żyrardów po raz drugi gościł fotografujących lekarzy. Tutaj bowiem (11-14 maja) odbył się II Ogólnopolski Plener Fotograficzny Lekarzy, zorganizowany przez Komisję ds. Kultury ORL w Warszawie. Wzięli w nim udział lekarze pasjonaci fotografii nie tylko z Warszawy, ale także z Katowic, Lublina, Łodzi, Radzyna Podlaskiego i Tomaszowa Mazowieckiego.

Ważnym punktem programu były warsztaty fotograficzne poświęcone wykonywaniu portretów. Prowadził je wybitny fotograf portrecista Zbigniew Furman. Najważniejszym wydarzeniem był wernisaż wystawy, na której



prezentowano owoce zeszłorocznego pleneru w Żyrardowie. Spotkanie poprowadziły Monika Rosińska (kustosz Galerii Resursa) oraz Bożena Hoffman-Golańska (przewodnicząca Komisji ds. Kultury ORL w Warszawie).

Wernisaż wzbudził spore zainteresowanie mieszkańców miasta oraz osób przybyłych z innych miejscowości. Gośćmi wernisażu byli dyrektor Wydziału Kultury i Promocji Miasta Łukasz Kasperczyk oraz Marta Moczydłowska, sekretarz ORL w Warszawie.

W sobotni wieczór uczestnicy pleneru skorzystali z atrakcji przygotowanych w Żyrardowie. Oczywiście nie zabrakło też spacerów po tym specyficznym mieście (XIX-wieczna osada fabryczna, będąca jedynym w Europie zachowanym w takiej formie kompleksem). Każdego dnia i wieczoru plenerowicze utrwalali jego fragmenty, te stare i te po rewitalizacji. Zdjęcia „magicznego miasta” obok portretów z warsztatów będą prezentowane na poplenerowych wystawach.

Żyrardowska Resursa udostępniła swoje wnętrza do zorganizowania wernisażu oraz zapewniła uczestnikom doskonałe warunki pobytu i pracy warsztatowej, zapraszając fotografujących lekarzy na następny plener w 2024 r.

Pełna relacja na www.gazetalekarska.pl.



Obraz: Sandro Botticelli, „Portret młodej kobiety”, ok. 1485 r., Palazzo Pitti

BŁĄD MALARSKI

Wolę wole

Renesansowe influencerki nie miały na podorzędziu współczesnych filtrów, które pozwalają na natychmiastowe poprawienie urody na zdjęciach. W ich miejsce do tworzenia swoich oficjalnych wizerunków używały pędzli malarzy malujących ich portrety. A zamiast dzisiejszych powiększonych ust, wypełnionych policzków i przedłużonych rzęs wołały tarczycowe wole.



Agata Morka
doktor historii sztuki

Za jeden z takich „tarczycowych portretów” uznać można młodą kobietę pędzla Botticellego. Malarz umieścił ją w anonimowym wnętrzu, skupiając tym samym uwagę widza tylko na portretowanej. To portret dość hermetyczny. Kobieta pokazana jest z profilu, a widz nie jest w stanie nawiązać z nią kontaktu wzrokowego. Patrzy ona gdzieś poza ramy obrazu nieobecny

wzrokiem. Ciemna, dość skromna suknia kontrastuje z jasną skórą, a oczy widza w nieunikniony sposób przyciąga umieszczona centralnie szyja kobiety. Przecina ją czarny naszyjnik, uwydatniając zaokrąglenie ponad nim, wyglądające na tarczycowe wole.

Zaokrąglone szyje, które wskazywać mogły na kłopoty z tarczycą, pojawiają się na portretach renesansowych, zwłaszcza tych z północnego renesansu, na tyle często, że zainteresowało to badaczy. Wole tarczycowe zaobserwować można tak u Madonn da Vinciego, jak i na przedstawieniach żony Rubensa.

Kłopoty endokrynologiczne mogły rzeczywiście być w owym czasie powszechne, a spowodowane niedoborami jodu.

Nie jest jednak do końca wiadomo, czy malarze oddawali rzeczywisty wygląd szyj, czy też była to forma świadomej stylizacji. Ponoć kiedy Rubens namalował Marię Medici z obfitą szyją, wszystkie liczące się w towarzystwie kobiety natychmiast prosiły o podobne traktowanie ich gardzieli na portretach. Powiększona tarczycza stała się atrybutem piękna, płodności, u kobiet świadczyć miała o predyspozycjach do macierzyństwa. Wydatne wole, tak jak dzisiaj wydatne usta, było w modzie.

ROZWIĄZANIE ZAGADKI Z „GL” 05/2023

1. Podcięcie włosów Beethovena.

Kompozytor znany był z bujnej czupryny, była ona jego znakiem rozpoznawczym.

2. Usunięcie tytułu „Missa solemnis” z partytury, którą Beethoven trzyma w ręku.

„Missa solemnis” jest jednym z monumentalnych dzieł Beethovena i to właśnie jej zapis nutowy trzyma na obrazie Stieler.

3. Zamiana tła na całkowicie czarne.

Stieler umieścił Beethovena w plenerze, a przynajmniej tak sugerują liście na oryginalnym tle obrazu.

4. Usunięcie przyboru do pisania z rąk kompozytora.

Portret Stieler pokazuje Beethovena w akcji, piszącego manuskrypt „Missy solemnis”, zatem przybór do pisania w jego rękach jest jak najbardziej na miejscu.



Obraz: Joseph Karl Stieler, „Portret Ludwika van Beethovena”, 1820 kolekcja prywatna

NAGRODZENI „GL” 05/2023:

Voucher do Hotelu Prezydent** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje Michał Klapuch z Wodzisławia Śląskiego. Gratulujemy!**

Nagrody dodatkowe: Paweł Bełkowski (Kielce), Janina Rozenbajgier-Sokół (Rzeszów), Marianna Suska-Cichosz (Lublin).



WSKAŹ ORYGINAŁ I ZNAJDŹ CZTERY SZCZEGÓŁY RÓŻNIĄCE OBRAZY. Odpowiedź prześlij na bladmalarski@gazetalekarska.pl do 17 czerwca 2023 r. W temacie maila należy wpisać GLO6 oraz podać dane do kontaktu (imię i nazwisko, adres, telefon). Jedna osoba może przesłać jedną odpowiedź.

DLA JEDNEJ Z OSÓB, KTÓRE PRZEŚŁĄ PRAWIDŁOWE ODPOWIEDZI

HOTEL PREZYDENT
MEDICAL SPA & WELLNESS
HOTEL PRZYJAZNY DOROSŁYM



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

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

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

**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


Jarosław Wanecki

pediatra, felietonista

ANDALUZYJSKI CUD

Letni dzień w słonecznej Hiszpanii. Prowincja Alicante. Miasteczko San Miguel de Salinas. Pokój hotelowy Grand Paradiso z podwójnym łóżkiem i fontanną na środku. Scena główna toruńskiego Teatru im. Wilama Horzycy. Ilekroć otwierają się drzwi, publiczność krzyczy „ole!“. Jednoś czasu, miejsca i akcji bez zbędnej kurtyny. Transparentna farsa dla dorosłych.

W marcu i kwietniu odbyły się we wszystkich izbach okręgowe zjazdy sprawozdawcze. Dla jednych nudne, staroświeckie, niepotrzebne i kosztowne. Dla innych niezbędne, pozwalające na śródkadencyjne odliczenie aktywnych i mobilizujące do pracy. Spotkania delegatów z założenia mają za zadanie podsumować roczny etap działalności z finansową projekcją następnego okrążenia. W niektórych miastach odbyły się programowe dyskusje o ważnych problemach i błahych postulatach. W innych trenowano sprint: podpisać listę, podnieść kilka razy rękę, wypić dwa łyki kawy, uśmiechnąć się nonszalancko i wyjść po angielsku. Wszędzie, choć na różne sposoby, wyrażano wotum zaufania dla samorządu i jego przedstawicieli. Wszystko w granicach prawa, wysokich progów wyborów odwołujących, politycznej poprawności, nieograniczonego dostępu do debaty oraz koleżeńskej wymiany zdań bez uprzedzeń i beczelnej agitacji. Transparentnie.

Tegoroczny zjazd sprawozdawczy w Toruniu ponadstandardowo stał się również przyczynkiem do ustawowej realizacji zadań integracyjnych. Delegatów i gości zaproszono do teatru nie tylko po to, aby głosować nad

uchwałami i słuchać obietnic dyrektora OW NFZ, ale także krzyczeć „ole!“ zgodnie z wcześniej omówionym zamysłem reżysera Grzegorza Wiśniewskiego. „Cud“ Larsa Albauma i Dietmara Jacobsa był ukoronowaniem obrad. Kameralny spektakl rozpisano na sześć osób, ale zrealizowano z oszczędnym rozmachem, czego świadectwem było zatrudnienie tylko pięciu aktorów. Wątek epizodycznej roli mechanika samochodowego powierzono prezesowi izby kujawsko-pomorskiej, przypadkowo siedzącemu w pierwszym rzędzie, ubierając go ku powszechnej radości widzów w kraciastą koszulę. Ambitne zadanie powtarzania jednozdaniowej kwestii na każde żądanie ze sceny wypadło doskonale, a niezbyt wyszukaną ripostę Antonia: „No, no, amigo, nie ma paska klinowego...“ puentowała zawsze salwa śmiechu.

Oto legendarna magia rajskiego hotelu Grand staje się przyczynkiem do opowiadania o zepsutym samochodzie, budowaniu relacji i dwóch parach: nieszczęśliwym małżeństwie

z dwudziestopięcioletnim stażem i narzeczonych, których miłość zostaje wystawiona na próbę. Nie cytując bonmotów ani tym bardziej zawikłanej fabuły, zdradzę tylko, że kluczowymi momentami sztuki jest podwójne uderzenie pioruna i zamiana ról głównych bohaterów. Qui pro quo, czyli jak w innym ciełe dochodzi się do prawdy mimo programowego kłamstwa. Bez kurtyny i przy świetnie wyreżyserowanym okrzyku „ole!“.

Matylda Podfilipska, Joanna Rozkosz, Igor Tajchman i Arkadiusz Waleśiak długo kłaniali się widowni. Intryga skończyła się dobrze, a farsa urosła do dydaktycznego moralitetu. Tytułowy cud się wydarzył. Deus ex machina. Transparentnie. I tylko losy paska klinowego pozostały zagadką, o której rozwiązanie poproszę w przyszłości prezesa izby w Toruniu. Wszak

bez pasa transmisyjnego daleko nie zajedziemy.

Na początku mojej teatralnej fascynacji pasjami oglądałem farsy. Jak niemal wszyscy. Z biegiem lat zaczęły mi się jednak zlewać w jeden galimatias zdrad, przykrywanych kolejnymi kłamstwami, przebiegankami i udawaniem, że jest się kimś innym. Śmiech

zamieniłem w irytację i refren: „a to wszystko nie tak, nie tak, nie to...“, jak w piosence Agnieszki Osieckiej, gdzie „słowa jak sztuczny miód...“.

Legendarna magia zawodów lekarskich czeka na cud zmiany. Transparentnie i bez fars, amigo!

”

**Bez pasa
transmisyjnego
daleko nie
zajedziemy**

PROZA



Nie umarniesz (fragmenty)

Niewiele pamięta.

- Mamo, nie umarniesz?

Siedzi z łokciami na stole i próbuje ugryźć powietrze, włożyć je do ust. Zrobiło się gęste, dobre do pogryzienia. Żuje, popycha językiem. Nie chce wleźć i musi oszczędzać reszkę, która bulgocze w krtani. Ktoś od niej coś chce, odrywa ręce od stołu, gdzieś ją wloką.

- Włącz sygnał, ona majaczy!

Pierwsze sztachnięcie tlenem w karetce. Jak pierwszy papieros za garażami. Otwiera zaskorupiałe oko. Ma wrażenie, że leży na brzuchu. Lewa ręka zwiesza się z łóżka. W prawą coś wbite. Widzi lampy sufitowe. Ich światło oślepia, odbija się od białoszarych ścian. Czuje wicher na twarzy, słyszy szum morza. Przysysa się do maski. Tlen jest życiodajny. Można się nim zaciągać i łykać.

Rozklejonym okiem widzi otwarte drzwi na korytarz, przy nich leżącą starą kobietę, wymachującą zdartą z siennej twarzy maską. Włącza się alarm. Głos ma jak kaczką. W pokoju pojawia się biała gąsienica ze świńskim ryjem. Obrzydliwa i ogromna! Utrzymuje pion.

- Ja ci ściągnę maskę, młodzi ludzie umierają bez tlenu! Będziemy musiały cię wiązać, chociaż nie chcemy - odzywa się gąsienica do siennej. (...)



**BARBARA
BURCZYK
FITOWSKA**

Laureatka XI edycji Ogólnopolskiego Konkursu Literackiego im. Prof. Andrzeja Szczeklika „Przychodzi wena do lekarza”. Wyróżnienie w kategorii „proza”.

Urodziła się w 1957 r. Jest lekarką ze specjalizacją z chorób zakaźnych i medycyną paliatywną oraz uzyskała specjalizację pierwszego stopnia z chorób wewnętrznych. Od półtora roku uczestniczy w warsztatach pisarskich. Podpisała umowę z wydawnictwem na pierwszą książkę, prace nad drugą książką trwają. Od trzech lat na emeryturze.

Nieśmiertelność i bolesne przemijanie (fragmenty)

(...) Wiele lat znajomości, prawie tyle samo lat przyjaźni, siostrzanych relacji od czasów studenckich, długie godziny przegadane o rzeczach ważnych i błahostkach. Prawie całe nasze życie. Towarzyszyła mojej rodzinie od początku. Mądra, niezależna, wykształcona, dobra i inteligentna, wspierająca, samotna z wyboru. Niewielu mężczyzn mogło jej dotrzymać kroku.

Anna lubi tematy medyczne, chętnie dopytywała o choroby, leczenie i mechanizmy różnych terapii. Jest moją przyjaciółką i pacjentką, ona i jej rodzina. Przez lata omawiałam z nią wyniki badań, doradzałam.

Przed trzema laty rutynowy zabieg z powodu niepokojącego wyniku badania histopatologicznego wymusił operację, a następnie leczenie onkologiczne: chemio- i radioterapię. Na początku pandemii pojawił się lokalny przerzut, po nim kolejna operacja i chemioterapia. Wynik kontrolnej tomografii wskazał na rozsiew nowotworu.

Przez długą chwilę milczałyśmy. Zapytałam: co chciałabyś wiedzieć? Właściwie nic - odpowiedziała. - Jakoś to będzie, zobaczymy, może tym razem chemia będzie skuteczna. Nie była, kolejna także.

Ta nierówna walka trwa już prawie trzy lata. Nie rozmawiamy o progresji, omawialiśmy ten temat już wiele razy, gdy chodziło o jej rodzinę i znajomych. Wie, że jej nie okłamię, więc nie pyta, a ja nie pcham się ze swoją wiedzą. Pilnuję, żeby mówić o leczeniu delikatnie, dbam, aby była w dobrej formie, zaopatruję w najnowsze suplementy i staram się z całych sił, żeby nasza rozmowa suplementem rozmowy nie była. Jak rozmawiać o TYM ze świadomą, pełną dobroci osobą, żeby TEGO słowa nie używać? (...)



**EWA
GLUZA**

Laureatka XI edycji Ogólnopolskiego Konkursu Literackiego im. Prof. Andrzeja Szczeklika „Przychodzi wena do lekarza” w kategorii „nieśmiertelność”.

Urodziła się w Wieluniu. Jest absolwentką Akademii Medycznej we Wrocławiu, gdzie mieszka od czasu studiów. Wiele lat pracowała w Klinice Chorób Wewnętrznych, Zawodowych i Nadciśnienia Tętniczego, następnie w Dolnośląskim Centrum Chorób Płuc. Uzyskała specjalizację w dziedzinie chorób wewnętrznych i pulmonologii, obroniła pracę doktorską w zakresie interny. Jej pasją są literatura i film, pisze wiersze i opowiadania, fotografuje, maluje.



Ogólnopolski Konkurs Literacki
im. Prof. Andrzeja Szczeklika



RELACJA



CZAS I WENA



Po raz dwunasty w krakowskim Teatrze Słowackiego wręczono nagrody Ogólnopolskiego Konkursu Literackiego „Przychodzi wena do lekarza” im. Profesora Andrzeja Szczeklika. Statuetki akrobatów trafiły tradycyjnie do zwycięzców w kategorii poezji, prozy i studentów medycyny.

Jarosław Wanecki Ośrodek Kultury i Dziedzictwa Historycznego Naczelnej Izby Lekarskiej

Uroczystej gali towarzyszyły dwa koncerty. W pierwszej części wystąpiły laureatki Festiwalu „Zaczarowanej Piosenki”, organizowanego przez Fundację „Mimo Wszystko” Anny Dymnej – partnera konkursu. Publiczność usłyszała Darię Barszczyk i Patrycję

Błach. Po przerwie wystąpiła Marta Bizoń z zespołem.

Fragmenty tekstów dziesięciorga zwycięzców, którzy zasiedli na scenie razem z wykonawcami, czytali krakowscy aktorzy: Anna Dymna, Dominika Bednarczyk i Jacek Romanowski oraz poeta Bronisław

Na scenie zasiedli laureaci konkursu wraz z krakowskimi aktorami

Maj, twórca „lirycznych diagnoz” drukowanych w „Medycynie Praktycznej”, które ukazały się właśnie w wersji książkowej. Tradycyjnie cytowany fragment eseju Andrzeja Szczeklika tym razem opowiadał o czasie. Dlatego scenografię na wielkim ekranie budowały zegary, a scenariusz dzieliły urwane sygnały hejnału mariackiego.

W tym roku po raz kolejny nie przyznano pierwszej nagrody w kategorii poezja. Dwa drugie miejsca ex aequo zajęły Agnieszka Rautman-Szczepańska („PaniKa”) i Monika Szymczakowska („Sprzątnęłam Twoje mieszkanie”). Trzecia była Natalia Szejkó („21 gramów”).

Konkurs prozy wygrała Magdalena Grzesiak („Bardzo krótka historia o synku”). Na drugim stopniu podium stanęły Elżbieta Lipska („TANB 4233”) i Paweł Grabowski („Doświadczenia z czasu pandemii lekarza wiejskiego hospicjum”), a na trzecim – Ewa Gluza („Pamiętaj, Teresko”) i Monika Szymczakowska („Witaj, mam na imię Depresja”).

Laureatami równorzędnych pierwszych i jedynych nagród studenckich zostali: w kategorii poezja Hubert Derebas („***” i „Słuch absolutny”), a w prozie Dominika Nowak („Dystans, czyli o spotkaniu z Chorym”). Wszystkie prace Medycyna Praktyczna wybierze w pokonkursowej książce, która wyjątkowo ukaże się dopiero we wrześniu.

A kolejna Wena już na wiosnę przyszedł roku. Czas na nowe teksty.

FOTO: ARCHIWUM MEDYCYN PRAKTYCZNEJ

KULTURA

Międzynarodowa Wystawa Artystów Lekarzy 2023



11 maja 2023 r. w pięknych wnętrzach pałacowych Ambasady Węgier w Wiedniu zorganizowano wernisaż International Exhibition of Fine-Artist Physicians 2023,

czyli Międzynarodowej Wystawy Artystów Lekarzy 2023. W wystawie wzięli udział lekarze z całej Europy: 83 lekarzy artystów plastyków (przedstawiono 306 prac) oraz

18 lekarzy artystów muzyków (którzy zaprezentowali 28 utworów).

Polskę reprezentowały trzy osoby: Małgorzata Majewska-Kawińska z Łodzi (obrazy „Wild forest” i „In the park”), Anna Bronowicz z Łomży (obrazy „Piano on the beach” i „Still-life with fiddle” oraz utwory muzyczne – „Nocturne in E-minor” F. Chopina, „Pieśń wieczorna” S. Moniuszki, „Andantino” J. Sibeliusa) oraz Anna Kawińska z Łodzi (obrazy „Light Move Festival in Łódź” i „Coffee”).

Pełna relacja na www.gazetalekarska.pl.

Anna Kawińska

FOTO: ARCHIWUM PRYWATNE

KULTURA



SPORT

Ogólnopolski fotokonkurs po raz dwunasty



Lubelska Izba Lekarska i Uniwersytet Medyczny w Lublinie we współpracy z Lubelskim Towarzystwem Fotograficznym i Związkiem Polskich Artystów Fotografików Okręg Lubelski ogłaszają XII Ogólnopolski Konkurs Fotograficzny Lekarzy i Studentów Medycyny. Termin nadsyłania prac mija 31 października 2023 r. Rozstrzygnięcie konkursu zaplanowano na 19 listopada, a wernisaż z wręczeniem nagród odbędzie się 9 grudnia. Szczegółowe informacje na temat konkursu na www.kultura.oil.lublin.pl.



Lekarze dzieciom

Wystartowała 7. edycja Ogólnopolskiego Konkursu Poetycko-Literackiego „Lekarze dzieciom”. Prace można przysyłać do 31 października 2023 r. Uroczyste wręczenie nagród nastąpi 9 grudnia. Organizatorem konkursu jest Komisja Kultury Okręgowej Rady Lekarskiej w Lublinie. Szczegóły dotyczące wydarzenia na www.kultura.oil.lublin.pl.

I Festiwal Tańca ŚIL

Walc angielski, walc wiedeński, tango, fokstrot, quickstep, flamenco, zouk, salsa kubańska, kizomba, cha-cha, samba, rumba, paso doble, jive – to tańce zaprezentowane podczas I Festiwalu Tańca Śląskiej Izby Lekarskiej, który odbył się 22 kwietnia 2023 r. w Katowicach.

Największe uznanie publiczności zdobyła para ProAm – dr Aleksandra Chwist-Mazur i Aleksandr Ovchinnik (ProAm to metoda nauki tańca towarzyskiego, w której parę tworzą profesjonalista oraz amator). Organizatorem wydarzenia była Komisja ds. Sportu i Rekreacji ORL w Katowicach.

Mistrzostwa Polski i Europy Lekarzy w Brazylijskim Jiu-Jitsu



Komisja Sportu Dolnośląskiej Izby Lekarskiej ogłasza IV Mistrzostwa Polski Lekarzy w Brazylijskim Jiu-Jitsu. Zawody zostaną rozegrane we Wrocławiu (23-25 czerwca 2023 r.). Tegoroczna edycja wydarzenia będzie pierwszą, podczas której odbędą się również I Mistrzostwa Europy Medyków w BJJ. Więcej informacji można znaleźć na profilu wydarzenia na Facebooku (Mistrzostwa Polski BJJ Lekarzy) oraz na www.gazetalekarska.pl.

Zjazdy koleżeńskie

ABSOLWENCI AM WE WROCŁAWIU, ROCZNIK 1968

Spotkanie koleżeńskie odbędzie się w dniach 15-16 września 2023 r. we Wrocławiu. Program zjazdu wraz z wysokością opłat dostępny na stronie www.dilnet.wroc.pl w zakładce „społeczność”. Wpłaty prosimy dokonywać na konto 46 1020 5242 0000 2702 0598 0604 do 31 lipca 2023 r. z dopiskiem „Zjazd 1968”. Kontakt: Małgorzata Krupa-Mączka, tel. 665 393 911, e-mail: krupam@dilnet.wroc.pl

DRESY I TRAMPKI AZS-AMG

Spotkanie koleżeńskie po latach... lekarzy sportowców, absolwentów Akademii Medycznej w Gdańsku do roku 2000. Termin: sobota 14 października 2023 r., godz. 11:00 Centrum Sportu GUMed w Gdańsku, godz. 18:00 Kalinówka, Gdańsk-Matemblewo. Szczegóły i zgłoszenia na www.sportazs-amg.pl

oraz pod nr tel. 505 388 399 – Przemysław Koberda. Komitet organizacyjny spotkania: Przemysław Koberda, Katarzyna Kozarzewska, Aleksander Stanek. Patronat: Stowarzyszenie Absolwentów GUMed

WYDZIAŁ LEKARSKI AM W GDAŃSKU, ROCZNIK 1997-2003

Drogie Koleżanki i drodzy Koledzy z rocznika 1997-2003 Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Gdańsku – serdecznie zapraszamy na spotkanie naszego roku, podczas którego świętować będziemy dwudziestolecie dyplomatorium. Impreza odbędzie się 14 października 2023 r. w Restauracji Filharmonia w Gdańsku. Chętnych prosimy o przesłanie zgłoszenia na adres XXlecieAMG@gmail.com Sława Wieczorek-Nowak, Julianna Wejs-Maternik

REKLAMA (dostępne tylko w wydaniu papierowym
i e-wydaniu udostępnianym lekarzom i lekarzom dentystom)

REKLAMA (dostępne tylko w wydaniu papierowym
i e-wydaniu udostępnianym lekarzom i lekarzom dentystom)

REKLAMA (dostępne tylko w wydaniu papierowym
i e-wydaniu udostępnianym lekarzom i lekarzom dentystom)

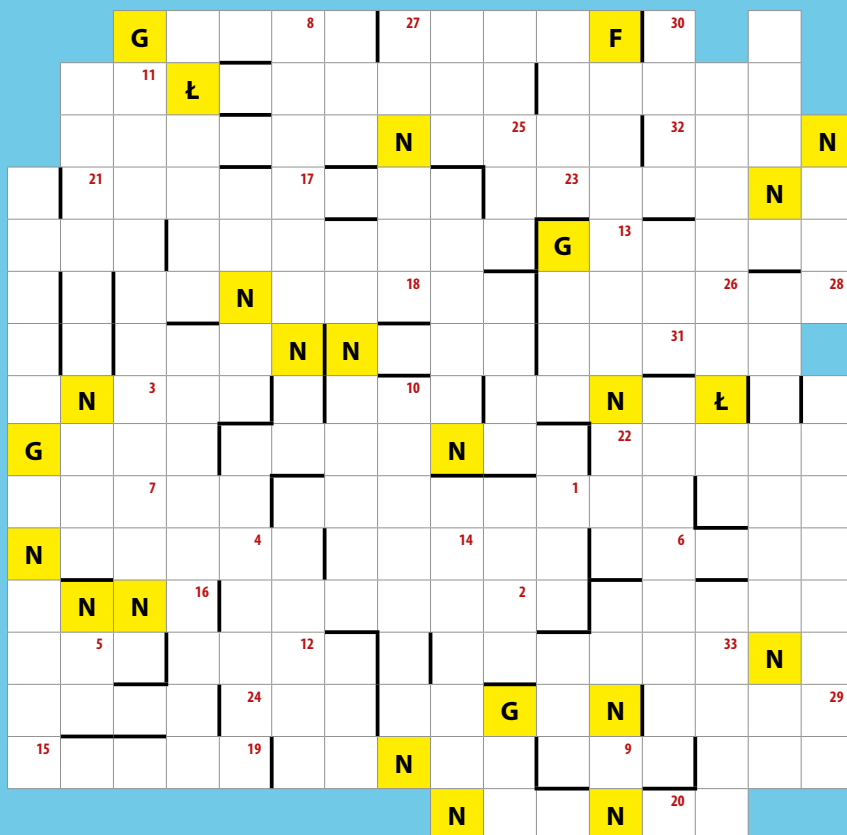
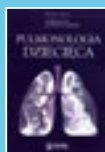
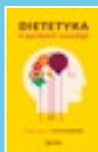
REKLAMA (dostępne tylko w wydaniu papierowym
i e-wydaniu udostępnianym lekarzom i lekarzom dentystom)

REKLAMA (dostępne tylko w wydaniu papierowym
i e-wydaniu udostępnianym lekarzom i lekarzom dentystom)

REKLAMA (dostępne tylko w wydaniu papierowym
i e-wydaniu udostępnianym lekarzom i lekarzom dentystom)



**Wydawnictwo Lekarskie PZWL to
specjaliści, wiedza i zaangażowanie.**
Z kodem PZWL19 wszystkie książki drukowane zamówione na
www.pzwl.pl 19 proc. taniej!



Objaśnienia 80 haseł podano w przypadkowej kolejności.

W diagramie ujawniono wszystkie litery: F, G, Ł i N.

Na ponumerowanych polach ukryto 33 litery hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to myśl Stanisława Tyma. Hasło należy przestać na karcie pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres: jolka@gazetalekarska.pl do 20 czerwca 2023 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań wyłonimy laureatów, którzy otrzymają nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).

* zoster * ser holenderski * papuga nestor * Culex pipiens * sterowanie
* stan ze stolicą w Dispurze * mniejszy od pułku * karmi piersią cudze
dziecko * potomkowie Hunów i Węgrów * u Wierzyńka * do zucia
* siostra i żona Kronosa * bóg islamu * reprezentacyjna sala przy
wejściu * narząd * wypływa z Łodzi * pogląd religii dobra i zła * Instytut
Matki i Dziecka * koloid z gazem i cieczą * uczniowie szkoły wojskowej
* odjąć * apnoe * uchodzi w Sankt Petersburgu * miejsce składania ofiar
* połączenie, złącze (łac.) * miasto piramid * naprawia piec * miasto
Łazarza * radiowęglowe określenie wieku * poeta Allan Edgar * wybrzeże
ostniete górami * ogledziny zwłok (wt.) * talizman * gród na Wyspie
Bougainville'a * grupy acylowe * planszowa * bajkowa rasa małych
stworzeń * grecka bogini płodności * kowadełko (łac.) * łobuzeria
* anesteziologiczna skala ryzyka operacyjnego * przejawy kultury
górskiej * ciekły tłuszcz z wątroby dorszowatych * zmierza do oazy

* na butach alpinisty * facies * kraina fantasy Lewisa * wyznawcy
dualizmu * król czeski, syn Brzetysława * tkanka (łac.) * angielskie piwo
* dawna nazwa stolicy Armenii * wzdęcie (łac.) * narodowy socjalizm
* wywodzi się z hip-hopu * szczep wirusa SARS-CoV-2 * Wittelsbach,
królowa Szwecji * zasada, pieśń * między prezbiterium a kruchtą * canalis
* imię Okupnik * Kiepusza lub Pavarotti * krewniak pinczera * urząd do
zwalczania korupcji * brzydka rzecz lub osoba * najstarsze miasto
w Austrii * scyntygrafia receptorów somatostatynowych * boski Leo
* Łaporniczcy * szczeniaki białe * zakochana w Kalim * człowiek śniegu
* kraj z Bagdadem * sepsa * gród nad Arno * chińska głęboka patelnia
* zaniechanie dystancji * I Waza * do niego pal * podbiegnięcie krawce
Jerzy Badowski

Rozwiązanie jolki lekarskiej nr 283 („GL” nr 04/2023)

Kto się boi, jest niewolnikiem.

Nagrody otrzymują: Zofia Bartkowiak (Czapury),
Anna Bębenista (Kraków), Michał Kubacki (Szczecin),
Urszula Rochala (Łódź), Andrzej Zawadzki (Łańcut).
Fundatorem nagród jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL,
www.pzwl.pl. Nagrody prześlemy pocztą.

Klauzula informacyjna na str. 71 / Regulamin konkursu dostępny na
www.gazetalekarska.pl

WYDAWCA



**Naczelna
Rada
Lekarska**

Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład: 184 900 egz.

Kolegium redakcyjne

Jacek Bujko, Paweł Doczekalski, Karolina Kowalska,
Klaudiusz Komor, Maria Kłosińska, Ryszard Golański,
Dariusz Samborski, Mikołaj Sinica, Lidia Sulikowska,
Mariusz Tomczak

Redakcja

ul. Jana III Sobieskiego 110, 00-764 Warszawa
tel. (22) 558 80 40, redakcja@gazetalekarska.pl

Karolina Kowalska (redaktor naczelna)

naczelnyn@gazetalekarska.pl

Lidia Sulikowska (sekreterz redakcji)

tel. 698 633 755

l.sulikowska@gazetalekarska.pl

Lucyna Krysiak (dziennikarz)

tel. 696 487 048

l.krysiak@gazetalekarska.pl

Mariusz Tomczak (redaktor portalu internetowego)

tel. (22) 558 80 40

m.tomczak@gazetalekarska.pl

www.gazetalekarska.pl

Reklama i marketing

Elżbieta Tarczyńska

tel. 606 699 830

e.tarczynska@gazetalekarska.pl

Ogłoszenia

Sebastian Knysak

tel. 698 297 739

ogloszenia@gazetalekarska.pl

Projekt okładek

Michał Trusz

Projekt:

Łukasz Szczepanowski

Skład:

Montownia/Teresa Urawska

Druk

Eurodruk-Poznań Sp. z o.o.

**W celu zmiany adresu wysyłki „Gazety Lekarskiej” prosimy
kontaktować się z właściwą okręgową izbą lekarską.**

Materiałów niezamówionych redakcja nie zwraca i zastrzega sobie prawo do skróć, adustacji, 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).

REKLAMA (dostępne tylko w wydaniu papierowym
i e-wydaniu udostępnianym lekarzom i lekarzom dentystom)

REKLAMA (dostępne tylko w wydaniu papierowym
i e-wydaniu udostępnianym lekarzom i lekarzom dentystom)