

GAZETA LEKARSKA

PISMO IZB
LEKARSKICH



NOWY KODEKS ETYKI

NADZWYCAJNY ZJAZD
LEKARZY ZDECYDOWAŁ
O ZMIANACH W KEL
I REGULAMINIE WYBORÓW

PRAWO
WYMAGAJĄCY SZEF
CZY MOBBER. STRES NIE ZAWSZE
JEST USPRAWIEDLIWIENIEM

PODATKI
KIEDY LEKARZ MOŻE PŁAĆ
RYCZAŁT. DORADCY PODATKOWI
PODPOWIADAJĄ

PRAKTYKA LEKARSKA
NIEBEZPIECZNE ROŚLINY.
CO ROBIĆ PRZY ZATRUCIU
TOKSYCZNYMI SUBSTANCJAMI

Jako samorząd osiągnęliśmy wielki sukces

ŁUKASZ JANKOWSKI
PREZES NACZELNEJ RADY
LEKARSKIEJ



Rozpoczynaliśmy bieżącą kadencję izby z hasłem „Samorząd przyszłości – słuchać, angażować, skutecznie działać”. Zgodnie z tą maksymą, przez prawie dwa lata pracowały Komisja Etyki Lekarskiej i Krajowa Komisja Wyborcza przygotowując nowelizację Kodeksu Etyki Lekarskiej i Kodeksu Wyborczego. Cel był ambitny, materiału do przepracowania ogrom.

Spotkania Komisji pod przewodnictwem odpowiednio dr. Artura de Rossier i dr. Jacka Kotuły odbywały się często kilka razy w miesiącu. Obie Komisje, dzięki ogromnemu zaangażowaniu swoich członków, wysłuchały i wciągnęły w swoje działania całe nasze środowisko przez konsultacje publiczne, spotkania z zainteresowanymi lekarzami i otwarte dla wszystkich posiedzenia. Odbyły się też spotkania z organizacjami pacjentów.

Słuchaliśmy, angażowaliśmy, a na końcu całego procesu jako samorząd pokazaliśmy skuteczność w działaniu. Zjazd zakończyliśmy pełnym sukcesem. Prawie 90 proc. delegatów zagłosowało za znolizowanym Kodeksem Etyki Lekarskiej. Przyjęliśmy zapisy, które odpowiadają potrzebom zmieniających się realiów wykonywania zawodu i postępującej cyfryzacji ochrony zdrowia, m.in. wytyczne dotyczące stosowania nowoczesnych technologii w praktyce lekarskiej, roli lekarza w wyborze formy porady oraz zalecenia dotyczące informowania o świadczonych przez lekarzy usługach w przestrzeni publicznej, w tym w mediach społecznościowych.

W kodeksie znalazł się również zapis zakazujący lekarzowi stosowania terapii daremnej.

Wierzę, że znolizowany KEL będzie służyć dobru pacjentów oraz będzie drogowskazem do wykonywania przez nas zawodu, a czasem również dokumentem pozwalającym nam udowodnić, że działaliśmy zgodnie z zasadami etyki. Toczona przez delegatów merytoryczna dyskusja, a także fakt, że potrafiliśmy wznieść się ponad środowiskowe podziały i wspólnie przyjąć najważniejszy dla naszego środowiska dokument to ogromny sukces nas wszystkich. Jestem naprawdę dumny, że miałem przywilej być częścią zjazdu i uczestniczyć w tej historycznej chwili. Zjazd, w którym udział bierze prawie pół tysiąca delegatów z całej Polski, to zawsze święto naszego środowiska. Podniosłą atmosferę chwili dało się odczuć szczególnie po zakończonych głosowaniach nad KEL czy regulaminem wyborów, w którym także zrobiliśmy krok w stronę przyszłości. Wprowadzenie zmian w przepisach dotyczących wyborów w organach samorządu lekarskiego zapewni przejrzystość, sprawiedliwość i rzetelność procesu wyborczego. Umożliwi lekarzom udział w demokratycznym wybieraniu swoich przedstawicieli także za pośrednictwem głosowania elektronicznego, co z pewnością

pozytywnie wpłynie na frekwencję w wyborach.

Bardzo cieszy udział w zjeździe pani minister Izabeli Leszczyny, która swoją obecnością potwierdziła deklarowaną wcześniej otwartość na rozmowy z lekarzami dotyczące najważniejszych zmian w systemie ochrony zdrowia. Nie było do tego lepszej okazji niż ostatni NKZL, jak sama powiedziała szefowa resortu podczas swojego wystąpienia. W takich bowiem okolicznościach obietnica spełnienia najważniejszego postulatu samorządu, jakim jest klauzula wyższego dobra (dawniej zwana klauzulą no-fault), wybrzmiewa tym wyraźniej. Oczekując na spełnienie innych obietnic, m.in. zniesienie obowiązku określania refundacji, za dobrą monetę przyjmujemy podpisanie przez Panią Minister zarządzania odnośnie ePWZ w aplikacji mObywatel, do którego wprowadzenia jako samorząd byliśmy technicznie gotowi od kilku miesięcy, czekając jedynie na ruch resortu zdrowia i cyfryzacji.

Mam nadzieję, że oprócz przyspieszenia tej jednej sprawy, także inne oczekiwane przez nas postulaty zdecydowanie przyspieszą, i będę mógł w tekście tradycyjnie otwierającym każdy numer „Gazety Lekarskiej” częściej świętować samorządowe sukcesy, niż podsumowywać niedomogi systemu ochrony zdrowia. ●

- 3 **Jako samorząd osiągnęliśmy wielki sukces**
Łukasz Jankowski
- 5 **Pozjazdowe reminiscencje**
Klaudiusz Komor
- 6 **Od kuchni**
Piotr Kościelniak

TEMAT NUMERU

- 6 **Zjazd ważnych zmian**
Będzie nowocześniejszej, wygodniejszej i bliżej pacjenta.
- 11 **Rewolucja czy ewolucja?**
dr Artur de Rosier
- 13 **Lekarz to nie mechanik od ludzkiego ciała**
prof. dr hab. n. hum Paweł Łuków
- 16 **To pacjent powinien być w centrum uwagi**
dr Mateusz Szulca
- 17 **Jak odbudować lekarski etos**
dr Dariusz Samborski

AKTUALNOŚCI

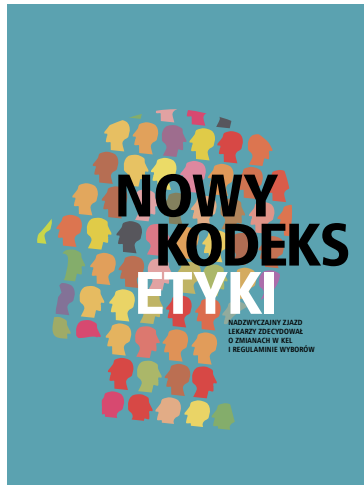
- 18 **Uczelnie z długą listą zarzutów**
- 20 **Krajowy Zjazd Lekarzy za elektronicznym głosowaniem**
Nowy sposób głosowania ma podnieść frekwencję we wszystkich izbach.
- 22 **Ochrona zdrowia – priorytet polskiej prezydencji w UE**

PRAWO I MEDYCYNĄ

- 25 **Wymagający szef czy mobber**
Zawód lekarza obarczony jest dużym narażeniem na stres. Nie upoważnia to jednak lekarza do niekontrolowanych wybuchów agresji.
- 26 **Analiza DNA: ekshumacja rzekomego ojca**
- 28 **Może być trudno zsynchronizować kilka kalendarzy**
- 29 **Miało być zwolnienie z ZUS, a wyszedł bubel**
- 30 **Weryfikacja tożsamości pacjenta: od gabinetu do teleporad**

PODATKI I FINANSE

- 32 **Kiedy lekarz może płacić ryczałt**
Rezygnacja z etatu w szpitalu na rzecz własnej działalności gospodarczej nie musi być przeszkodą w wyborze ryczałtu jako formy opodatkowania.
- 34 **Uważaj na „Karguli” z za miedzy**
- 34 **Mieszkanie kupione z mężem może być ryzykowne**



TEMAT NUMERU STRONY 6-17

Krajowy Zjazd Lekarzy zdecydował o zmianach w Kodeksie Etyki Lekarskiej, który pełni podwójną rolę – z jednej strony komunikuje, jakich postaw i działań oczekuje się od lekarzy, z drugiej jest podstawą orzecznictwa sądów lekarskich

PRAKTYKA LEKARSKA

- 36 **Jest deklaracja współpracy, ale finansowania wciąż brak**
Paweł Barucha
- 36 **Zdrowsze dziąsła, zdrowsze życie**
- 38 **Rusza pilotaż e-rejestracji**
- 39 **Różne oblicza chorób układu oddechowego u dzieci**
- 42 **Minister nie chce kolejnego bubała prawnego**
- 44 **Nie zmyślam. Jest inaczej –**
Mariusz Politowicz
- 44 **Niebezpieczne rośliny**
Ciepłsze miesiące to czas, w którym wzrasta ryzyko zatrucia toksycznymi substancjami zawartymi w niektórych roślinach. Objawy bywają nieoczywiste.
- 48 **Jak przejąć kontrolę nad organizmem**
- 51 **Kultura pracy dwa poziomy wyżej**
Anna Gołębicka
- 52 **Ze świata**
- 54 **O chomikach**
Jakub Sieczko
- 56 **Brak ludzi, koordynacji i wiedzy**

SAMORZĄD ZAWODOWY

- 58 **Każdy z nas kiedyś będzie pacjentem**
Jakub Kosikowski
- 58 **O tym się mówi**
- 60 **Cztery grzechy głównego systemu ochrony zdrowia**
- 62 **Patomorfologia wychodzi z cienia**

PO GODZINACH

- 64 **Zemsta – Jarosław Wanecki**
- 65 **Przychodzi wena do lekarza**
- 68 **Podróże – Bali: kadmidełka, joga i święty spokój**
Piękne krajobrazy, złoty piasek, krystalicznie czysta woda, liczne świątynie, tańce i rytuały ofiarowania, festiwale, ceremonie, tradycyjne rzemiosło... wyspa kipi od kultury.
- 70 **Błąd malarski – W lot**
- 72 **Wena. Na szczęście!**
- 73 **Literatura naszych dzieci**
- 74 **21. Igrzyska Lekarskie coraz bliżej**
- 75 **Koralowa gra**
- 76 **Zjazdy koleżeńskie**
- 77 **Ogłoszenia**
- 82 **Jolka lekarska**

JEDNYM GŁOSEM

Pozjazdowe reminiscencje

Jesteśmy tuż po XVI Nadzwyczajnym Zjeździe Lekarzy w Łodzi. Był to z pewnością zjazd nadzwyczajny nie tylko z nazwy, ale i ze względu na tematykę, którą się zajmował.

Przypomnijmy, że już na pierwszym w tej kadencji spotkaniu Naczelnej Rady Lekarskiej padł wniosek o jego zwołanie. Od początku też wiadomo było, że powinien on się zająć najpilniejszymi w tamtej chwili problemami samorządu i całego środowiska lekarskiego – nowelizacją Kodeksu Etyki Lekarskiej oraz zmianą regulaminu wyborów do organów izb lekarskich.

Dlaczego właśnie tymi sprawami? Otóż obecnie obowiązujący Kodeks Etyki powstał przed prawie 33 laty, a więc w czasach, kiedy pewne dziedziny, do których się odnosi, dopiero raczkowały (jak np. genetyka), a o pewnych sprawach nikomu się nawet nie śniło (jak teleporady). Oczywiście, od czasu powstania kodeks był dwukrotnie nowelizowany, ostatnio w 2008 r., jednak obecnie już nie tylko środowiska związane z etyką, jak np. komisje etyki, ale również mniej związani z samorządem lekarze zaczęli zwracać uwagę na konieczność jego nowelizacji.

Trzeba przyznać, i powinni to zrobić wszyscy delegaci, niezależnie, czy zadowoleni, czy nie z jego ostatecznego kształtu, że materiał, który pod obrady zjazdu przedstawiła Komisja Etyki NRL, był rzetelnie przemyślany, przepracowany i przygotowany. W trakcie jego przygotowywania konsultacje objęły wiele środowisk, uwzględniono wiele uwag, przedyskutowano wiele problemów, angażując w to zarówno ekspertów z naszego środowiska, jak i spoza niego. W efekcie powstał dokument bardzo nowoczesny i profesjonalny, który po uwzględnieniu wielu uwag jeszcze w trakcie obrad NKZL został przyjęty zdecydowaną większością głosów delegatów obecnych na zjeździe.

Drugi problem przepracowany w trakcie zjazdu – nowy regulamin wyborów do organów samorządu – wymagał nowelizacji, zwłaszcza w zakresie stworzenia możliwości głosowania w okręgach w formie

elektronicznej. Jest to problem, od którego uciec nie można. Wcześniej czy później głosowanie elektroniczne wejdzie do wszystkich dziedzin życia, jest to moim zdaniem tylko kwestia czasu. Dzięki olbrzymiej pracy Krajowej Komisji Wyborczej podczas burzliwych obrad ostatecznie przyjęto z kilkoma istotnymi poprawkami nowy regulamin umożliwiający głosowanie elektroniczne w okręgach wyborczych. Niejako w uzupełnieniu regulaminu wyborów zjazd przyjął również nowe regulaminy działania okręgowych i krajowej komisji wyborczej.

Ponieważ jest to jednak felieton, a nie sprawozdanie, pozwólcie Państwu, że podzielę się kilkoma swoimi wrażeniami ze zjazdu, któremu dzięki zaufaniu delegatów miałem zaszczyt przewodniczyć. Był to zjazd pełen emocji, w jego trakcie pojawiły się skrajne emocje – od hucznych braw po przegłosowanych poprawkach po pojedyncze gwizdy, w żadnym wypadku nieprzystające do powagi miejsca. Trzeba przyznać, że dużo więcej emocji towarzyszyło rozpatrywaniu w pierwszym dniu zjazdu regulaminowi wyborczemu niż procedowanemu w drugim dniu Kodeksowi Etyki.

KLAUDIUSZ KOMOR
WICEPREZES NACZELNEJ
RADY LEKARSKIEJ



Pomimo tak gorących obrad i tak skrajnych emocji w ciągu dwóch dni zjazdu w czasie udało się wykonać cały zaplanowany porządek obrad i ani przez chwilę nie było zagrożenia brakiem quorum. Apogeum napięcia towarzyszyło ostatniemu głosowaniu w trakcie zjazdu, po którym gromkimi brawami delegaci podziękowali również sobie wzajemnie za owocne i kreatywne obrady.

Znamienne jest również to, że ten zjazd rozpoczął swoje obrady 17 maja – dokładnie 35 lat od dnia, kiedy ustawą Sejmu został reaktywowany samorząd lekarski. Oczywiście, uczczono i tę rocznicę wspianiałym koncertem w Łódzkim EC1, który udało się zrealizować dzięki pomocy i zaangażowaniu goszczącej zjazd Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi. Na zakończenie wypada jeszcze raz podziękować jej prezesowi, doktorowi Pawłowi Czekałskiemu, i jego pracownikom za olbrzymi wkład w organizację zjazdu. Decyzja, żeby ten zjazd odbył się w Łodzi, była ze wszech miar słuszną. A nam po nim zostają wspomnienia, nowy Kodeks Etyki i regulamin wyborów – czyli całkiem, całkiem dużo. ●

Od kuchni

PIOTR KOŚCIELNIAK
REDAKTOR NACZELNY



To wydanie „Gazety Lekarskiej” jest zdominowane przez tematy związane ze zjazdem oraz rewolucyjnymi zmianami w Kodeksie Etyki Lekarskiej i regulaminie wyborczym. Dla mnie zjazd w Łodzi był swego rodzaju debiutem – uczestniczyłem w podobnym spotkaniu pierwszy raz. I muszę przyznać, że to zdarzenie otwiera oczy na to, czym jest samorządność, jak ta piękna idea przekłada się na praktykę i jak wielkie emocje budzi. To tyle o zjeździe i nowym KEL – relację oraz rozmowy z uczestnikami możecie Państwo przeczytać na następnych stronach.

Ale w cieniu ważnych dla samorządu spraw i zjazdowych emocji zaszyły również zmiany na zapleczu – w „Gazecie Lekarskiej”. To zmiany dosłownie od kuchni – bowiem niewielki redakcyjny pokój w siedzibie NIL mieści się tuż przy pomieszczeniu z ekspresem do kawy i kuchenką mikrofalową. Efektem tych zmian jest zaś to, że dziś mam przyjemności przywitać się z Państwem jako redaktor naczelny „Gazety Lekarskiej”.

Nowy naczelny oznacza zmiany. I tu – obiecuję, że to już ostatnie od-

niesienie do zjazdu – nastąpi raczej ewolucja niż rewolucja. Będziemy, jak dotąd, robić gazetę otwartą na aktualne potrzeby i problemy samorządu lekarskiego. Taką, która niesie informacje praktyczne i przydatne w wykonywaniu zawodu lekarza i lekarza dentystry – od porad prawnych i finansowych po zagadnienia wykorzystania nowych technologii, które coraz śmieiej wkraczają do opieki zdrowotnej. Będziemy zajmować się tym, co bezpośrednio dotyka lekarzy, w tym polityką zdrowotną państwa, finansowaniem z Unii Europejskiej, czy regulacjami na poziomie unijnym i krajowym, a zatem wszystkim tym, co środowisko lekarskie łączy.

Rozumiem też, że Państwo – nasi Czytelnicy – reprezentujecie jednocześnie różne światopoglądy, macie różne zainteresowania i preferencje. Dlatego będziemy robić gazetę zróżnicowaną w formie i treści, w której znajdziecie również materiały o kulturze, sztuce, Waszych podróżach i hobby.

Wszystko po to, abyście sięgali po „Gazetę Lekarską” nie tylko z zawodowego obowiązku, ale również dla przyjemności i z ciekawością. To przecież Wasza gazeta. ●

Przez dwa dni (17-18 maja 2024 r.) Łódź stała się stolicą polskich lekarzy i lekarzy dentystry. – Na sali jest prawie pół tysiąca delegatów z całej Polski. Każdy z nas poświęcił swój prywatny czas, który mógłby spędzić na leczeniu lub edukacji, po to, żeby uczestniczyć w Nadzwyczajnym Krajowym Zjeździe Lekarzy – powiedział prezes Naczelnej Rady Lekarskiej (NRL) Łukasz Jankowski, witając delegatów na sali obrad.

Przypomniał, że jedną z pierwszych decyzji Rady tej kadencji było zwołanie nadzwyczajnego zjazdu, aby pochylić się nad Kodeksem Etyki Lekarskiej (KEL) i regulaminem wyborczym. Podziękował także wszystkim zaangażowanym w przygotowanie zmian w kodeksie i innych dokumentach, nad którymi miał obradować zjazd, a które to zmiany trwały wiele miesięcy.

Część oficjalna zjazdu rozpoczęła się od wprowadzenia na salę obrad sztandaru Naczelnej Izby Lekarskiej (NIL) i odśpiewania hymnu państwowego. Delegaci uczcili minutą ciszy pamięć lekarzy i lekarzy dentystry aktywnych w samorządzie lekarskim, którzy w ostatnich latach odeszli na wieczny dyżur. Następnie prezes Łukasz Jankowski wspólnie z kanclerzem kapituły odznaczenia Meritus Pro Medicis prof. Romualdem Krajewskim wręczyli odznaczenia za zaangażowanie w działalność na rzecz środowiska i samorządu lekarskiego. Odebrali je prezes NRL VI i VII kadencji Maciej Hamankiewicz oraz wieloletni redaktor naczelny „Gazety Lekarskiej” Marek Stankiewicz.

MINISTER OBIECUJE

Niepisana tradycja zjazdów jest obecność urzędującego szefa resortu zdrowia. Jego wystąpienie jest słuchane z wielką uwagą, a później omawiane w kuluarach. Nie inaczej było tym razem. Zanim doszło do rozpoczęcia części roboczej NKZL, minister zdrowia Izabela Leszczyna zapewniła delegatów o trwających pracach nad postulatami samorządu lekarskiego. Między innymi obiecała, że jeszcze w tym roku zostanie wprowadzona tzw. klauzula wyższego dobra.

Poinformowała również, że Prokurator Generalny rozpoczął proces likwidacji działów do spraw błędów

TEMAT NUMERU

Zjazd ważnych zmian

MARIUSZ TOMCZAK
DZIENNIKARZ

Będzie nowocześniejszej, wygodniejszej i bliżej pacjenta. Wprowadzenie elektronicznego trybu głosowania w wyborach do izb oraz pierwsza od ponad 20 lat nowelizacja Kodeksu Etyki Lekarskiej to najważniejsze zmiany wprowadzone przez Nadzwyczajny XVI Krajowy Zjazd Lekarzy (NKZL).



fot. archiwum NfL, Karolina Bartyzel, Mariusz Tomczak

◀ Pierwszy dzień zjazdu zakończyły obchody 35-lecia odrodzenia samorządu. Przemawia prezes NRL Łukasz Łankowski

medycznych funkcjonujących w prokuraturach, a po 24 października 2024 r., czyli już za kilka miesięcy, zniknie możliwość przyznawania warunkowego Prawa Wykonywania Zawodu w trybie uproszczonym dla lekarzy z Ukrainy. Wprawdzie szczegóły nie padły, ale obie deklaracje były na tyle jasne, że spotkały się z pozytywnym odbiorem ze strony delegatów.

Odnosząc się do zgłaszanych przez środowisko lekarskie problemów związanych z określaniem refundacji leków, minister Izabela Leszczyna poinformowała o pracach nad jego uproszczeniem. – Ten system musi być intuicyjny,

prosty, przyjazny, by eliminował w jak największym stopniu możliwość popełnienia błędów – powiedziała. Deklaracji i obietnic padło więcej, a szerzej piszemy o nich w portalu internetowym www.gazetalekarska.pl.

REGULAMIN WYBORÓW

Pierwszy dzień NKZL zdominowała dyskusja nad projektem uchwały w sprawie regulaminu wyborów do organów i w organach izb lekarskich oraz trybu odwoływania ich członków. Nowa wersja dokumentu została przyjęta przez

większość delegatów po kilkogodzinnej dyskusji. Zakłada ona m.in. możliwość głosowania elektronicznego w czasie wyborów do izb, co powinno sprzyjać wzrostowi frekwencji.

Co wymaga podkreślenia – w pierwszej turze wyborów zostały utrzymane również dotychczasowe tryby głosowania osobistego i korespondencyjnego. Ma to zapewnić dostępność dla wszystkich grup wiekowych, by żaden z członków społeczności lekarskiej nie czuł się wykluczony. Więcej na ten temat piszemy na str. 20-21.



◀ Minutą ciszy uczczono pamięć lekarzy i lekarzy dentyistów, którzy odeszli na wieczny dyżur

fot. archiwum NIL, Karolina Bartyzel, Mariusz Tomczak

35-LECIE ODRODZENIA SAMORZĄDU

Pierwszy dzień obrad zakończył się uroczystymi obchodami 35-lecia odrodzenia samorządu lekarskiego w zrewitalizowanym kompleksie dawnej elektrociepłowni EC1, który stanowi jedną z wizytówek współczesnej Łodzi. Data nie była przypadkowa, bo właśnie 17 maja minęło dokładnie 35 lat od uchwalenia przez Sejm ustawy o izbach lekarskich (1989 r.).

Zdaniem prezesa Łukasza Jankowskiego jubileusz to doskonała okazja do wspomnienia o wszystkich osobach tworzących samorząd lekarski, a także do refleksji nad tym, co było, co jest i co dopiero nadejdzie. – Nie byłoby nas tutaj i nie byłoby kontynuacji idei samorządności, gdyby nie nasi poprzednicy. Jednocześnie teraz na naszych barkach spoczywa zadanie kontynuacji tej idei i przekazanie jej naszym następcom – powiedział prezes NRL.

Dodał, że 35-letnia instytucja charakteryzuje się odpornością, dużym doświadczeniem i elastycznością w działaniu. To instytucja, która myśli odważnie o przyszłych wyzwaniach – o pacjencie w przyszłości, o lekarzach w przyszłości i o systemie przyszłości – mówił prezes NRL. Łukasz Jankowski podziękował za gościnność i zaangażowanie Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi z prezesem Pawłem Czekalskim na czele.

► Prezydium zjazdu. Pierwszy z lewej: Dariusz Samborski

fot. archiwum NIL, Karolina Bartyzel, Mariusz Tomczak



Dzięki przygotowanemu na tę okazję filmowi przypominającemu najważniejsze chwile odrodzonego samorządu uczestnicy gali zostali zabrani w podróż historyczną. Wykorzystano w nim m.in. unikalne fotografie pochodzące z archiwum „Gazety Lekarskiej” sprzed wielu lat. Kulminacyjnym momentem był koncert „Muzyka zespołu Queen symfonicznie” w wykonaniu orkiestry Alla Vienna i występ artysty Artura Andrusa. Rangę uroczystości podkreśliła obecność m.in. podsekretarz stanu w Ministerstwie

Zdrowia Urszuli Demkow, senator Agnieszki Gorgoń-Komor i wiceprezydenta Łodzi Adama Wieczorka. Fotorelacja z tego wydarzenia jest dostępna na www.gazetalekarska.pl.

KODEKS ETYKI LEKARSKIEJ NA NOWO

Drugi dzień zjazdu rozpoczął się od dokonania zmian w regulaminach: Krajowej Komisji Wyborczej, która m.in. sprawuje nadzór nad prawidłowym przeprowadzeniem wyborów w strukturach samorządu w skali krajowej, i okręgowej komisji wyborczej.

► Tuż po zakończeniu zjazdu każdy chciał mieć zdjęcie. Fotogaleria jest dostępna na stronie www.nil.org.pl

fot. archiwum NIL, Karolina Bartyzel, Mariusz Tomczak



fot. archiwum NIL, Karolina Bartyzel, Mariusz Tomczak



◀ Na galowo nie zawsze znaczy w garniturze

► Dr hab. Magda Wiśniewska, przewodnicząca Rady Ekspertów NIL i Paweł Czekalski, prezes ORL w Łodzi



fot. archiwum NIL, Karolina Bartyzel, Mariusz Tomczak



fot. archiwum NIL, Karolina Bartyzel, Mariusz Tomczak

◀ Wręczenie odznaczeń Meritus Pro Medicis (od lewej): prezes NRL Łukasz Jankowski, były redaktor naczelny „Gazety Lekarskiej” Marek Stankiewicz, były prezes NRL Maciej Hamankiewicz, kanclerz kapituły prof. Romuald Krajewski



fot. archiwum NIL, Karolina Bartyzel, Mariusz Tomczak

▲ Od lewej: minister zdrowia Izabela Leszczyna, senator Agnieszka Gorgoń-Komor



◀ „Mamo mamo! Ten pan robi mi zdjęcie!”

fot. archiwum NIL, Karolina Bartyzel, Mariusz Tomczak

Jednak kluczowym dokumentem zjazdu był projekt KEL przygotowany przez Komisję Etyki Lekarskiej Naczelnej Rady Lekarskiej (NRL). Rada rekomendowała delegatom przyjęcie tego dokumentu, ale w czasie zjazdu zgłoszono jeszcze ponad 50 poprawek. Nad propozycjami żywo dyskutowano przez kilka godzin. Ostatecznie zjazd zdecydował o uwzględnieniu części z nich.

W nowym KEL znalazły się m.in. zapisy dotyczące stosowania nowoczesnych technologii w praktyce lekarskiej oraz korzystania z mediów społecznościowych przez lekarzy i lekarzy dentyków. Zmiana najważniejszego dokumentu określającego zasady ich postępowania, dokonana po raz pierwszy od ponad 20 lat, ma duże znaczenie, bo świat bardzo się zmienił – do gabinetów lekarskich wkroczyła telemedycyna, a media społecznościowe stały się codziennością zarówno dla lekarzy, jak i dla pacjentów.

Nowy kodeks zacznie obowiązywać od 1 stycznia 2025 r. Ostateczna wersja dokumentu uchwalona przez NKZL jest dostępna na stronie internetowej NIL. O tym, czego dotyczą najważniejsze zmiany, więcej piszemy na str. 11-12.

SAMORZĄDOWA DEMOKRACJA

Zdaniem prezesa Łukasza Jankowskiego uchwalenie nowego KEL jest „chwilą historyczną”, a jednocześnie stanowi „święto samorządowej demokracji”. – Kodeks Etyki Lekarskiej to ważny dokument, który reguluje naszą pracę, dając przy tym

pacjentom rękojmię tego, że w sposób etyczny będziemy wykonywać zawód. Jest to wspólne bezpieczeństwo: lekarzy i naszych pacjentów – powiedział.

Szef samorządu lekarskiego podziękował Komisji Etyki Lekarskiej NRL za jej przewodniczącym Arturem de Rosier na czele za zaangażowanie w prace nad przygotowaniem projektu zmian w KEL, a także wszystkim osobom, które podczas zjazdu zgłaszały propozycje poprawek. – Daliście fantastyczny materiał do pracy i namysłu nad podstawowym dla nas dokumentem. Gratuluję państwu, gratuluję samorządowi – podsumował.

– Na tle wielu poprzednich zjazdów ten był bardzo merytoryczny, a jednocześnie emocjonalny, co pewnie wynikało ze znaczenia poruszanych spraw – podkreśla wiceprezes NRL Klaudiusz Komor, który był przewodniczącym XVI NKZL. Dodaje, że choć z uwagi na obecność kilkuset delegatów czas wystąpień był limitowany, obrady okazały się bardzo owocne. – Zjazd zakończył się sukcesem. Przedyskutowaliśmy i przyjęliśmy z poprawkami wszystkie uchwały zaplanowane w porządku obrad. Każdy mógł podejmować decyzje w zgodzie ze swoim sumieniem, a rozstrzygające było zdanie większości delegatów w trakcie głosowania – podkreśla.

Kolejny zjazd odbędzie się za dwa lata. ●

ZJAZDY TO CZAS PODSUMOWAĆ

W ciągu 35 lat istnienia odrodzonego samorządu lekarskiego ustawa o izbach lekarskich ewoluowała i wciąż ewoluuje. Niezmiennie w swojej istocie są natomiast krajowe zjazdy lekarzy, które wciąż sprawują rolę nadrzędną nad wszystkim, co się dzieje w okręgowych izbach lekarskich i naczelnej izbie lekarskiej. Zjazdy podsumowują i rozliczają poszczególne kadencje, wprowadzają nowe uchwały, wsłuchują się w głos delegatów reprezentujących całe środowisko lekarskie i wytyczają nowe kierunki działania. Ten konfrontacyjny charakter zjazdów inspirował samorząd do wprowadzania zmian. Wnosi świeżość w działania samorządu i rozwija kreatywność.

W ciągu 35 lat zjazdy różniły się od siebie. Jedne przeszły do historii samorządu jako spektakularne ze względu na poruszane tematy, inne nie zapadły aż tak bardzo w pamięć. Na ostatnim, XVI Krajowym Zjeździe Lekarzy, sporo się jednak działo.

TEMAT NUMERU

Rewolucja czy ewolucja?

LIDIA SULIKOWSKA
DZIENNIKARKA

Nowy kodeks jest bardziej jednoznaczny oraz lepiej dostosowany do aktualnych wyzwań w obszarze medycyny. Dokument zacznie obowiązywać od 1 stycznia 2025 r. – mówi dr Artur de Rosier, przewodniczący Komisji Etyki Lekarskiej Naczelnej Rady Lekarskiej.

Podczas Nadzwyczajnego XVI Krajowego Zjazdu Lekarzy uchwalono Kodeks Etyki Lekarskiej zastępujący wersję z 1991 r., nowelizowaną w 1993 i 2003 r. Jakie są najważniejsze zmiany?

Delegaci obradowali nad projektem KEL przygotowanym przez Komisję Etyki Lekarskiej NRL. Dokument przyjęto zdecydowaną większością głosów po uwzględnieniu części poprawek zgłoszonych w czasie zjazdu. Zacznie on obowiązywać od 1 stycznia 2025 r. Nowy kodeks jest zdecydowanie bardziej jednoznaczny i lepiej dostosowany do obecnych realiów, aktualnych wyzwań i oczekiwań w obszarze medycyny. Jest też bardziej uporządkowany. Pojawiły się nowe kwestie, których w poprzednim kodeksie brakowało. Zmieniła się też numeracja poszczególnych rozdziałów i artykułów, a także doprecyzowaliśmy niektóre pojęcia. I tak, na przykład zamiast „współczesnej wiedzy” mamy „aktualną wiedzę”, zamiast „umiejętności zawodowych” są „kompetencje zawodowe”, a „reanimację” zastąpiliśmy „resuscytacją”. W zdecydowanej większości artykułów zdecydowaliśmy się też używać słowa „pacjent”, a nie „chory”. Ostatnia aktualizacja kodeksu miała miejsce ponad dwie dekady temu. To była zupełnie inna rzeczywistość. Najwyższy czas na zmiany.

Przejdźmy do szczegółów. Zacznijmy od teleporady.

Tę kwestię reguluje art. 9. Zgodnie z jego treścią lekarz podejmuje się opieki nad pacjentem po uprzedniej ocenie jego stanu i wybiera taką formę konsultacji, która zapewnia pacjentowi dostępną jakość i ciągłość opieki medycznej. To spora zmiana w porównaniu z poprzednim zapisem tego artykułu,



fot.: Wielkopolska Izba Lekarska

który dopuszczał podejmowanie leczenia jedynie po uprzednim zbadaniu pacjenta, za wyjątkiem sytuacji, gdy porada lekarska mogła być udzielona wyłącznie na odległość.

Myślę, że zgodnie z nowym brzmieniem tego artykułu teleporada będzie dobrym wyborem w szczególności, kiedy mamy zapewnić ciągłość leczenia. Ja stosuję teleporadę wyłącznie wobec pacjentów, których już znam.

W kodeksie znalazł się też artykuł regulujący możliwość korzystania ze sztucznej inteligencji.

Jego wprowadzenie zaproponowała Śląska Izba Lekarska w czasie obrad XVI NKZL, a delegaci go przyjęli. Artykuł ten umożliwia lekarzowi w postępowaniu diagnostycznym, leczniczym lub zapobiegawczym korzystanie z algorytmów sztucznej inteligencji

przy spełnieniu kilku warunków. Lekarz musi m.in. poinformować pacjenta, że w procesie diagnostycznym lub terapeutycznym będzie wykorzystana sztuczna inteligencja. Ponadto można stosować te algorytmy sztucznej inteligencji, które dopuszczono do użytku medycznego i które posiadają odpowiednie certyfikaty.

Pojawił się też zapis o terapii daremnej.

Do kodeksu wprowadzono to pojęcie w brzmieniu zgodnym z opinią Towarzystwa Internistów Polskich. Zapis jest jednoznaczny: lekarzowi nie wolno stosować terapii daremnej, a decyzja o uznaniu terapii jako daremnej należy do zespołu leczącego i powinna w miarę możliwości uwzględniać wolę pacjenta.

Znacząco się zmieniła treść artykułu związanego z reklamowaniem się lekarzy.

W dotychczasowym brzmieniu tego artykułu wszelkie reklamowanie się lekarza jest zabronione. To obszar, który musieliśmy dostosować do wymogów dyrektyw unijnych. Zgodnie z nimi nie możemy zakazać lekarzowi reklamowania się, ale możemy tę reklamę ograniczyć. Tak zrobiliśmy. Szczegóły są doprecyzowane w art. 71 nowego kodeksu. Najważniejszym jego elementem jest sformułowanie, że lekarz może świadczyć się informacją o oferowanych usługach, pod warunkiem że taka informacja będzie zgodna z zasadami etyki lekarskiej. Co więcej, lekarz jest odpowiedzialny za informację o oferowanych usługach opublikowaną przez osoby trzecie w jego imieniu lub na jego rzecz. Zdefiniowano też, czym jest informacja o oferowanych usługach – to każda forma przekazu mająca na celu upowszechnianie wizerunku lekarza lub usług związanych z wykonywaniem zawodu lekarza. Ponadto wyraźnie podkreślono, że niedopuszczalne jest wykorzystywanie autorytetu lekarza do promowania usług niezwiązanych z wykonywaniem zawodu lekarza. Chodzi np. o sytuację, w której lekarz, wykorzystując swój wizerunek i fakt bycia lekarzem, reklamuje np. produkty jubilerskie.

Rozwój mediów społecznościowych umożliwił wypowiedanie się na tematy medyczne do szerokiego grona odbiorców na nieznaną wcześniej skalę. Tę kwestię także dostrzeżono, nowelizując KEL.

Zdecydowanie jest to zagadnienie, które wymagało regulacji w kodeksie. W art. 78 znalazł się m.in. zapis, że lekarz, wypowiadając się na forum publicznym przy udziale osób niebędących lekarzami – także w mediach, internecie i w serwisach społecznościowych – na temat odkryć naukowych, technologii medycznych albo diagnostyki lub terapii, powinien mieć pewność, że jego wypowiedzi opierają się na aktualnej wiedzy medycznej. Inny ustęp tego artykułu mówi, że lekarz powinien być przykładem właściwych postaw zdrowotnych i dbać o własne zdrowie i dobrostan.

Modyfikacji uległy też między innymi zagadnienia regulujące stosunki między lekarzami.

Oczywiście, nadal obowiązuje sformułowanie, że lekarz powinien zachować szczególną ostrożność w formułowaniu opinii o działalności zawodowej innego lekarza oraz że nie powinien w jakikolwiek sposób publicznie dyskredytować innego lekarza. Co jednak istotne, dodano zapis, że nie wyklucza to możliwości merytorycznej krytyki i że taka krytyka nie narusza zasad etyki.

W nowym kodeksie znalazł się też między innymi zapis, że lekarz ma obowiązek w rzetelny i staranny sposób prowadzić dokumentację medyczną. Doprecyzowano też kwestie związane z badaniami naukowymi i eksperymentami biomedycznymi.

Wspomniał Pan, że nowy kodeks jest bardziej jednoznaczny. I rzeczywiście, w części artykułów zdecydowano się na bardziej stanowcze sformułowania niż w dotychczasowej wersji KEL.

W części artykułów zrezygnowaliśmy z wyrażen typu „powinien wypełniać”, „powinien zachować” czy „powinien wskazać” na rzecz „wypełnia, zachowuje, zastępuje, przeprowadza, opiera się” etc. W niektórych zapisach poszliśmy o krok dalej, używając sformułowań „ma obowiązek” albo „nie wolno”. Takie podejście ułatwia odnalezienie właściwej ścieżki postępowania w sytuacjach budzących dylematy o charakterze moralnym. Stwierdzenie mówiące, że masz się starać albo że powinieneś coś zrobić w określony sposób, jest w odbiorze bardziej miękkie niż wyraźnie wyartykułowany obowiązek. To oznacza, że jako środowisko lekarskie

nie boimy się wysokich wymogów etycznych wobec naszego zawodu. Oczywiście, nie jest tak, że w kodeksie nie pozostały bardziej miękkie sformułowania. Wszystko zależy od tego, jakiej sprawy dotyczy konkretna regulacja.

Porozmawiajmy o konkretnych przykładach.

Na przykład zmiana powinności na obowiązek dotyczy poinformowania pacjenta o popełnieniu poważnej pomyłki lub wystąpienia nieprzewidzianych powikłań oraz podjęcia działań naprawczych. Nie wyobrażam sobie sytuacji, w której lekarz nie informuje pacjenta o popełnionym błędzie. W mojej ocenie obowiązkowość nie budzi tu żadnej wątpliwości. Albo inny przykład zastępujący słowo „powinien”: Lekarz przeprowadzający eksperyment leczniczy ma obowiązek ustalić, że spodziewane korzyści dla pacjenta przeważają w istotny sposób nad nieuniknionym ryzykiem.

W niektórych miejscach pojawia się zmiana idąca jeszcze dalej – z „nie może” na „nie wolno”. I tak na przykład lekarzowi nie wolno wykorzystywać swego wpływu na pacjenta w innym celu niż leczniczy. Tak samo lekarzowi nie wolno odmówić pomocy lekarskiej w przypadkach niecierpiących zwłoki, jeśli pacjent nie ma możliwości uzyskania jej ze strony instytucji powołanych do udzielania pomocy. Albo inny przykład: lekarzowi nie wolno wypełniać poleceń pracodawcy niezgodnych z zasadami etyki lekarskiej. Tutaj wyrazem „nie wolno” zastąpiono wyraz „nie powinien”. Zachęcam czytelników do lektury nowego kodeksu, bo nie sposób o wszystkim opowiedzieć.

Odniosłam wrażenie, że właśnie kwestie powinności i obowiązku były najszerzej dyskutowane podczas zjazdu – zarówno przez zwolenników, jak i przeciwników nowelizowania KEL w tym kierunku.

To dobrze, że doszło do merytorycznej dyskusji i procedowania poprawek na ten temat. Wśród delegatów są zarówno młodzi, jak i starsi lekarze i lekarze dentyści. Myślę, że

każdy starał się wzbogacić dyskusję, czerpiąc z własnych doświadczeń w codziennej pracy. To ogromna wartość, która znalazła odzwierciedlenie w finalnej wersji kodeksu.

Ostatecznie KEL w nowym brzmieniu przyjęto zdecydowaną większością głosów. Jakie były Pana pierwsze wrażenia po głosowaniu?

Zmęczenie. Delegaci obradowali nad projektem przygotowanym przez Komisję Etyki Lekarskiej NRL, która w 14-osobowym składzie przez dwa lata pracowała nad jego powstaniem. W tym czasie przeszliśmy przez wiele konsultacji samorządowych i społecznych. Tworząc ten projekt, zwracaliśmy uwagę na Międzynarodowy Kodeks Etyki Lekarskiej i wcześniej wypracowane opinie i komentarze. Ponadto wspierał nas wielki autorytet w sprawach etyki, prof. Paweł Łuków. Efekt naszych prac to połączenie tego, co najlepsze w dotychczasowym KEL, z nowymi zapisami, bardziej przystającymi do obecnych realiów. Pracy było mnóstwo. Wszystkim ogromnie dziękuję za udział w tej niezwykle ważnej inicjatywie.

Jakie są dalszy plany Komisji Etyki Lekarskiej NRL?

Jesteśmy gotowi do pracy nad komentarzami, które będą uzupełnieniem kodeksu. Zdajemy sobie sprawę, że nawet największe starania w kierunku ujednolicenia KEL nie sprawią, że w tym dokumencie znajdziemy odpowiedzi na wszystkie pytania. Mamy szereg bardziej szczegółowych kwestii, których nie da się ująć w ramach KEL mającego siłą rzeczy dość ogólny charakter.

Po pierwsze liczymy na komentarz prawny w formie aktualizacji książki prof. Oktawiana Nawrota. Będziemy też jako komisja opracowywać komentarze do wybranych artykułów. Chodzi np. o szerszą interpretację art. 1, który mówi, że zasady etyki lekarskiej wynikają z zasad etyki ogólnej. Na przykład czy lekarz może odpowiadać przed organami odpowiedzialności zawodowej za zachowanie, które podważa godność zawodu lekarza i które nie jest związane z wykonywaniem zawodu lekarza. To kwestia, która od lat budzi w środowisku lekarskim wiele emocji.

TEMAT NUMERU

Lekarz to nie mechanik od ludzkiego ciała

LIDIA SULIKOWSKA
DZIENNIKARKA

Nawet w najbardziej niesprzyjającym środowisku pracy powinno nami kierować coś takiego, jak minimalny poziom właściwego postępowania. To przyzwoitość – mówi prof. dr hab. n. hum. Paweł Łuków, dziekan Wydziału Filozofii Uniwersytetu Warszawskiego.

Etyka zajmuje się analizowaniem, co jest dobre, a co złe. Pokazuje, dlaczego należy działać w określony sposób. Które zasady postępowania są niezmiennie, a które idą z duchem czasu?

Wydaje mi się, że fundamentalne wartości pozostają niezmiennie, natomiast ich interpretacja czy sposób realizacji się zmienia w zależności od warunków społecznych, technologicznych i organizacyjnych. Często będziemy odkrywać nowe obszary, w których te wartości będą się ujawniać. Weźmy jako przykład prawdomówność. To norma etyczna, która sama w sobie jest stała, ale prawdziwe informacje możemy przekazywać w różny sposób. Na przykład prawda o trudnej diagnozie inaczej wybrzmi podczas dialogu z chorym, a inaczej zostanie zapisana w karcie choroby.

Interpretacja wartości jest bardziej zależna od sytuacji czy czasów, w których żyjemy?

Zarówno od jednego, jak i drugiego. Chociaż myślę, że nawet może nie tyle od czasów, ile bardziej od struktury społecznej, w której funkcjonujemy. Zapewne także od wrażliwości danej społeczności na pewne kwestie, a to się zmienia w czasie. To czynniki, do których musimy się odnieść, działając w imię wartości, które wyznajemy.

Czy etyka jest nam potrzebna, skoro mamy normy prawne?

Relacje między normami prawnymi a moralnymi to skomplikowana sprawa. Można jednak powiedzieć, że regulacje



fot.: archiwum prywatne

prawne wskazują coś w rodzaju minimalnego standardu postępowania, natomiast normy moralne wychodzą ponad to minimum. Dzięki nim tworzą się społeczności. Działanie w zgodzie z określonymi wartościami wpływa na to, jak wyglądają relacje międzyludzkie i życie społeczne. Bez przywiązania do określonych wartości i postępowania zgodnie z nimi byłibyśmy jedynie zbieraniną osób, które niewiele łączy. Normy prawne regulują zawód lekarza i lekarza dentystry w sposób ogólny, ale to, jakie jest wykonywanie tego zawodu, zależy od tego, jakie normy moralne kierują naszym działaniem. Na przykład uzyskiwanie zgody pacjenta na postępowanie medyczne jest wymogiem prawnym i etycznym,

ale to, jakie znaczenie ma zgoda konkretnego pacjenta na proponowane mu postępowanie, zależy od tego, jak konkretny lekarz przeprowadził proces informowania pacjenta i uzyskiwania jego zgody. A ten proces w ogromnym stopniu zależy od wartości, do których jest przywiązany lekarz.

To dlatego w profesji lekarskiej etyka jest tak ważna?

To jeden z powodów. Lekarzowi powierzamy sprawy, które są dla nas bardzo ważne. Lekarz ma nad nami przewagę – ze względu na wiedzę i dostęp do zasobów, a my nie mamy możliwości nadzorowania na bieżąco jego działań tak, aby mieć pewność, że właściwie zatroszczy się o dobro, które mu powierzyliśmy. Zapewne chcielibyśmy takiego nadzoru, ponieważ dobro powierzane lekarzowi – na które składa się nasze zdrowie i życie – jest dla nas tak ważne, że chcemy zapobiegać szkodom, a nie reagować po ich zaistnieniu. Ale względy praktyczne przemawiają przeciw takiemu nadzorowi, ponieważ wymagałby on ponoszenia kosztów i wkraczania w intymność relacji pacjent-lekarz. Musimy i chcemy ufać lekarzowi. Pacjent w pewnym sensie musi więc wierzyć, że lekarz podejmuje decyzje w sposób sumienny i rzetelny, oparty na aktualnej wiedzy medycznej. Mówiąc skrótowo i trochę upraszczając, etyka

profesjonalna to narzędzie samokontroli profesjonalistów.

Mam wrażenie, że w stosunku do lekarza ufności jest coraz mniej na rzecz kontroli właśnie. Czy biurokracja nie wkracza zbyt mocno w obszar, który powinien być regulowany etyką?

Wszystko zależy od rodzaju czynności, które podlegają tej kontroli. Te bardziej wrażliwe na możliwość wystąpienia nieprawidłowości ważnych z punktu widzenia społeczeństwa powinny regulować systemy prawne, administracyjne i organizacyjne.

Co jest najważniejsze z punktu widzenia etyki lekarskiej?

Wydaje mi się, że najważniejszy jest szacunek dla pacjenta. Dostrzeżenie, że jest on samodzielnym podmiotem i że jego zdrowie i życie jest dla niego co najmniej równie ważne, jak moje dla mnie. To dość uniwersalna zasada życia społecznego, ale w medycynie przyjmuje specyficzny kształt.

Dlaczego?

Ponieważ w relacji lekarz-pacjent mamy do czynienia z asymetrią. Lekarz ma przewagę, bo jest samodzielny i nie jest w potrzebie, ma wiedzę, umiejętności i możliwości działania, a pacjent odwrotnie – nie ma tej wiedzy i jest w potrzebie. Ta asymetria może działać na niekorzyść pacjenta. Jednak dzięki normom etycznym zawodu lekarza można tę asymetrię łagodzić. Dzięki etyce faktyczna asymetria nie oznacza asymetrii moralnej. To, że jestem od ciebie silniejszy, bardziej niezależny i mam większą wiedzę w kwestiach zdrowia i choroby, nie powoduje, że mogę moją przewagę wykorzystać. Przeciwnie, jako lekarz mający świadomość tej asymetrii powinienem się kierować takimi wartościami, jak szacunek do pacjenta, respektowanie jego wolności, prawa do informacji czy decydowania o sobie i o swoim losie w takim zakresie, w jakim nie krzywdzi to innych osób.

Przestrzeganie tych wartości jest ważne dla pacjenta. A jakie korzyści może mieć lekarz, kierując się w pracy normami etycznymi? Aby nie myślał o nich tylko przez pryzmat nakazu w imię wyższej idei?

To zależy od konkretnego człowieka. Od tego, co dla niego jest ważne. Jeśli przyjmujemy, że jedną z głównych motywacji do bycia lekarzem jest to, że chcemy leczyć ludzi i przywracać im ochotę do

życia, to łatwiej będzie nam przestrzegać norm etycznych uwzględniających dobro pacjenta.

A dobro pacjenta to nie tylko korzyści medyczne. Ono jest wielowymiarowe, a jego składniki często heterogeniczne i nieporównywalne. Dlatego świadoma zgoda pacjenta na określony rodzaj postępowania lekarskiego nie może polegać na biernej akceptacji tego, co proponuje lekarz zgodnie z najlepszą wiedzą medyczną. Decyzja dotycząca ścieżki leczenia powinna uwzględniać priorytety życiowe chorego. Pacjentka może zapytać, czy proponowaną terapię można odsunąć w czasie, bo zbliża się ślub jej córki. Takie kwestie nie mogą nie interesować lekarza – oczywiście, o ile pacjent chce podzielić się z lekarzem tymi informacjami – bo składają się one na całościowe dobro pacjenta.

Jak daleko lekarz może się posunąć w realizowaniu oczekiwań pacjentów?

To spory bardzo trudne do rozstrzygnięcia w ogólności. Na pewno obowiązkiem lekarza jest leczyć ludzi, a nie tylko ich organizmy. Lekarz to nie jest mechanik od ludzkiego ciała.

Jak system, w którym funkcjonują lekarze, może wspierać ich w budowaniu postaw etycznych? Biurokracja, kolejki do świadczeń i inne bolączki wręcz przeszkadzają i demotywią.

Nawet w najbardziej niesprzyjającym środowisku pracy powinno nami kierować coś takiego, jak minimalny poziom właściwego postępowania. To przyzwyczajenie. Dobrze przygotowany do zawodu lekarz, za wyjątkiem sytuacji absolutnie skrajnych, jest w stanie to minimum zrealizować. Zawsze możemy się zdobyć na szczerść wobec pacjenta. To pozwala mu zrozumieć, dlaczego nie jest tak, jakbyśmy chcieli. Myślę, że przywiązanie do norm etycznych zawodu ujawnia się właśnie w sytuacjach trudnych.

To nie znaczy, że trzeba lekceważyć bolączki systemu. Jako społeczeństwo powinniśmy tworzyć takie warunki pracy lekarzom, które pozwolą im w jak najpełniejszym wymiarze dbać o dobro pa-

cjentów, czyli nas wszystkich. Bez szczególnych poświęceń. Pamiętajmy jednak, że profesja lekarska opiera się na pewnego rodzaju bezinteresowności, uznaniu priorytetu dobra chorego. Oczywiście wszystko zależy od sytuacji. Jeśli pacjent nie wymaga natychmiastowej pomocy, nie można wymagać, aby lekarz rzucił wszystko i się nim zajął. Ale jeśli sprawa jest pilna, należy udzielić pomocy. Nawet jeśli to koliduje z naszymi planami.

Czyli etyka, ale ze zdrowym rozsądkiem.

Nie można być etycznym, nie mając rozeznania, na jakim świecie się żyje. Tylko tak możemy adekwatnie reagować na wyzwania natury moralnej. Wyznawanie wielkich idei bez oglądania się na rzeczywistość jest w najlepszym razie przeciwskuteczne, a w najgorszym hipokryzją. Pamiętajmy jednak, że bycie lekarzem jest czymś więcej niż pracą, to pewnego rodzaju rola społeczna. Lekarze zajmują się zawodowo dobrami najwyższego rzędu, więc priorytetem powinno być dla nich dobro pacjenta.

Etyka powinna się zmieniać w obliczu rozwoju medycyny i wyzwań systemowych?

Uważam, że zmiany powinny dotyczyć sposobów realizacji fundamentalnych standardów postępowania zależnie od sytuacji. Spośród typowych wyzwań aktualnych dziś wymieniałbym między innymi zastosowanie sztucznej inteligencji w medycynie, korzystanie z telemedycyny czy uwarunkowania rynkowe. Przełożenie ogólnych standardów na konkretne zachowania w nowych dla nas sytuacjach może jednak być trudne. Wiele zmian społecznych i technologicznych nas zaskakuje. Odnalezienie się w sytuacji wymaga czasu i drogowskazów. A te mogą być generalne, ale mogą też różnić się w zależności od specjalności lekarskiej. Jestem zwolennikiem rozwiązania, w którym pisze się komentarze czy zalecenia dla lekarzy odnoszące się do konkretnych sytuacji w odniesieniu do poszczególnych norm etycznych. Takich, w których się wyjaśnia, w imię czego obowiązuje dana

norma i dlaczego w danych okolicznościach stosujemy ją w dany sposób.

W Polsce zasady etyki lekarskiej reguluje Kodeks Etyki Lekarskiej. Czy ma on rozwiewać wszelkie wątpliwości, czy stanowić drogowskaz do szerszych interpretacji?

To, jak bardzo tego rodzaju dokument powinien być szczegółowy, zależy od warunków organizacyjnych i kulturowych danego kraju. Jeśli żyjemy i pracujemy w przewidywalnym świecie, to nie musimy tych reguł bardzo uszczegółwiać. Ale jeżeli ta przewidywalność jest niższa – np. z powodu szybko zmieniających się warunków technicznych czy kulturowych – to będziemy dążyli ku większej precyzji zasad etycznych lub będziemy dostrzegali potrzebę komentowania ich w sposób wrażliwy na różne konteksty. Na przykład lekarze w USA mają bardzo krótki kodeks, ale jest on obudowany wieloma wiążącymi opiniami odnoszonymi do konkretnych typów sytuacji. Dającymi na przykład odpowiedź na pytanie, jak postąpić z pacjentem nieprzestrzegającym zaleceń lekarskich. W takiej opinii wyjaśnione jest, na czym polega trudność i problematyczność sytuacji, i podane są możliwe sposoby reagowania, które są uważane za akceptowalne.

W polskich warunkach KEL pełni podwójną rolę – z jednej strony komunikuje, jakich postaw i działań oczekuje się od lekarzy, ale również jest podstawą orzecznictwa sądów lekarskich. Musi więc być odpowiednio klarowny, a równocześnie otwarty na różnorodność sytuacji.

Czy działanie w zgodzie z wartościami etycznymi wzmacnia pozycję społeczną lekarza?

Myślę, że jest to jeden z kluczowych elementów wpływających na prestiż tego zawodu. Szacunku do naszej pracy nie osiągniemy tylko przez przyzmat wiedzy.

Jakie umiejętności i kompetencje pomagają w przestrzeganiu norm etycznych?

Z tych najważniejszych wymienilibym samodyscyplinę, otwartość na innych, umiejętność zrozumienia trudnego położenia drugiego człowieka i wyobrażenia sobie siebie w analogicznej sytuacji.

Jak uczyć studentów medycyny postaw etycznych?

Trzeba ich uwrażliwiać na to, co jest istotne w relacji z pacjentem. Tak, aby umieli zauważać cierpienie, bezradność,

poczucie zagrożenia, zagubienie. A proza życia sprawia, że łatwo to przegapić. Jeśli chcemy nauczyć studentów medycyny etyki, najlepiej, żeby ich nauczyciele pokazywali im różne jej aspekty w swoim postępowaniu z pacjentem. W myśl zasady, że lepszy przykład niż wykład. Jeśli student widzi w postawie swojego nauczyciela szacunek, prawdę, równość i wyrozumiałość w relacji z pacjentem, jest większa szansa, że sam też taki będzie. Możemy teoretyzować o etycznych aspektach kontroli bólu czy uzyskiwania zgody na świadczenie, ale inaczej one będą wyglądały na oddziale położniczym, inaczej na pediatrii, a jeszcze inaczej na oddziale geriatrycznym. Norma jest ta sama, ale inne są obszary, na które trzeba być uwrażliwionym. Świetną metodą kształcenia etycznego jest więc omawianie trudnych sytuacji w trakcie zajęć praktycznych w klinice zarówno przez lekarza, jak i przez etyka. Dzięki temu student na bieżąco może zobaczyć, jak wartości etyczne jego przyszłego zawodu mogą się realizować w różnych obszarach medycyny.

Czy na etapie przyjmowania na studia medyczne powinno się weryfikować umiejętność bycia wrażliwym na dobro drugiego człowieka?

Na pewno należy sobie zdawać sprawę, że zawód lekarza – tak jak inne zawody wymagające zarówno wiedzy, jak i kompetencji etycznych – nie jest dla każdego. Trzeba być nie tylko bystrym, ale też mieć predyspozycje do tego zawodu. Trwają spory, czy powinno się weryfikować coś więcej niż wiedzę przyszłych lekarzy. W niektórych uczelniach

zagranych jest to praktykowane. Nie oznacza to, że postaw nie można kształtować w trakcie kształcenia. Na studia najczęściej aplikują młodzi i utalentowani ludzie, których postawy etyczne i wyznawane wartości jeszcze się kształtują. Wierzę, że studenci są zdolni i skłonni do doskonalenia się i idą na medycynę, bo chcą zrobić coś dobrego dla innych. Ten, kto nie jest na to gotów, powinien wybrać inny zawód. Jeśli ktoś nie może patrzeć na krew, to nie zostaje chirurgiem. Jeśli ktoś nie jest przygotowany na to, że czasem trzeba przedstawić pacjentowi złe wieści i nie chce się nauczyć, jak to robić w sposób uczciwy, a jednocześnie ze współczuciem i zrozumieniem, to nie powinien wybierać specjalizacji, która wiąże się z takimi wyzwaniami. ●

PROF. DR. HAB. N. HUM. PAWEŁ ŁUKÓW

Filozof, etyk, bioetyk, dziekan Wydziału Filozofii Uniwersytetu Warszawskiego, kierownik Zakładu Etyki Wydziału Filozofii UW, redaktor naczelny czasopisma „Etyka”, członek Krajowej Rady Transplantacyjnej, członek Komitetu Bioetyki przy Prezydium Polskiej Akademii Nauk, przewodniczący Komitetu Etyki w Nauce PAN, członek Europejskiej Grupy ds. Etyki w Nauce i Nowych Technologiach, autor wielu artykułów i książek poświęconych etyce, także w kontekście wykonywania zawodu lekarza.

Panu Profesorowi Pawłowi Łuków

Wyrazy głębokiego współczucia
z powodu śmierci

Mamy

*Składają członkowie i współpracownicy
Komisji Etyki Lekarskiej
Naczelnej Rady Lekarskiej*

TEMAT NUMERU

To pacjent powinien być w centrum uwagi

PIOTR KOŚCIELNIAK
DZIENNIKARZ

Postawy zgodnej z etyką lekarską powinniśmy wymagać nie dla nas, ale z myślą o pacjencie. Jestem przeciwnikiem traktowania Kodeksu Etyki Lekarskiej jak Kodeksu karnego – mówi dr Mateusz Szulca, wiceprezes Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, rzecznik praw lekarza WIL.

Uczestniczył Pan w Nadzwyczajnym Zjeździe Lekarzy. Jakie wrażenia? Było gorąco?
Atmosfera była zdecydowanie bardzo gorąca. Przyjęliśmy dwa bardzo ważne dokumenty. Jeden dotyczący wyborów, drugi dotyczący Kodeksu Etyki Lekarskiej. Ten pierwszy jest bardzo ważny, jeśli chodzi o struktury wewnętrzne, i na pewno wpłynie na przyszłość samorządu. Bo przecież głosowanie elektroniczne to jest ogromny krok naprzód, unowocześnienie procedury. Ale jak z każdym unowocześnieniem bywa, istnieje pewna obawa, czy to się uda, ale wierzymy, że jest to krok niezbędny. Cieszę się, że to przegłosowaliśmy. To ważna rzecz dla samorządu lekarskiego.

Drugi punkt jest ważny dla wszystkich lekarzy. Kodeks Etyki Lekarskiej jest drogowskazem pokazującym, jak powinniśmy się zachowywać jako lekarze, jaką postawę przyjmować, jakimi wartościami się kierować.

Jest Pan aktywny w samorządzie, ale również jest praktykującym lekarzem – przed chwilą wyszedł Pan z bloku operacyjnego. Czy z Pańskiego punktu widzenia kodeks rzeczywiście wymagał daleko idących modyfikacji?

Kodeks na pewno musiał być dostosowany do szybko zmieniających się warunków w otaczającym nas świecie. To po pierwsze cyfryzacja, która bardzo szybko wkracza w nasze życie. To nowoczesne technologie, w tym sztuczna inteligencja, ale także reklama. To dwie rzeczy, które są



foto: Wielkopolska Izba Lekarska

w kodeksie nowościami. Sami potrzebowaliśmy zredefiniowania pewnych wyrażeń – na przykład, czy trzeba „mieć obowiązek”, czy może „powinność”. Myślę, że autorzy chcieli położyć szczególny nacisk na pewne postawy, bo powinniśmy tego wymagać nie tylko dla siebie samych, ale także dla naszych pacjentów.

Wszyscy rozumiemy, że takie dokumenty trzeba dopasowywać do zmian wynikających z postępu technologicznego. Ale delegaci złożyli kilkadziesiąt poprawek do tekstu, który w zasadzie nie powinien budzić aż tak wielkich emocji.

Każdy z nas ma trochę inną wizję tego, czym powinien być kodeks, a wynika to z tego, że jako różni ludzie mamy po prostu różne poglądy. Widoczny był podział środowiska na dwie grupy. Jedni uważali, że lekarz powinien się kierować kodeksem, bo jest to dla niego drogowskaz, którego każdy lekarz powinien się trzymać, ale też dokonywać własnej oceny, czy idzie w dobrym kierunku. Inni natomiast twierdzili, że powinno się przyjąć ostrzejszą retorykę, żeby skuteczniej bronić się przed pewnymi postawami, które źle działają na wizerunek lekarza w społeczeństwie. Czyli kolokwialnie mówiąc: powinniśmy zrobić z Kodeksu Etyki Lekarskiej Kodeks karny i wciągać niektóre sprawy pod postępowanie przed rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej.

Ostatnio wielką karierę zrobiło słowo „pacjentocentryzm” rozumiane zarówno jako cecha systemu, jak i sposób postępowania lekarza wobec pacjenta. Jednym z tematów ostrej debaty wokół KEL była właśnie relacja lekarz-pacjent. Co naprawdę ma się teraz zmienić w postępowaniu lekarza?

Moim zdaniem relacja między pacjentem i lekarzem powinna być oparta na współpracy. Kiedyś ten system był dużo bardziej autorytarny, różnica w wiedzy była duża. Ale myślę też, że pacjentocentryzm nie

TEMAT NUMERU

Jak odbudować lekarski etos

PIOTR KOŚCIELNIAK
DZIENNIKARZ

jest dobrym określeniem, bo chodzi raczej o nazwanie pewnego kierunku. Robimy pewnego rodzaju ukłon w stronę pacjentów, zresztą słusznie, stawiamy na współpracę. Przecież to pacjent jest w centrum uwagi – o to chodzi w byciu lekarzem. Czy to dobry kierunek? Są pacjenci, którzy chcą nawiązać z nami dialog i współdecydować o terapii, ale są też i tacy, którzy do zaleceń terapeutycznych się nie stosują. I właśnie zmiany w kodeksie wskazują, że trzeba być jeszcze bardziej zyczliwym, jeszcze bardziej skoncentrowanym na pacjencie, mieć jeszcze więcej empatii.

Jednym z problemów polskiego systemu opieki zdrowotnej jest generalny brak zaufania pacjentów do lekarzy. Stąd bierze się brak compliance, leczenie według „doktora Google”. Myśli Pan, że kodeks pomoże odbudować to zaufanie?

Uważam, że właśnie chęć poprawy wizerunku lekarza mogła być przyczyną, dla której niektórzy chcieli zaostrożenia zapisów kodeksu. Przyznaję, że nie do końca się z tym zgadzam, bo jakkolwiek byśmy te zapisy zaostrzyli, to jednym dokumentem nie wymusimy odpowiednich zachowań i relacji między ludźmi. Powinniśmy skupić się na tym, żeby cały czas szkolić lekarzy, uczyć ich, wzajemnie się korygować, żeby zwracać uwagę na te rzeczy, które są dla nas ważne i które są ważne dla pacjenta. Musimy współpracować z pacjentem i pokazać, że faktycznie zasługujemy na szacunek. A jestem przekonany, że szacunek nam się należy, bo jesteśmy ciężko pracującymi ludźmi. Opiekujemy się chorymi, którzy są w bardzo trudnej dla siebie życiowo sytuacji i mają prawo do złości, rozgoryczenia i żalu. Lekarz jest często jedną z pierwszych albo w ogóle jedyną osobą, przy których te emocje mogą się uzewnętrznić. I to prawo pacjenta musimy szanować.

W tym kontekście warto podkreślić, jak bardzo ważna jest współpraca z rządem i z innymi organizacjami. Niestety, i rząd, i niektóre organizacje niejednokrotnie podważały nasz autorytet. Na przykład podczas pandemii COVID-19 najpierw były promowane szczepienia, a potem pojawiło się duże przyzwolenie dla ruchów antyszczepionkowych. Muszę przyznać, że przy takiej atmosferze wcale mnie nie dziwi, że spadało zaufanie do lekarzy. ●

Tempo pracy, presja czasu i wadliwa struktura polskiego systemu opieki zdrowotnej sprawiają, że coraz częściej zapominamy o fundamentach naszego zawodu. Kodeks etyki nam o nich przypomina – mówi dr Dariusz Samborski, członek Prezydium NRL, wiceprezes Lubelskiej Izby Lekarskiej, lekarz dentysta.

Podczas zjazdu przegłosowano dwie ważne sprawy – kodeks i nową procedurę wyborczą. Czy te zmiany były konieczne?

Wydaje mi się, że tak, szczególnie w przypadku Kodeksu Etyki Lekarskiej. Nowe technologie, nowe wyzwania obecnego świata, ale również nowe formy, w jakich my, lekarze, zaczynamy funkcjonować, wymusiły dostosowanie kodeksu do wyzwań, które są przed nami.

Postęp technologiczny jest często wskazywany jako bezpośredni powód nowelizacji kodeksu. Technologia zmienia coś w podstawowych zasadach etycznych?

Przede wszystkim daję nowe formy funkcjonowania w zawodzie, a te formy wymuszają pewne zachowania dotychczas niestandardowe czy nieobecne w naszej pracy. Takie zachowania muszą być jasno opisane i potraktowane z całą powagą i uwzględniać nasze poszanowanie zasad etyki.

O jakich nowych technologiach konkretnie mówimy?

Choćby o systemach e-recepty czy e-porady. To są nowe wyzwania wprowadzające nowe formy kontaktu z pacjentem. W takiej sytuacji zarówno pacjent, jak i lekarz muszą się czuć bezpiecznie. Te formy, mimo swojej nowoczesności i ułatwień w dostępności,



fot.: archiwum NIL

mogą jednak generować pewne uchybienia. Obecnie widzimy to chociażby w przypadku nadużyć w systemie e-recepty czy e-zwolnień.

Kolejnym przykładem jest sztuczna inteligencja, która może w pewien sposób przyspieszyć procedurę medyczną czy zastąpić lekarza w pewnych kwestiach. Taka technologia również może być niebezpieczna, jeśli chodzi o zdrowie i życie pacjenta. Lekarze korzystający z AI muszą mieć świadomość zasad postępowania, a także zagrożeń, jakie takie systemy niosą dla nich i dla ich pacjentów.

Wprowadzenie nowych zasad etycznych do kodeksu to tylko połowa sukcesu. Lekarze powinni się do tych zasad stosować, ale czy się stosują?

Odrzućmy hipokryzję. Kodeks Etyki Lekarskiej i zasady w nim zapisane znane są wszystkim. Wierzę, że każdy lekarz ma w tyle głowy te postanowienia, ale nie udawajmy, że każdy opiera swoje działania wyłącznie na nim. Kodeks etyki przypomina nam się mocno i jednoznacznie w sytuacjach, w których pojawiają się problemy. Dlatego chcielibyśmy, żeby on funkcjonował i był nadal podstawą naszej pracy i działania. Natomiast mamy świadomość tego, że w 100 proc. przypadków niestety tak nie jest. Stąd konieczność dookreślenia pewnych stwierdzeń. Dotyczy to spraw, które nie powinny być interpretowane na dwa różne sposoby. Tego wymaga nasz zawód, jego powaga i bezpieczeństwo pacjenta.

W Łodzi dało się słyszeć głosy, że postanowienia kodeksu powinny być bardziej zdecydowane, ostrzejsze. Jest Pan zwolennikiem takiej rygorystycznej wymowy kodeksu?

Przede wszystkim chciałbym, żebyśmy odbudowali etos zawodu i etos samorządu. Nie jestem zwolennikiem mocnego czy nakazowego działania. Moim zdaniem to do niczego dobrego

nie doprowadzi. Jesteśmy elitą zawodów i myślę, że pewne uściślenie i jasność zasad są potrzebne. Jednak, jak pan powiedział, ostrzejsze podejście, zbliżające nas do Kodeksu karnego, w przypadku naszego Kodeksu Etyki Lekarskiej, moim zdaniem, nie jest potrzebne. Bo przecież jeżeli dojdzie do jakiegoś przewinienia, to i tak z automatu włączają się przepisy ogólne. Natomiast nam zależy na tym, żeby etyka i powaga zawodu znowu stanowiły podstawowe wartości w naszej pracy.

Powiedział Pan „odbudować etos”...

Tak. Przez całą sytuację w systemie ochrony zdrowia etos pracy i etyka lekarska zostały trochę odsunięte na bok. A ja chciałbym, aby były one filarem naszego postępowania. Zarówno presja czasu, tempo pracy, jak i struktura systemu opieki zdrowotnej w Polsce, te wszystkie bolączki, z którymi musimy się codziennie borykać, sprawiły, że zapomnieliśmy o własnym zdrowiu, o odpowiedzialności i o odpowiednim czasie, który powinniśmy poświęcić pacjentowi. System nam tego nie ułatwia – musimy poświęcać czas

nadmiernej biurokracji, zamiast zając się pacjentem.

Porozmawiajmy o praktyce. Jak nowelizacja KEL wpłynie na pracę lekarzy stomatologów?

Najważniejsze jest to, że nowe przepisy dają jasną odpowiedź: co mogę, a czego nie. Na przykład w sprawie podejmowanie decyzji o współpracy z podmiotami komercyjnymi, w sprawie reklamy czy na przykład receptomatów. Będzie nam łatwiej podjąć decyzję, czy działamy zgodnie z zasadami etyki, czy jest to działanie, którego lepiej się nie podejmować.

Ale mówiąc o etyce, chcę jeszcze dodać dwa zdania o zjeździe. Dyskusja zjazdowa reprezentantów samorządu musi mieć charakter i poziom, który prowadzi do konkretnych wniosków i ustaleń. Dyskusja, którą prowadzi się tylko po to, aby zaistnieć, burzy powagę zjazdu. I jeżeli zapytamy, dlaczego tak niewielu młodych ludzi garnie się do samorządu lekarskiego, to z przykrością muszę stwierdzić, że może mieć na to wpływ forma naszych dyskusji. Chciałbym, aby młodzi lekarze mieli świadomość, że samorząd jest ich, że jest ważny, że warto brać udział w jego działaniach. ●

AKTUALNOŚCI

Uczelnie z długą listą zarzutów

MAŁGORZATA SOLECKA

Ministerstwo Nauki chce wycofania liberalizacji kryteriów, jakie muszą spełnić szkoły wyższe, by prowadzić kierunki lekarskie. W praktyce oznacza to, że zgodę na kształcenie przyszłych lekarzy będą mogły otrzymać tylko uczelnie akademickie. To nie wszystko – uczelnie, które w ostatnich miesiącach kontrolowała Polska Komisja Akredytacyjna, nie będą uwzględnione w rozporządzeniu o limitach miejsc, jakie wyda minister zdrowia. Nie będą więc mogły prowadzić naboru.

Sensacyjne decyzje – biorąc pod uwagę ton dyskusji, toczony przez polityków w ostatnich miesiącach – zostały ogłoszone

podczas posiedzenia sejmowej Podkomisji ds. nauki i szkolnictwa wyższego przez przedstawicieli resortów nauki oraz zdrowia.

Do 13 czerwca zakończy się audyt na dwunastu uczelniach, które kształcą na nowo utworzonych kierunkach lekarskich lub planują ich uruchomienie mimo wcześniejszej negatywnej oceny Polskiej Komisji Akredytacyjnej – zapowiedział przewodniczący PKA prof. Janusz Uriasz. Oznacza to tyle, że członkowie PKA zakończą kontrolę w tych jednostkach, natomiast cały proces przygotowania raportu, wniosków, potrwa jeszcze kilka dobrych tygodni. Ministerstwo Zdrowia musi zaś wydać rozporządzenie o limitach miejsc już teraz, by inne uczelnie mogły prowadzić nabory. Stąd wniosek ministra nauki Dariusza Wieczorka o nieuwzględnianie kontrolowanych w trybie nadzwyczajnym szkół w rozporządzeniu. Nie wyklucza to,

oczywiście, dalej idących decyzji, jeśli ocena PKA okaże się negatywna. Minister nauki może (ale nie musi) wydać decyzję o zamknięciu kierunku.

Lista zarzutów pod adresem uczelni, które uruchomiły kierunki lekarskie bez pozytywnej opinii PKA, jest długa i – jak mówił prof. Janusz Uriasz – obejmuje zarówno problemy infrastrukturalne, jak i przede wszystkim kadrowe. W niektórych szkołach nauczyciele akademicy co prawda figurują we wnioskach, jednak zajęć nie prowadzą. Zarówno przewodniczący PKA, jak i dyrektor Departamentu Rozwoju Kadr Medycznych Mariusz Klencki oraz prof. Marcin Gruchała, rektor GUM-ed i przewodniczący KRAUM podkreślali, że właśnie kwestia kadr może być tym, co przeważa o „być albo nie być” nowych kierunków lekarskich, bo kłopoty z zapewnieniem nauczycieli akademickich mają nawet najlepsze, renomowane uczelnie. ●

AKTUALNOŚCI

Krajowy Zjazd Lekarzy za elektronicznym głosowaniem

REDAKCJA

Nowy sposób głosowania ma podnieść frekwencję we wszystkich izbach. Ma też zwiększyć zainteresowanie lekarzy i lekarzy dentyków tym, co dzieje się w organach samorządu.



◀ Większość delegatów poparła zmiany, nad którymi Krajowa Komisja Wyborcza pracowała przez niemal dwa lata

foto: archiwum NIL, Karolina Baryszel, Mariusz Tomczak

Podczas Nadzwyczajnego XVI Krajowego Zjazdu delegaci podjęli decyzje dotyczące organizacji nadchodzących wyborów w strukturach samorządu lekarskiego. Największą zmianą jest wprowadzenie możliwości głosowania elektronicznego, przy czym utrzymana została możliwość głosowania osobistego i korespondencyjnego (w pierwszej turze).

Większość delegatów poparła zmiany, nad którymi Krajowa Komisja Wyborcza pracowała przez niemal dwa lata. Na początku roku do izb lekarskich trafiły wstępne wersje projektów, by zainteresowani mogli zgłaszać uwagi i poprawki.

Dr n. med. Jacek Kotuła przedstawił Zjazdowi trzy projekty uchwał w sprawie:

- regulaminu wyborów do organów i w organach izb lekarskich oraz trybu odwoływania członków tych organów,
- regulaminu działania Krajowej Komisji Wyborczej,
- regulaminu działania okręgowej komisji wyborczej.

NAWET KILKA TUR

Przedstawiając projekty Jacek Kotuła mówił, że wprowadzenie zmian stało się koniecznością, bo trzeba było je dostosować do realiów, wyciągając wnioski z licznych casusów lokalnych tak, by na podstawie obowiązujących regulacji zapewnić realne prawo lekarzy

i lekarzy dentyków do wybierania swoich przedstawicieli (i bycia wybranymi).

Ważnym czynnikiem, jaki brano pod uwagę przy projektowaniu nowych regulacji, jest potrzeba zwiększenia frekwencji w wyborach do organów samorządu – czyli zwiększenie aktywności lekarzy i lekarzy dentyków przy wyborach delegatów na okręgowe zjazdy lekarskie. W niektórych izbach zdecydowana większość delegatów udaje się wybrać w jednej lub dwóch turach, w innych potrzeba było do tej pory przeprowadzać ich więcej. Wprowadzenie głosowania elektronicznego ma zwiększyć szanse na wyższą frekwencję i usprawnić proces. Jednocześnie jednak, jak podkreślał Jacek Kotuła, utrzymano – w pierwszej turze – możliwość głosowania osobistego i korespondencyjnego, co ma zapobiec ewentualnej dyskryminacji lekarzy mniej chętnie posługujących się narzędziami cyfrowymi. Referując proponowany kształt regulaminu wyborów Jacek Kotuła przypomniał, że wprowadzenie trybu elektronicznego było przygotowane już przed XV Krajowym Zjazdem Lekarzy w 2022 r. Wówczas jednak do ich uchwalenia zabrakło quorum. Tym razem prace nad uchwałami w sprawie wyborów zaplanowano na pierwszy dzień zjazdu.

Nowe zasady będą obowiązywać już w najbliższych wyborach, a fakt, że prawdopodobnie w ciągu kilku tygodni – jak obiecała delegatom osobiście minister zdrowia Izabela Leszczyna – lekarze będą mogli w aplikacji mObywatel mieć elektroniczne PWZ, niewątpliwie ułatwi przeprowadzenie całej operacji. Przy wyborach lekarze i lekarze dentyści będą mogli bezpiecznie logować się do systemu. Przed wyborami, jak mówił Jacek Kotuła, będzie możliwość przetestowania systemu tak, by we właściwym momencie zadziałał bez szwanku.

RÓWNOŚĆ I REPREZENTATYWNOŚĆ

Kwestia głosowania elektronicznego nie wzbudzała kontrowersji bo, po pierwsze, zdecydowana większość lekarzy, również seniorów, w ciągu ostatnich kilku lat mocno się „scyfrizowała”. Po drugie, w pierwszej turze regulamin wyborów utrzymuje możliwość głosowania osobistego i korespondencyjnego. Dopiero w kolejnych turach, jeśli będą konieczne, będzie możliwe wyłącznie głosowanie elektroniczne. To ma zapewnić równość głosowania i reprezentatywność jego wyników. Dlatego, choć na etapie prac nad nowym regulaminem pojawił się pomysł, by w wyborach delegatów na okręgowe zjazdy lekarskie obowiązywał tylko tryb elektroniczny, na tak daleko idącą zmianę Krajowa Komisja Wyborcza się nie zdecydowała.

PARYTET DELEGATUR

Delegaci nie poparli natomiast wniosku, zgłoszonego przez Dariusza Kutellę, by zjazd przyjął przedstawiony regulamin wyborczy bez poprawek. – Prace trwały dwa lata, ten dokument jest spójny, wprowadzanie zmian może mieć nieobliczalne skutki – argumentował delegat, prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Gdańsku.

To jednak nie kwestia elektronicznego głosowania, a parytetu delegatur w wyborach na poziomie okręgowych zjazdów lekarskich podzieliła zgromadzonych. Projekt, przedstawiony przez Krajową Komisję Wyborczą, przewidywał rezygnację z tego rozwiązania, bo – jak argumentowali jego autorzy – ustawa o izbach lekarskich przewiduje mechanizm parytetów tylko co do zawodów lekarza i lekarza dentystry, a regulamin wyborów powinien zapewniać ich równość. Rozwiązanie polegające na sztywnym przyporządkowaniu delegaturom określonej liczby mandatów na okręgowe zjazdy lekarskie może więc budzić

► Zmiany w regulaminie wyborów wpisują się w hasło „samorząd przyszłości” – mówił prezes NRL

foto: archiwum NIL, Karolina Bartylek, Mariusz Tomczak



wątpliwości. Prowadzi do sytuacji, w której głosy wyborców mają różną wagę, a jeśli tak – część wyborców jest uprzywilejowana względem pozostałych.

Jednak większość delegatów zgromadzonych w Łodzi odrzuciła tę propozycję KKW i poparła poprawkę polegającą na utrzymaniu obecnych regulacji, mimo że – jak zwracano uwagę w dyskusjach, również kuluarowych, uzasadnienia

Choć wprowadzono możliwości głosowania elektronicznego, utrzymano głosowanie osobiste i korespondencyjne w pierwszej turze

dla utrzymywania tego rozwiązania w dobie ogromnej mobilności lekarzy i lekarzy dentystów praktycznie nie ma. Wygrało, jak się wydaje, przywiązanie do tradycji.

PAMIĘĆ INSTYTUCJONALNA

Delegaci utrzymali też – wbrew stanowisku KKW, która chciała liberalizacji tego przepisu – zasady, że ustępujący rzecznik odpowiedzialności zawodowej „jest uprawniony do wskazania kandydatów na funkcję zastępców rzecznika następczej

kadencji, nie będących delegatami na zjazd, w liczbie nie przekraczającej połowy ogólnej liczby zastępców rzecznika ustępującej kadencji” (analogiczna zasada dotyczy sądu ustępującej kadencji). Ta zasada, jak tłumaczy prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Łukasz Jankowski „chroni pamięć instytucjonalną” pionu odpowiedzialności zawodowej.

Bez wątplenia jednak kluczową zmianą jest elektroniczny tryb głosowania. – Liczymy, że wprowadzenie możliwości takiego głosowania podniesie frekwencję we wszystkich izbach – powiedział Michał Bulsa, prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie, członek prezydium Krajowej Komisji Wyborczej, dodając, że ostatecznie frekwencja zależy w największym stopniu od tego, jak sprawnie w danym okręgu działa izba. Duże znaczenie ma też jej wielkość, bo w mniejszych izbach łatwiej jest – zwykle – uzyskać wyższy poziom uczestnictwa w wyborach.

– Dwa lata temu Krajowy Zjazd Lekarzy powierzył mi misję kierowania samorządem z hasłem „samorząd przyszłości”. Zmiany w regulaminie wyborów związane z możliwością elektronicznego głosowania, wpisują się w to hasło i wierzę, że zwiększą zainteresowanie lekarzy i lekarzy dentystów tym, co dzieje się w organach samorządu, który tworzymy – skomentował prezes samorządu, Łukasz Jankowski. ●

AKTUALNOŚCI

Ochrona zdrowia – priorytet polskiej prezydencji w UE

MAŁGORZATA SOLECKA
DZIENNIKARKA

Pakiet farmaceutyczny, cyfryzacja, bezpieczeństwo lekowe, zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży – to tylko niektóre obszary, na które Polska chce zwrócić uwagę w czasie swojej prezydencji przypadającej na pierwsze półrocze 2025 r. To będzie szczególny czas, bo swoje prace będzie programować nowy Parlament Europejski i nowa Komisja Europejska.

Polska prezydencja w Unii Europejskiej będzie absolutnie najważniejsza dla całych następnych pięciu lat. Mamy czas, żeby się dobrze przygotować, formułujemy konkretne wnioski dla polskiej prezydencji – apelowałam na Europejskim Kongresie Gospodarczym (EEC) w Katowicach Jerzy Buzek, były premier, były przewodniczący Parlamentu Europejskiego, kończący w tej chwili swoją karierę europosła. Polityk podkreślał, że dwie dekady członkostwa w Unii Europejskiej to niewiarygodny skok w kierunku „lepszego, lepiej zorganizowanego, bogatszego, realnie bezpieczniejszego Polski”. – Dwa razy większy PKB to znaczy, że jesteśmy dwa razy bogatsi. Wielkie inwestycje, które widzimy na każdym kroku, i nasze piękne miasta i wsie. Ale i tak około dwa, trzy razy więcej niż te inwestycje przynosi nam udział we wspólnym rynku – wyliczał.

INTERESY WSZYSTKICH

Trudno polemizować z tak przedstawionym bilansem, ale też trudno zaprzeczyć, że jest obszar, w którym Polska wyraźnie odstaje od benchmarku Unii Europejskiej. Jest nim, niestety, ochrona zdrowia. To nie tylko rażąco niższe wydatki, ale przede wszystkim odbiegające od średniej wskaźniki zdrowotne. Wynika to częściowo z gorszej dostępności do świadczeń zdrowotnych, ale przede wszystkim – jak się wydaje – z zaniedbań na polu zdrowia publicznego, od zanieczyszczenia powietrza rozpoczynając (bo nasz kraj dzierży niechlubną palmę pierwszeństwa w liczbie

zgonów zależnych od smogu w przeliczeniu na populację), po kwestie związane z aktywnością fizyczną, dietą i używkami.

Mimo to, a może właśnie dlatego, na kilka miesięcy przed objęciem prezydencji (i na kilka tygodni przed wyborami do Parlamentu Europejskiego) to właśnie tematy związane ze zdrowiem miały swoją sesję podczas ECC, choć trzeba też przyznać, że wątek wyzwań w kontekście prezydencji przewijał się również podczas innych dyskusji panelowych w ciągu trzech dni konferencji.

– Prezydencja w UE jest przedsięwzięciem wielowymiarowym i skomplikowanym, polega na wypracowaniu kompromisów możliwych do zaakceptowania przez wszystkie 27 krajów – przypomniała Katarzyna Kacperczyk, wiceminister zdrowia, podczas sesji „Prezydencja i zdrowie”. Za największe wyzwanie w obszarze zdrowia wiceminister odpowiedzialna przede wszystkim za sprawy europejskie uznała finalizację prac nad pakietem farmaceutycznym (jest doświadczoną specjalistką w zakresie polityki zagranicznej, pracowała na eksponowanych stanowiskach w MSZ w rządach PO-PSL oraz Zjednoczonej Prawicy). – Wypracowanie kompromisu uwzględniającego interesy wszystkich, nie tylko firm farmaceutycznych, ale także pacjentów i pozostałych uczestników systemu,

będzie wyznacznikiem naszego sukcesu i umiejętności prowadzenia negocjacji – stwierdziła.

Wszystko na to wskazuje, że prace nad pakietem farmaceutycznym Polska będzie kończyć w czasie prezydencji, natomiast obszar danych zdrowotnych na poziomie europejskim jest ciągle „w powijakach”. Dzięki temu będziemy też mogli się dzielić swoimi doświadczeniami. Z dużych krajów UE Polska jest jednym z najbardziej zaawansowanych na polu cyfryzacji zdrowia (choć np. do Estonii nam jest daleko). – Proces wdrażania pakietu danych medycznych jest rozłożony na lata, ale my zaczynamy od początku: musimy wyznaczyć instytucje, które będą regulowały dostęp do danych, zajmą się kwestiami technicznymi, finansowaniem, systemem zachęt, współpracy i wymiany doświadczeń. Polska będzie miała w tym obszarze ogromną rolę do odegrania, zyskuje też okazję, aby pokazać, co nam samym udało się do tej pory zrobić – mówiła Kacperczyk. Wskazywała jednocześnie, że cyfryzacja zdrowia wpisuje się w szerszą agendę zmian wymuszanych przez ekspansję sztucznej inteligencji i wyzwań, jakie niesie ze sobą nowa rzeczywistość.

PANDEMICZNE DZIEDZICTWO

Polska w czasie prezydencji będzie się też mierzyć z tematami,

ZA CHWILĘ WYBORY

9 czerwca w całej Unii Europejskiej odbędą się wybory do Parlamentu Europejskiego. Na listach nie brakuje również lekarzy i lekarzy dentyistów:

- Bartosz Arłukowicz, Szczecin, KKW Koalicja Obywatelska
- Witold Bąkowski, Nowy Targ, KW Polexit
- Krzysztof Bojarski, Łęczna, KKW Koalicja Obywatelska
- Maciej Bonna, Chojnice, KKW Koalicja Obywatelska
- Hanna Czerska, Stężyca, KKW Trzecia Droga PSL-PL2050 Szymona Hołowni
- Anna Dąbrowska-Banaszek, Chełm, KW Prawo i Sprawiedliwość
- Dariusz Dubis, Sanok, KKW Trzecia Droga PSL-PL2050 Szymona Hołowni
- Andrzej Duda, Warszawa, KWW Bezpартyjni Samorządowcy – Normalna Polska
- Włodzisław Giziński, Bydgoszcz, KKW Koalicja Obywatelska
- Grzegorz Kardas, Łódź, KKW Trzecia Droga PSL-PL2050 Szymona Hołowni
- Jarosław Katulski, Tuchola, KKW Koalicja Obywatelska
- Ewa Kopacz, Radom, KKW Koalicja Obywatelska
- Mirosław Maszluch, Bytów, KKW Trzecia Droga PSL-PL2050 Szymona Hołowni
- Dawid Murawa, Poznań, KKW Lewica
- Bogusława Orzechowska, Ostróda, KW Prawo i Sprawiedliwość
- Cezary Pakulski, Szczecin, KKW Trzecia Droga PSL-PL2050 Szymona Hołowni
- Marcin Sowiński, Pucice, KW Konfederacja Wolność i Niepodległość
- Małgorzata Terlecka-Maciejewska, Warszawa, KKW Trzecia Droga PSL-PL2050 Szymona Hołowni
- Witold Tomczak, Kępno, KW Konfederacja Wolność i Niepodległość
- Ewa Wendrowska, Tomaszów Mazowiecki, KW Prawo i Sprawiedliwość
- Ireneusz Weryk, Nidzica, KKW Koalicja Obywatelska



foto. Shutterstock.com

które Unia traktuje priorytetowo, przynajmniej od czasu pandemii COVID-19. Jeśli wcześniej były jakieś wątpliwości, jak ważne jest bezpieczeństwo lekowe czy profilaktyka zdrowotna (w tym szczepienia ochronne), lata 2020-2022 je zdecydowanie rozwiały. Częścią pandemicznego „dziedzictwa” są też wyzwania związane ze zdrowiem psychicznym, zwłaszcza dzieci i młodzieży. – Wpisuje się ono oczywiście w szerszy kontekst zdrowia psychicznego, ale w czasie naszej prezydentury chcielibyśmy zainicjować merytoryczną debatę na temat tego problemu w aspekcie nowych wyzwań cyfryzacyjnych. Z pewnością w czasie polskiej prezydentury nie uda się stworzyć konkretnych aktów legislacyjnych, bo wiąże się z tym długotrwały proces, ale mamy nadzieję, że temat zostanie zauważony i doczeka się dalszych prac – wyjaśniała wiceminister Kacperczyk.

Do wyzwań polskiej prezydentury w kontekście cyfryzacji – czy też szerzej, innowacyjności – nawiązywał również w dyskusji prezes Naczelnej Rady Lekarskiej, Łukasz Jankowski. Jak mówił, w tej chwili

polscy lekarze innowatorzy, którym samorząd stworzył platformę współpracy, nawiązują kontakty z lekarzami z innych krajów UE. – Musimy zdać sobie sprawę, że po pierwsze trwa globalny wyścig do innowacji, po drugie Europa ten wyścig przegrywa – tłumaczył. Polska w ocenie prezesa Jankowskiego na tym polu nie ma się czego wstydzić. Z naszych rozwiązań w zakresie e-zdrowia wiele krajów wspólnoty mogłoby skorzystać, ale konieczne jest przeniesienie dyskusji na wyższy poziom. Dobrym pomysłem byłoby, według Jankowskiego, powstanie ram instytucjonalnych na szczeblu UE, które mogłyby wspierać oddolnie podejmowane inicjatywy w zakresie innowacji.

W wystąpieniu lidera lekarskiego samorządu nie mogło jednak zabraknąć tematu, który środowisku od dłuższego już czasu spędza sen z powiek. – Jakość kształcenia. Nie ma kraju w UE, który mógłby powiedzieć, że ma za dużo lekarzy. Migracje, przepływy to norma. Uznawanie kwalifikacji jest uregulowane, ale widzimy pewne luki. W Polsce, ale i w Niemczech, i na Malcie możliwe

staje się studiowanie kierunku lekarskiego online. Konieczne są najwyraźniej nowe rozwiązania. Obecne, mimo że teoretycznie wszystko jest przecież uregulowane, nie blokują skutecznie pojawiających się nowych pomysłów na kształcenie lekarzy – wyjaśniał.

SZCZEPIONIA I STYL ŻYCIA

Z kolei według prof. Jarosława Pinkasa, konsultanta krajowego w dziedzinie zdrowia publicznego, mottem polskiej prezydencji mogłoby być hasło: „Europa zaszczepiona dobrymi wyborami zdrowotnymi”, łączące dwa kluczowe tematy zdrowia publicznego w państwach wspólnoty, czyli szczepienia ochronne oraz medycynę stylu życia, co przekłada się na elementarną, fundamentalną profilaktykę pierwotną. To, że Stary Kontynent, w tym kraje UE, już w tej chwili płacą – i będą płacić w przyszłości, być może wcale nie tak odległej – za tolerowanie (przez lata) ekspansji inspirowanych przez kremlowskie farmy trolli ruchów antyszczepionkowych, widać jak na dłoni. Kolejne kraje meldują ogniska odry i krztuśca. Wzrost zachorowań tylko na te dwie choroby jest wręcz porażający, również w Polsce. Przy okazji Europejskiego Tygodnia Szczepień pod koniec kwietnia eksperci zwracali uwagę na negatywne scenariusze, które mogą być związane z dwoma wielkimi wydarzeniami sportowymi zaplanowanymi na miesiące wakacyjne. I mistrzostwa Europy w piłce nożnej (Niemcy), i igrzyska olimpijskie (Francja) mogą stać się okazją do szybkiej transmisji i wirusa odry, i krztuśca (o innych wirusach, w tym COVID-19, nie wspominając). To dlatego eksperci współpracujący na szczeblu europejskim przekonują do wspólnej strategii szczepień i wyznaczenia dla UE bardziej ambitnych celów, również związanych z wymianą informacji o szczepieniach.

Wymagałoby to jednak wprowadzenia choćby podstawowych mechanizmów wyrównywania poziomów zaszczepienia – a dane pokazują, że między krajami o najwyższych poziomach immunizacji a tymi, które zamykają stawkę, jest duża przepaść. Dość przywołać przykład sezonowej grypy. Według danych publikowanych przez Vaccines Europe podczas gdy w Irlandii zaszczepione jest 70 proc. populacji osób powyżej 65. roku życia, na Łotwie jest to 9 proc. W przypadku szczepień przeciw HPV w prowadzącej w zestawieniu Szwecji poziom zaszczepienia 15-latków wynosi 83 proc. w przypadku dziewcząt i 77 proc. w przypadku

chłopców. W zamykającej stawkę Bułgarii jest to 2 proc.

Jednym z kluczowych problemów, na których będą się skupiać w najbliższej (i nie tylko) kadencji Parlament Europejski i Komisja Europejska, są choroby nowotworowe. Mówił o tym podczas inauguracji kampanii do PE Bartosz Arłukowicz (europosel IX kadencji, pracował w komisji ds. walki z chorobami nowotworowymi do wyborów 15 października ub.r., w których wywalczył mandat poselski i zrezygnował z zasiadania w PE). – Europa, która potrafi budować drogi i stadiony, musi zająć się walką z rakiem – mówił. – Tylko razem możemy stawić czoła globalnym wyzwaniom.

WIELE NIEWIADOMYCH

Nie tylko były premier uważa, że polska prezydencja przypada na szczególny moment. – Będziemy mieli nowy Parlament Europejski i nową Komisję Europejską, pojawi się wiele niewiadomych. Jednocześnie jest to dla nas okazja do udziału w budowaniu agendy UE na kolejne lata i architektury współpracy w różnych obszarach. To pole do działania dla wszystkich uczestników systemu, dlatego należy uspołnić dialog i pokazać to, co mamy najlepszego do zaoferowania – podkreśliła Katarzyna Kacperczyk. Zwróciła uwagę, że do tej pory Polska nie słynęła w Brukseli z przesadnego zainteresowania tematami związanymi ze zdrowiem. Teraz, jak stwierdziła, może się to zmienić.

Nic jednak nie wskazuje, by to zainteresowanie miało się zmaterializować w postaci aspiracji Polski do obsadzenia stanowiska komisarza ds. zdrowia. W połowie maja kandydująca do Parlamentu Europejskiego była premier Ewa Kopacz (europosłanka KO, wiceprzewodnicząca PE IX kadencji) oficjalnie zapowiedziała, że Polska będzie się ubiegać o stanowisko komisarza ds. obrony. To również kwestia priorytetów dostrzeganych przez polityków, których aktywność publiczna przez wiele lat kojarzyła się wyłącznie ze zdrowiem. – Te wybory decydują o przyszłości Europy. O bezpieczeństwie naszych rodzin, naszych dzieci, wnuków i najbliższych. Europa będzie musiała sobie poradzić z autorytarnymi zapędami Putina. Będzie

musiała wyciągnąć pomocną dłoń do ginących na froncie Ukraińców, którzy walczą nie tylko o przyszłość Ukrainy. Walczą też o nasze bezpieczeństwo i bezpieczeństwo całej Europy – podkreślał podczas inauguracji kampanii Arłukowicz. ●

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

EUROPEJSKI PAKIET FARMACEUTYCZNY

– to kompleksowy zestaw przepisów i inicjatyw, których celem jest regulacja sektora farmaceutycznego w Unii Europejskiej. Został przyjęty przez Komisję Europejską w kwietniu 2023 r. Pakiet obejmuje takie zagadnienia, jak dostępność leków, jakość i bezpieczeństwo produktów farmaceutycznych, badania kliniczne, rozwój innowacyjnych produktów leczniczych etc. Mówiąc najprościej, pakiet z jednej strony ma stworzyć optymalne warunki przemysłowi farmaceutycznemu, przede wszystkim firmom innowacyjnym (m.in. przez ochronę patentową), z drugiej – stymulować rozwijanie poprawiające dostępność leków dla obywateli wspólnoty. Chodzi również o wyrównywanie dostępności do terapii innowacyjnych pomiędzy różnymi krajami UE (wyzwaniem numer jeden jest skrócenie tzw. czasu dostępu w krajach, które przystąpiły do Unii Europejskiej dwie dekady temu lub później, bo jest on w porównaniu z większością krajów „starej UE” dużo dłuższy). Firmy mają być nagradzane (dłuższą ochroną patentową), jeśli złożą wnioski refundacyjne jednocześnie lub w podobnym czasie we wszystkich państwach członkowskich Unii Europejskiej.

PRAWO I MEDYCINA

Wymagający szef czy mobber

Zawód lekarza, szczególnie w sytuacji leczenia pacjenta w stanie zagrożenia życia, obarczony jest dużym narażeniem na stres. Nie upoważnia to jednak lekarza do niekontrolowanych wybuchów agresji słownej, używania wulgaryzmów czy też odrzucania narzędzi chirurgicznych.

Okręgowy sąd lekarski (OSL) uznał lekarza za winnego. Popelniony przez niego czyn polegał na tym, iż w okresie kilku lat jako ordynator oddziału zabiegowego nadzorując pracę personelu pielęgniarskiego bloku operacyjnego, wielokrotnie, w niedopuszczalny prawem sposób, tj. przez podnoszenie głosu oraz używanie wulgaryzmów w trakcie wykonywania operacji, dyskredytował umiejętności i fachowość personelu. Naruszył w ten sposób godność zawodu lekarza. Sąd wymierzył mu karę pieniężną w wysokości czterokrotnego miesięcznego wynagrodzenia (27 114 zł).

Obrońca lekarza odwołał się od tego orzeczenia do Naczelnego Sądu Lekarskiego (NSL). Zarzucił OSL błąd w ustaleniach faktycznych polegający na dowolnym ustaleniu, że obwiniony krzyczał na pokrzywdzone, znieważał je, używał wulgaryzmów, a jego zachowanie naruszyło zasady etyki lekarskiej, jak również spełniało znamiona mobbingu.

NSL nie znalazł przesłanek do wydania orzeczenia uniewinniającego obwinionego. Z drugiej jednak strony, uznając nadmierną dolegliwość wysokości kary pieniężnej i konieczność poniesienia przez obwinionego kosztów postępowania, zmniejszył ją o połowę.

JEDYNIENIE POTĘGOWAŁ STRES

Sprawy dotyczące mobbingu, niesprecyzowane wystarczająco w KEL, są dla sądów lekarskich bardzo trudne. Mobbing oznacza działania lub zachowania dotyczące pracownika lub skierowane przeciwko niemu, które polegają na uporczywym i długotrwałym nękananiu lub zastraszaniu. Działania te muszą także wywoływać u pracownika zaniżoną ocenę przydatności zawodowej i mogą mieć na celu jego poniżenie i ośmieszenie, a także izolowanie lub eliminację z zespołu. Z drugiej strony, granica pomiędzy

JACEK MIARKA
PRZEWODNICZĄCY
NACZELNEGO SĄDU LEKARSKIEGO



wymagającym szefem a mobberem w naszym zawodzie może być trudna do określenia i dość płynna.

NSL w oparciu o doświadczenie zawodowe ma pełną świadomość, iż zawód lekarza, szczególnie w sytuacji leczenia pacjenta w stanie zagrożenia życia, obarczony jest dużym narażeniem na stres. Niejednokrotnie lekarz ma kilka sekund na podjęcie właściwej decyzji, od której zależy dalszy los pacjenta. Jednakże fakt ten nie upoważnia lekarza do wybuchów agresji słownej, używania wulgaryzmów czy też niekontrolowanego odrzucania narzędzi chirurgicznych niespełniających jego oczekiwań. Nie należy zapominać, iż sytuacji stresowej w trakcie operacji jest poddany cały uczestniczący w niej personel, a nie wyłącznie główny operator. Dlatego też spokój i opanowanie lekarza stanowią gwarancję bezpieczeństwa w czasie zabiegu.

Nie ulega także wątpliwości, iż aktualny model pracy w każdym zespole medycznym nie może być oparty, jak dotychczas, na zasadach paternalistycznych. Musi być oparty na systemie partnerskim, w którym każdy członek zespołu zna swoją rolę, przez co nie dochodzi do wzajemnego zastraszania, a ewentualne nieprawidłowości nie są rozwiązywane krzykiem, przekleństwami czy też przerzucaniem odpowiedzialności na drugą osobę, lecz omówieniem

problemów z całym zespołem po zakończeniu operacji. Tylko taki system zapewnia zarówno odpowiednie bezpieczeństwo pacjenta, jak też gwarantuje niezbędny komfort pracy. Obwiniony najwyraźniej nie zauważał, iż swoim zachowaniem potęgował stres u pozostałych członków zespołu.

MEDIACJA ZAMIAST SĄDU

Z ustaleń NSL nie wynika bezpośredni umyślny zamiar deprecjowania wybranych pielęgniarek. Obwiniony zachowywał się w nieetyczny sposób w sytuacjach stresowych, wobec pojawienia się komplikacji. Powinien jednak jako wybitny profesjonalista przewidywać także negatywne skutki w zakresie niedopuszczalnej ingerencji w sferę prawną chronionych dóbr współpracowników. Nie sposób uznać tego rodzaju postępowania za zachowanie zgodne z normami etycznymi, jakimi w pracy zawodowej powinien kierować się lekarz. Noblesse oblige. Można tylko żałować, że ten długotrwały konflikt między wybitnym lekarzem a pielęgniarkami nie został zakończony w drodze mediacji przed trafieniem do sądu.

Na koniec trzeba stwierdzić, że mimo trudności w postępowaniu żadne dotychczasowe orzeczenie NSL w sprawach mobbingu nie zostało uchylone przez Sąd Najwyższy. ●

PRAWO I MEDYCINA

Analiza DNA: ekshumacja rzekomego ojca

PROF. DR HAB. TOMASZ JUSTYŃSKI

Gdyby przepisy w Polsce były takie, jak we Francji, nie byłoby obawy o „procesowy” spokój zmarłego, który nie poddał się badaniom w celu ustalenia lub zaprzeczenia ojcostwa. Tymczasem taka obawa jest, zwłaszcza w kontekście niedawnego wyroku Sądu Najwyższego.

Ives Montand, francuski aktor i piosenkarz święcił triumfy w latach 70-tych i 80-tych XX-tego wieku we Francji i w całej Europie, także w Polsce. Do dzisiaj wielu z przyjemnością słucha jego największych przebojów, chociaż – oczywiście – nie jest to już rzecz tak samo trafiająca w gusta współczesnej młodszej generacji. We Francji piosenkarz stał się jeszcze bardziej znany za sprawą analizy DNA, której swoistą ofiarą padł w 1998 r. Ale po kolei.

NIEMOŻLIWE STAŁO SIĘ PROSTE

W latach 90-tych XX. wieku do użycia weszła nowa, ale naukowo już ugruntowana i sprawdzona metoda ustalania „śladu genetycznego”: analiza DNA. Odkrycie, że kod genetyczny człowieka jest u każdego inny i zupełnie niepowtarzalny (pomijając tzw. bliźniaków jednojajowych) nie jest nowe (co może trochę zaskakiwać zostało dokonane jeszcze w XIX wieku). Prawdziwy przełom przyniosło jednak dopiero zbadanie struktury kodu DNA (za co w 1962 r. nagrodę Nobla otrzymali: Francis Crick, James Watson oraz Maurice Wilkins, a pośmiertnie w 1993 r. Rosalind Franklin). Dopiero to odkrycie otworzyło prawdziwie nową epokę. Niemożliwe stało się teraz oczywiste, a nawet dość proste.

Badanie DNA ma dziś wiele zastosowań. Można byłoby je długo wylizować. Na gruncie prawa pozwala m.in. na identyfikację sprawców najcięższych przestępstw kryminalnych.

Największą karierę analiza DNA zrobiła jednak w sprawach o ustalenie ojcostwa. Od starożytności można było

opierać się w tym zakresie tylko na większym lub mniejszym prawdopodobieństwie. Ponieważ ojcostwa (w przeciwieństwie do macierzyństwa) nie dało się z całą pewnością ustalić, trzeba było zadowolić się tzw. domniemaniami. Obserwacjami opartymi na doświadczeniu życiowym, ale co oczywiste, do pewności nawet nie przybliżającymi.

PEWNOŚCI NIE BYŁO

Wzorem antycznych Rzymian przyjmowano zatem, że ojcem dziecka jest mąż matki. Zwykle przecież oczywiście był. Potem nauczono się wyznaczać tzw. okres koncepcyjny. Czyli czas, w którym musiało dojść do poczęcia dziecka urodzonego w określonej dacie. W konsekwencji – w przypadku kobiety niezamężnej – ojcem dziecka stawał się ten komu wykazano, że w czasie pomiędzy 300 a 181 dniem przed urodzeniem dziecka obcował z jego matką. Przy tym dzień trzechsetny brał się z obserwacji najdłuższej znanej normalnej ciąży, zaś 181 najkrótszej. Również tu, co oczywiste, żadnej pewności nie było. Kobieta przecież – w tak długim okresie – mogła obcować fizycznie nie z jednym, ale z nawet kilkoma mężczyznami. Spektrum możliwości dopełniło następnie tzw. uznanie dziecka (albo raczej zgodnie z dzisiejszą, poprawniejszą nomenklaturą – „uznanie ojcostwa”). Także tu o żadnej pewności mowy nie ma. Mężczyzna, który uważa się za ojca składa oświadczenie, matka zaś

potwierdza, że on właśnie ojcem jej dziecka jest i...nikt nie próbuje nawet tego kontrolować. Tak jest, gdy chodzi o stan prawny w zasadzie do dzisiaj.

Rzecz zmieniła się radykalnie, gdy do użycia weszło badanie DNA. Wreszcie pojawiła się szansa na pewność. Możliwości stworzone przez nową metodę zachwyciły i zbliżyły medyków i prawników.

Szczególnym przykładem wiary w potęgę badania DNA jest proces sądowy znany prawnikom jako tzw. „sprawa Yves Montand’a”.

UDERZAJĄCE PODOBIENSTWO

W 1989 r. do sądu w Paryżu (*tribunal de grande instance de Paris*) wpłynął pozew małoletniej Aurory Drossart. Twierdziła ona ni mniej, ni więcej tylko, że Yves Montand jest jej nieślubnym ojcem. Jak można było przewidzieć, aktor nie podzielił tego przekonania, konsekwentnie i stanowczo przeczył, zanim jednak zdążył stawić się w sądzie zmarł na atak serca.

Sąd paryski stanął przed trudnym zadaniem. Ostatecznie kierując się uderzającym podobieństwem skarżącej do zmarłego i biorąc pod uwagę jego odmowę zgody na przeprowadzenie badań krwi, w 1994 r. powództwo uznał za uzasadnione i ojcostwo zmarłego potwierdził.

Wyrok rozpoczął prawdziwie napoleońską batalię sądową z licznymi zwrotami, ryzykownymi szarżami i ostatecznie mocno zaskakującym zakończeniem. Przy tym wszystko

działo się w świetle jupiterów, na oczach coraz bardziej zbulwersowanej opinii publicznej i było hałaśliwie relacjonowane przez media.

Oczywiście, rodzina reprezentująca interesy zmarłego wyrok zaskarżyła i zaofiarowała przeprowadzenie badań DNA. Sąd Apelacyjny (*Cour d'appel de Paris*) przychylił się. Pobrano więc materiał genetyczny skarżącej („domniemanej córki”) oraz najbliższego żyjącego krewnego zmarłego, tj. jego siostry. Już wkrótce wiadomo było, że badania przeprowadzone w odpowiednich instytucjach pokrewieństwo wykluczyły.

Wydawało się, że sprawa doszła wreszcie do finału. Nic jednak podobnego. Adwokaci skarżącej, nie bez racji podnieśli, że... nie może być pewności czy siostra zmarłego jest rzeczywiście jego „genetyczną” siostrą. Innymi słowy czy oboje nie byli jedynie przyrodnim, nie zaś pełnym rodzeństwem.

Nie było innego wyjścia niż odwołać się do ekshumacji dla przeprowadzenia badań DNA samego aktora. Żądali tego pełnomocnicy skarżącej, protestowała rodzina. Ostatecznie sześć lat po śmierci Montand'a, w ramach postępowania odwoławczego, ekshumowano zwłoki aktora spoczywającego na cmentarzu Père-Lachaise dla wykonania ekspertyzy genetycznej. Opinia publiczna była więcej niż zbulwersowana gdy po jej przeprowadzeniu okazało się, że... pokrewieństwa brak. Trzej eksperci, niezależnie od siebie, wykluczyli ojcostwo Montand'a. W tej sytuacji, co oczywiste, również kasacja powódki sukcesu nie odniosła. Sprawa została definitywnie zamknięta (*Cour de cassation 2001*). Nota

bene sama skarżąca do dzisiaj nie „została przekonana”. W ubiegłym roku (tj. w kwietniu 2023 r.) ukazała się książka Anne Drossart (matki skarżącej) na temat „ojcostwa” Ives Montand'a.

ZAKAZ EKSHUMACJI

Zapewne swoisty „kac moralny”, który pojawił się w następstwie tego nieusprawiedliwionego i bezprecedensowego naruszenia spokoju zmarłego, doprowadził do stanowczej reakcji francuskiego prawodawcy. W jej rezultacie ekshumacja dla celów ustalenia ojcostwa została we Francji wprost zakazana.

W sierpniu 2004 r. zmieniony został art. 16-11 Kodeksu cywilnego francuskiego (Kodeksu Napoleona). Zgodnie z jego treścią pośmiertna identyfikacja na podstawie genetycznego „odcisku palca” w sporach cywilnych jest możliwa jedynie wówczas, gdy zmarły jeszcze za życia wyraził na nią zgodę.

Obecnie zatem dowodzić ojcostwa można wszelkimi dostępnymi, ale jednak innymi niż ekshumacja sposobami.

NIEPEWNY STAN PRAWNY

W Polsce badania DNA, mimo podejmowanych niejednokrotnie przez ustawodawcę prób, nie zostały na użytek procesu cywilnego prawnie uregulowane. Stwarza to duży obszar niepewności także,

choć nie tylko, w opisanym kontekście. Brak regulacji prawnej dopuszczającej obowiązek poddania się badaniu dla ustalenia (bądź zaprzeczenia) ojcostwa utrudnia wiele postępowań o ustalenie ojcostwa, a w szczególności postępowań o zaprzeczenie ojcostwa.

Obecny, niesatysfakcjonujący stan rzeczy ma jednak tę zaletę, że sąd raczej nie powinien nakazać „przymusowego” pośmiertnego badania DNA. Skoro nie jest dopuszczalne przymusowe badanie „przyżyciowe” brak powodów aby inaczej miało być *post mortem* (po śmierci).

Oczywiście, zdecydowanie lepsza byłaby sytuacja ukształtowana na wzór francuski. Wtedy także w Polsce nie powstawałby nawet cień obawy o „procesowy” spokój zmarłego. Obecnie obawa taka może być niestety uzasadniona, skoro ostatnio nawet Sąd Najwyższy aprobująco rozważał ekshumację dla ustalenia ojcostwa i ganił sąd niższej instancji za jej pominięcie (sygn. akt II CSK 444/20).

Niestety na coraz bardziej potrzebną, odpowiednią regulację prawną, przyjdzie zapewne jeszcze poczekać. ●

Autor jest profesorem na Uniwersytecie Mikołaja Kopernika w Toruniu, Kierownikiem Katedry Prawa Cywilnego, LL.M

PRAWO I MEDYCYNĄ

Może być trudno zsynchronizować kilka kalendarzy

Orzeczenie komisji o zawieszeniu lub ograniczeniu prawa wykonywania zawodu muszą podpisać wszyscy jej członkowie. A to oznacza, że każdy z nich musi być obecny na każdym posiedzeniu komisji.

Jeżeli okręgowa rada lekarska stwierdzi, że istnieje uzasadnione podejrzenie niezdolności lekarza do wykonywania zawodu lub ograniczenia w wykonywaniu ściśle określonych czynności medycznych ze względu na stan zdrowia uniemożliwiający wykonywanie zawodu lekarza, powołuje komisję złożoną z lekarzy specjalistów z odpowiednich dziedzin medycyny. Komisja ta wydaje orzeczenie w przedmiocie niezdolności lekarza do wykonywania zawodu albo ograniczenia w wykonywaniu ściśle określonych czynności medycznych”.

Podobnie jak w przypadku uzasadnionego podejrzenia nieprzygotowania zawodowego informację o podejrzeniu niezdolności do wykonywania zawodu mogą złożyć różne podmioty. Rada lekarska może powziąć taką informację również samodzielnie (np. poprzez swoich członków) z prasy czy z internetu. Zasada pisemnej formy informacji będzie przydatna dla dokumentowania zasadności podejrzenia rady co do potrzeby powołania komisji. Czyli jeśli rada uznaje informacje za uzasadnione podejrzenie niezdolności lub ograniczenia, co powinna w sposób przejrzysty zawrzeć w uchwale, nie ma możliwości niepowołania komisji. Po prostu ją powołuje.

SIEDM LAT WYKONYWANIA ZAWODU

O ile w postępowaniu dotyczącym nieprzygotowania zawodowego przy powoływaniu komisji obowiązuje radę tylko przepis ustawy (art. 11), o tyle przy powoływaniu komisji w sprawie oceny stanu zdrowia lekarza podejrzanego o niezdolność do wykonywania zawodu rada powinna się zastosować do trybu

GRZEGORZ WRONA
SEKRETARZ
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ



określonego w rozporządzeniu ministra zdrowia z 3 listopada 2011 r. W skład komisji okręgowa rada lekarska powołuje lekarzy będących członkami tej okręgowej izby

Dla płynności postępowania istotne będzie przemyślane planowanie kolejnych czynności komisji i ocena kompletności dokumentacji

lekarskiej, wykonujących zawód lekarza co najmniej od siedmiu lat i posiadających specjalizację w odpowiedniej dziedzinie medycyny. Rozporządzenie nie przesądza o liczbie członków komisji. Trzeba jednak zaznaczyć, że próba synchronizacji więcej niż trzech lekarskich kalendarzy może stanowić niemałą przeszkodę w ustaleniu terminu/terminów posiedzeń komisji. Rozporządzenie przewiduje, że orzeczenie komisji musi zostać podpisane przez wszystkich jej członków, determinuje zatem

konieczność obecności każdego na każdym posiedzeniu komisji.

Rozporządzenie przewiduje także, że przewodniczącym komisji jest członek okręgowej rady lekarskiej, w miarę możliwości posiadający specjalizację w odpowiedniej dziedzinie medycyny. Spór wynikający z redakcji tego przepisu był rozstrzygany w przeszłości. Poza sporem pozostawało, że przewodniczący komisji musi być członkiem rady i wykonywać zawód lekarza przez siedem lat. Co ciekawe, rozporządzenie przewiduje aż sześć okoliczności uniemożliwiających sprawowanie obowiązków członka (także przewodniczącego) komisji.

WĄTPLIWOŚCI I TRUDNOŚCI

Na koniec dwie uwagi. Pierwsza dotyczy obowiązku ciążącego na przewodniczącym komisji, który jest zobowiązany do pisemnego powiadomienia lekarza o składzie komisji – imiona, nazwisko i specjalizacja każdego z członków. Lekarz po otrzymaniu tych danych może złożyć wniosek o wyłączenie ze składu wskazanego lub wskazanych członków komisji z powodów wymienionych w rozporządzeniu.

W razie skutecznego wyłączenia – a rozporządzenie nie przesądziło, czy taki wniosek rozpatruje sama komisja czy też rada – okręgowa rada lekarska podejmuje uchwałę o zmianie składu komisji. Wydaje się, że pojawi się oczekiwanie, aby zmieniony skład przeprowadził postępowanie od początku.

I druga uwaga. Już fakt opisany wcześniej (listowne, terminowe powiadomienia) może sugerować, że postępowanie napotykać będzie nie tylko na trudności zwane merytorycznymi. Z wątpliwościami natury medycznej specjaliści w dziedzinie właściwej dla podejrzewanej choroby sobie poradzą. Ale pojawiać się będą trudności natury proceduralnej. Stąd istotne dla płynności postępowania będzie uważne, przemyślane planowanie kolejnych czynności komisji i każdorazowa ocena kompletności dokumentacji.

Pamiętać także musimy o wpływającym szybko czasie. Kadencja rady trwa cztery lata, a postępowania w sprawach niezdolności do wykonywania zawodu z powodu choroby mogą przekraczać granice zmiany składu rady. Istotnym więc pozostaje wybór przewodniczącego komisji, szczególnie w drugiej części kadencyjnego czasu.

MAŻ ZAUFANIA

I na zakończenie: rozporządzenie – nie ustawa – umożliwi podejrzewanemu o niezdolność do wykonywania zawodu



foto.: Shutterstock.com

lekarzowi wskazanie tzw. męża zaufania. Oczywiście nie może to być członek komisji. Mąż zaufania może uczestniczyć we wszystkich czynnościach komisji „z wyjątkiem wydania orzeczenia”. Chodzi zapewne o czynność będącą poradą komisji nad orzeczeniem. Pamiętać zatem musimy o obowiązku powiadamiania męża zaufania o podejmowanych czynnościach. Czy komisja musi respektować

wnioski męża zaufania o zmianę terminu czynności? Wydaje się, że nawet prawdziwie zasadne usprawiedliwienie niemożności uczestnictwa męża zaufania nie hamuje czynności komisji. Mając jednak na względzie całokształt okoliczności opisanych i nieopisanych w ustawie i w rozporządzeniu, w niektórych przypadkach komisje będą z tego powodu zapewne znosić terminy. ●

Miało być zwolnienie z ZUS, a wyszedł bubel

Wczwartek 23 maja Senat zaakceptował bez poprawek ustawę wprowadzającą tzw. wakacje składkowe. Jej dalszy los zależy od decyzji prezydenta. Prawnicy nie mają jednak wątpliwości: ustawa wzbudza wiele wątpliwości.

Osoby prowadzące firmy będą mogły raz do roku zaniechać opłaty w wysokości 1628,63 zł pobieranej na poczet składek (w przypadku tzw. dużego ZUS-u). Jednak będą wyjątki.

Wakacje składkowe to możliwość niepłacenia przez przedsiębiorcę – również lekarza rozliczającego się ryczałtem, według skali podatkowej lub 19 proc. stawką liniową – składek na ubezpieczenia społeczne przez miesiąc w roku.

Z wakacji nie można jednak skorzystać z automatu, konieczne jest złożenie wniosku do ZUS w miesiącu poprzedzającym wybrany przez siebie miesiąc „wakacyjny”. Możliwość taką mają przedsiębiorcy objęci ubezpieczeniem społecznym, którzy zatrudniają do 10 osób (z przedsiębiorcą włącznie), a ich przychody nie przekroczyły w ostatnich dwóch latach 2 mln euro.

Zwolnienie będzie można uzyskać ze składek na ubezpieczenie społeczne oraz na Fundusz Pracy i Fundusz Solidarnościowy. O ile składki na ubezpieczenie społeczne będą refundowane przez budżet państwa, takiej refundacji nie

będzie w przypadku funduszy pracy i solidarnościowego.

Przedsiębiorca chętny do skorzystania z wakacji nie będzie musiał zawieszać działalności, czyli będzie mógł nadal wystawiać faktury czy uzyskiwać z niej przychody.

Wątpliwości przy stosowaniu ustawy budzi jednak to, że nie wiadomo ile osób ma być zgłoszonych do ubezpieczenia, by płatnik (lekarz) skorzystał z wakacji składkowych. Poza tym niemal pewne jest, że ZUS wykorzysta przepisy do ograniczenia luzu interpretacyjnego i będzie masowo odrzucał wnioski o wakacje kredytowe. ●

awa

PRAWO I MEDYCYNĄ

Weryfikacja tożsamości pacjenta: od gabinetu do teleporad

JOANNA BELOWSKA, EWA OWERCZUK, ZUZANNA ZAPOTOCZNA
KANCELARIA DOMAŃSKI ZAKRZEWSKI PALINKA Sp. k.

Dbanie o prawidłową identyfikację tożsamości pacjenta powinno być postrzegane nie tylko jako prawny obowiązek i kolejny biurokratyczny wymóg, ale również jako przejaw dbałości o bezpieczeństwo chorego w gabinecie lekarskim.

Wdobie postępującej digitalizacji usług medycznych potwierdzenie tożsamości pacjenta wyłania się jako istotny, choć często niedostrzegany, element praktyki lekarskiej. Biorąc pod uwagę zmieniające się przepisy i coraz bardziej cyfrowy charakter opieki zdrowotnej, dla wielu lekarzy proces ten może się okazać wyzwaniem – zarówno z prawnego, jak i praktycznego punktu widzenia. W tym kontekście niedawno przyjęty Kodeks postępowania dla sektora ochrony zdrowia Polskiej Federacji Szpitali wnosi znaczący wkład w standardy postępowania, promując najlepsze praktyki dotyczące weryfikacji tożsamości pacjentów.

IDENTYFIKACJA

Przepisy i regulacje dotyczące ochrony danych osobowych nakładają na podmioty wykonujące działalność leczniczą (PwDL) obowiązek identyfikacji pacjenta przed przystąpieniem do świadczeń medycznych i administracyjnych. Ustalenie tożsamości danej osoby i jej uprawnień do świadczeń zdrowotnych jest też wymagane w związku z realizacją żądania wynikającego z art. 15-22 RODO (ustawa o ochronie danych osobowych z 10 maja 2018 r.). Weryfikacja tożsamości jest więc nie tylko wymogiem prawnym, ale i pierwszym elementem budowania zaufania pomiędzy pacjentem a lekarzem czy placówką.

Weryfikacja jest kluczowym etapem, który powinien nastąpić przed zapisaniem danych osobowych pacjenta (wprowadzeniem ich do systemu), realizacją praw wynikających z RODO, jak również przed

udostępnieniem pacjentowi jego dokumentacji medycznej.

Podczas wizyty w gabinecie lekarze i personel medyczny powinni poprosić pacjenta o okazanie dokumentu tożsamości ze zdjęciem, imieniem i nazwiskiem oraz, o ile to możliwe, numerem PESEL. W efekcie najczęściej okazywany jest dowód osobisty. Zgodnie z art. 50 ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach

Podmioty lecznicze nie są upoważnione do przechowywania kopii dokumentów tożsamości pacjentów. Mogą jednak i powinny – rejestrować datę oraz rodzaj dokonanej weryfikacji

opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, pacjent może potwierdzić swoją tożsamość w różny sposób, czyli przez okazanie dowodu osobistego, paszportu, prawa jazdy, legitymacji szkolnej albo przy użyciu dokumentu mObywatel. W przypadku cudzoziemców uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa, pacjenta można zweryfikować także przez okazanie innego dokumentu potwierdzającego jego tożsamość.

A to oznacza, że poza dowodem osobistym możliwe jest potwierdzenie tożsamości przy użyciu różnych nośników danych, których cechą wspólną jest to, że pozwalają bez żadnych wątpliwości zweryfikować tożsamość pacjenta.

Co do zasady weryfikacja tożsamości pacjenta w rejestracji jest standardową procedurą, która ma na celu zapewnienie, że dane i świadczenia zdrowotne są prawidłowo przypisywane do konkretnej osoby. W praktyce jednorazowa weryfikacja tożsamości w rejestracji może być wystarczająca dla celów administracyjnych i udzielenia zaplanowanych świadczeń zdrowotnych. Jednak w sytuacjach szczególnych, takich jak dostęp do szczególnie wrażliwych danych medycznych czy udzielanie świadczeń w innych niż standardowych okolicznościach, zaleca się ponowne potwierdzenie tożsamości. Dotyczy to również wielokrotnie widywanych pacjentów.

Teleporady, jako stosunkowo nowe, ale bardzo popularne w postpandemicznych czasach formy kontaktu lekarz-pacjent, wymagają bardziej nowatorskich metod weryfikacji tożsamości. Podczas udzielania teleporad należy pamiętać, aby tożsamość pacjenta została potwierdzona przez rejestratora, lekarza czy pielęgniarkę przed rozpoczęciem wizyty. Używanie kwalifikowanego

podpisu elektronicznego, profilu zaufanego ePUAP, elektronicznego dowodu osobistego czy systemów takich jak Internetowe Konto Pacjenta to przykłady narzędzi, które mogą potwierdzić tożsamość pacjenta na odległość. Ważne jest, aby w sytuacji jakichkolwiek wątpliwości co do personaliów pacjenta podmiot leczniczy miał techniczną możliwość zażądania od pacjenta dodatkowych danych lub przeprowadzenia dodatkowych czynności weryfikacyjnych, na przykład poprzez połączenie wideo.

Podmioty lecznicze nie są upoważnione do przechowywania kopii dokumentów tożsamości swoich pacjentów ze względu na ochronę ich prywatności. Mogą jednak – i powinny – rejestrować datę oraz rodzaj dokonanej weryfikacji.

PRZEDSTAWICIEL I OPIEKUN

Codziennością praktyki lekarskiej, szczególnie w specjalizacjach pediatrycznych, jest konieczność potwierdzenia tożsamości osoby reprezentującej pacjenta – rodzica, opiekuna prawnego czy innej osoby upoważnionej. Placówki medyczne, aby zapewnić zgodność swoich działań z obowiązującymi regulacjami prawnymi, mają obowiązek sprawdzić, czy osoba deklarująca się jako przedstawiciel pacjenta faktycznie nim jest.

Aktualna praktyka sugeruje dwa podejścia: weryfikację tożsamości przedstawiciela pacjenta wraz z pisemnym oświadczeniem potwierdzającym uprawnienia do reprezentowania pacjenta lub – w przypadku rodziców czy opiekunów – przedstawienie dokumentów potwierdzających pokrewieństwo lub status opiekuna prawnego.

Choć przestrzeganie tych procedur może wydawać się dodatkowym biurokratycznym wymogiem stawianym



foto: Shutterstock.com

przed placówkami i lekarzami, jest niezbędne dla zagwarantowania bezpieczeństwa danych pacjentów i ochrony przed ewentualnymi nadużyciami. Właściwe wdrożenie procedur zgodnie z obowiązującymi przepisami i najlepszymi praktykami będzie miało kluczowe znaczenie dla wzmacniania zaufania pacjentów do systemu opieki zdrowotnej.

UPRAWNIENIA LEKARZA

Jedynym dokumentem, który potwierdza prawo do wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry w Polsce, jest dokument wydawany przez okręgowe rady lekarskie na podstawie art. 1-7 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry.

Lekarze i lekarze dentyści prowadzący indywidualną praktykę

nie są na podstawie obowiązujących przepisów zobligowani do okazywania swoich uprawnień pacjentom, jednakże mają obowiązek udostępnienia informacji (np. numeru PZW) pozwalających na weryfikację ich prawa do wykonywania zawodu w publicznych rejestrach.

Opisane wcześniej obowiązki to nie tylko biurokracja. Pacjent, który wie, że lekarz udzielający mu świadczeń dba o bezpieczeństwo jego danych, to pacjent, który czuje się w gabinecie lekarskim bezpiecznie. Poczucie bezpieczeństwa to z kolei droga do otwartości na temat stanu zdrowia, a im większą wiedzę na temat symptomów będzie miał lekarz, tym większa jest szansa na dobranie odpowiedniej terapii. ●

REKLAMA



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

PODATKI I FINANSE

Kiedy lekarz może płacić ryczałt

ANNA MISIAK, PATRYCJA KJANOWSKA

Rezygnacja z etatu w szpitalu na rzecz własnej działalności gospodarczej nie musi być przeszkodą w wyborze ryczałtu ewidencjonowanego jako formy opodatkowania. Zdaniem sądów administracyjnych, a nawet fiskusa, dopuszczalna jest częściowa zbieżność wykonywanych czynności.

Ryczałt dla lekarzy to specyficzna forma opodatkowania. Stawka podatku wynosi 14 proc. i jest naliczana od całkowitego przychodu, bez odliczania kosztów jego uzyskania, jak ma to miejsce w przypadku podatku liniowego czy skali podatkowej. Na pierwszy rzut oka wydawać by się mogło, że ta forma opodatkowania nie zawsze będzie korzystna. Okazuje się jednak, że jest atrakcyjna dla lekarzy, których koszty prowadzenia działalności są minimalne lub niewielkie w porównaniu do ich dochodu.

USŁUGI MEDYCZNE

Usługi medyczne podlegające opodatkowaniu stawką 14 proc. to te, które zostały sklasyfikowane w sekcji Q, dziale 86 Polskiej Klasyfikacji Wyrobów i Usług, dotyczącej opieki zdrowotnej. Są to m.in.:

- 86.10.1 Usługi świadczone przez szpitale,
- 86.21.1 Usługi w zakresie ogólnej praktyki lekarskiej,
- 86.22 Usługi w zakresie specjalistycznej praktyki lekarskiej,
- 86.22.1 Usługi w zakresie specjalistycznej praktyki lekarskiej,
- 86.23.1 Usługi w zakresie praktyki dentystrycznej,
- 86.90.1 Pozostałe usługi w zakresie opieki zdrowotnej.

Trzeba jednak pamiętać, że nie każdy może skorzystać z tej formy opodatkowania. Prawo do ryczałtu nie przysługuje przedsiębiorcy/wspólnikowi spółki cywilnej, jawnej, który uzyskuje przychody w ramach działalności prowadzonej samodzielnie (lub jako wspólnik) ze sprzedaży towarów handlowych lub wyrobów

lub ze świadczenia usług na rzecz aktualnego lub byłego pracodawcy, odpowiadających czynnościom wykonywanym przez niego (lub innego wspólnika):

- w roku poprzedzającym rok podatkowy lub
- w roku podatkowym – na rzecz tego pracodawcy w ramach stosunku pracy.

PRACA NA RZECZ OBECNEGO BĄDŹ BYŁEGO PRACODAWCY

Opodatkowanie ryczałtem jest wyłączone w stosunku do podatników uzyskujących przychód z działalności gospodarczej ze świadczenia usług na rzecz obecnego lub byłego pracodawcy i usługi te odpowiadają czynnościom, które podatnik wykonywał w roku poprzedzającym rok podatkowy albo wykonywał lub wykonuje w roku podatkowym w ramach stosunku pracy lub spółdzielczego stosunku pracy.

Zwrot „odpowiadających czynnościom” odnosi się do przychodów ze świadczenia usług na rzecz byłego lub obecnego pracodawcy tożsamych z czynnościami, które podatnik wykonywał w ramach stosunku pracy. Tym samym wyłącznie częściowa zbieżność wykonywanych czynności nie stanowi przesłanki wyłączającej możliwość opodatkowania ryczałtem działalności gospodarczej (częściowa zbieżność nie jest równoznaczna z tożsamością). A to oznacza, że uzyskiwane przez lekarza przychody ze

świadczenia usług sklasyfikowanych pod symbolem PKWiU 86.22.1 – usługi w zakresie specjalistycznej praktyki lekarskiej, mogą być opodatkowane 14-proc. stawką ryczałtu.

STANOWISKO FISKUSA I SĄDÓW

Sądy administracyjne wskazują w wyrokach, że czynności zawierające się w leczeniu szpitalnym i dyżurach kontraktowych nie są tożsame. I to mimo faktu, że polegają na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, a co za tym idzie – wymagają podejmowania tych samych lub podobnych procedur, działań czy środków leczniczych (wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gliwicach z 5 maja 2016 r., I SA/Gl 1056/15).

Sądy uważają, że tożsamość czynności wynikających z zatrudnienia z czynnościami wykonywanymi w ramach kontraktu nie oznacza, że nie mogą się one pokrywać w części. Tożsame nie są czynności, które pokrywają się tylko w części. Pomimo występowania wspólnych elementów w obu rodzajach działalności ich zakres nie jest identyczny i nie pokrywa się w pełni. Zbieżność czynności wynikających z zatrudnienia z czynnościami wykonywanymi w ramach kontraktu wynika bowiem ze specyfiki zawodu lekarza (wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z 18 września 2018 r., II FSK 2416/16).

Dyrektor Krajowej Informacji Skarbowej również wielokrotnie wypowiedział się na temat możliwości opodatkowania przychodu ze świadczenia usług w ramach działalności gospodarczej ryczałtem w wysokości 14 proc. Usługi świadczone były przez lekarzy na rzecz tego samego podmiotu, dla którego uprzednio wykonywali obowiązki na różnych stanowiskach w ramach stosunku pracy. Przedstawiamy krótkie podsumowanie stanów faktycznych prezentowanych w interpretacjach.

W interpretacji z 6 marca 2024 r. (0113-KD IPT2-1.4011.10.2024.2.RK) lekarz początkowo wykonywał swoje obowiązki na stanowisku młodszego asystenta – rezydenta na podstawie umowy o pracę. Do jego zadań należało m.in. opiekowanie się chorymi powierzonymi opiece, prowadzenie dokumentacji medycznej, codzienne uzupełnianie i staranne prowadzenie historii choroby, pełnienie dyżurów

lekarskich w klinice neurologii pod nadzorem lekarza specjalisty, uczestniczenie w obchodach i notowanie w czasie obchodów otrzymanych zaleceń, weryfikowanie postępowania diagnostyczno-terapeutycznego z kierownikiem specjalizacji lub w razie jego nieobecności z innym lekarzem specjalistą spośród starszych asystentów, w przypadku stanów nagłych i zagrażających życiu chorego, których załatwienie przekracza możliwości młodszego asystenta, porozumiewanie się ze starszym asystentem, względnie kierownikiem kliniki.

Lekarz wskazał, że po zdaniu egzaminu zdobędzie odpowiednią specjalizację, która również pozwoli mu na zmianę stanowiska na starszego asystenta. Do jego obowiązków należeć będzie: opiekowanie się chorymi powierzonymi opiece, prowadzenie dokumentacji medycznej, codzienne uzupełnianie historii choroby, pełnienie dyżurów lekarskich w klinice neurologii jako kierownik dyżuru (nadzorowanie pracy młodszego lekarza rezydenta, przeprowadzanie wieczornego obchodu chorych, kwalifikacja pacjentów do zabiegów). Zakres obowiązków jest częściowo zbieżny, ale wzbogacony o dodatkowe czynności związane z tytułem specjalisty. Organ podatkowy stwierdził w interpretacji, że nie ma przeciwwskazań, aby lekarz wykonywał w dalszym ciągu swoje usługi na rzecz byłego pracodawcy i płacił ryczałt od przychodów ewidencjonowanych.

Również w interpretacji z 22 lutego 2024 r. (0112-KDIL2-2.4011.115.2024.1.MW) lekarz napisał, że zamierza podjąć współpracę z dotychczasowym pracodawcą polegającą na świadczeniu usług jako specjalista. Będzie wykonywał badania, a także sprawował nadzór nad pracą całej pracowni. Będzie odpowiadał za kwestie proceduralne, działania i wyniki osób nadzorowanych (pozostałego personelu – tzn. lekarzy rezydentów). Będzie sprawował nadzór i kontrolę nad przechowywanymi w pracowni płynami infuzyjnymi, lekami i sprzętem diagnostyczno-leczniczym. Wskazał we wniosku, iż czynności wykonywane na podstawie przyszłej umowy cywilnoprawnej nie będą tożsame z wykonywanymi w ramach stosunku pracy.

W tym przypadku organ podatkowy również potwierdził stanowisko lekarza. Stwierdził, że skoro świadczone przez niego usługi w ramach prowadzonej działalności gospodarczej będą się różnić się od tych, które wykonuje jako lekarz rezydent w ramach umowy o pracę, to możliwe będzie opodatkowanie ryczałtem.

W poprzednich latach organy podatkowe również zajmowały podobne stanowisko.

Na przykład w interpretacji z 19 lipca 2022 r. (0115-KDWT.4011.-437.2022.2.AGW) fiskus stwierdził:

• **przykładowe obowiązki wykonywane na podstawie umowy o pracę:** udzielanie świadczeń zdrowotnych, udzielanie pomocy pacjentom, uzyskanie zgody pacjenta na badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych, czuwanie nad właściwym tokiem pracy oddziału, nadzorowanie podległego personelu, dbałość o dyscyplinę pracy, organizowanie pracy personelu, kontrolowanie i ponoszenie odpowiedzialności za pracę podległego personelu, kontrolowanie prowadzonej przez pracowników dokumentacji, zgłaszanie przełożonym wniosków dotyczących poprawy standardu świadczonych przez szpital usług;

• **przykładowe usługi świadczone w ramach umowy B2B:** udzielanie świadczeń zdrowotnych, realizacja zamówienia polegająca na wykonaniu czynności służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu zdrowia pacjentów oraz innych działań medycznych wynikających z procesu leczenia pacjentów lub właściwych przepisów, przestrzeganie zasad wykonywania świadczeń zdrowotnych, prowadzenie dokumentacji medycznej.

Podobnie w interpretacji z 18 lipca 2022 r. (0115-KDWT.4011.379.-2022.3.RS):

• **przykładowe obowiązki wykonywane na podstawie umowy o pracę:** przestrzeganie, aby każdy ciężko chory był bezzwłocznie zbadany i aby była mu udzielona pomoc lekarska, organizacja pracy na oddziale, nawiązywanie kontaktu i współpracy z chorym i jego rodziną, dbanie o standard leczenia pacjentów, nadzorowanie sposobu leczenia chorego, omawianie przypadków chorobowych z lekarzami zatrudnionymi na oddziale, obchód, czuwanie nad doszkalaniami personelu, ponoszenie odpowiedzialności za sporządzanie grafików dyżurów lekarskich;

• **przykładowe usługi świadczone w ramach umowy B2B:** diagnostyka, leczenie, sprawowanie opieki nad pacjentami, ustalanie rozpoznania i leczenia pacjenta, omawianie, konsultowanie z personelem medycznym przypadków

chorobowych, prowadzenie dokumentacji medycznej, wykonywanie innych czynności wynikających z potrzeb oddziału, współpraca z personelem oddziału oraz innych oddziałów, dbanie o racjonalne zlecenie badań diagnostycznych i prawidłową gospodarkę lekami, wykonywanie konsultacji specjalistycznych wraz z niezbędnymi badaniami (USG itp.) w innych oddziałach.

Dyrektor Krajowej Informacji Skarbowej zajął we wspomnianych interpretacjach podatkowych analogiczne stanowisko i wskazał, że jeżeli usługi świadczone w ramach umowy B2B nie są tożsame z czynnościami, które lekarz wykonuje w szpitalu jako ordynator, to ma on prawo opodatkować przychody z tej działalności zryczałtowanym podatkiem dochodowym.

POKRYWAJĄ SIĘ W CZĘŚCI

Z przedstawionych stanowisk sądów oraz organów podatkowych wynika, że za tożsame nie są uznawane czynności, które pokrywają się ze sobą w jakimś stopniu. Dopuszczalna jest sytuacja, w której czynności wykonywane na podstawie umowy o pracę na rzecz byłego lub obecnego pracodawcy pokrywają się w części z usługami świadczonymi w ramach działalności gospodarczej. Co więcej, fiskus dopuszcza sytuację, w której podatnik podejmuje te same procedury, działania, stosuje te same środki lecznicze. Model ten akceptowany jest, pod warunkiem że usługi świadczone w ramach prowadzonej działalności faktycznie różnią się od czynności wykonywanych w ramach stosunku pracy. Dla uznania jako „odpowiadające” wymagane jest porównanie poszczególnych czynności w szerokim kontekście, tj. nie tylko działań sensu stricte, ale także ich ogólnego charakteru i zakresu. Dlatego nie ma przeszkód, aby uzyskany przychód z prowadzonej działalności na rzecz pracodawcy lekarz mógł opodatkować ryczałtem. •

Anna Misiak jest doradcą podatkowym, szefem Zespołu Podatków Osobistych i Doradztwa dla Pracodawców oraz partnerem w MDDP, a Patrycja Kijanowska jest tam konsultantką

PODATKI I FINANSE

Uważaj na „Karguli” zza miedzy

ANNA WOJDA

Sąsiad zazdrości ci samochodu? To wcale nie jest niecodzienna sytuacja. Dziecko dostało drogie prezenty na komuniją? Polacy masowo donoszą nie tylko na okolicznych mieszkańców, ale nawet na rodzinę.

Sąsiad patrzy z zachwytem na Twoje nowe auto? Też chce takie mieć? Uważaj! Zamiast do salonu, może pobiec do najbliższego urzędu skarbowego gdzie uprzejmie poinformuje o tym, że sąsiad ma lepiej. Ciekawe dlaczego.

Anonimowe donosy do urzędów skarbowych to już norma. Pojawiają się najczęściej w czasie komunii, ale też po świętach albo wtedy, gdy sąsiad podjeżdża pod dom nowym nabytkiem. I nie chodzi w tym wszystkim o troskę o finanse publiczne, ale zwyczajnie – o zwykłą zazdrość. Nawet jeśli sąsiad rzetelnie rozlicza się z fiskusem i rzeczywiście stać go nawet na nowe porsche, sąsiad nie musi być o tym przekonany.

Przypomnijmy zatem: przy zakupie auta, ale także każdego innego przedmiotu wartego więcej niż 1 tys. zł mamy 14 dni na poinformowanie o tym urzędu skarbowego i złożenie deklaracji PCC-3 (dotyczy podatku od czynności cywilnoprawnych).

Fiskusowi trzeba zapłacić 2 proc. wartości umowy. Jeśli jednak wartość wpisana w deklaracji odbiega od średniej wartości rynkowej, urzędnicy sami określ wartość (a co za tym idzie kwotę należnego podatku).

Z donosami jest jeszcze gorzej w czasie komunijnych prezentów. Dron, tablet, quad i tym podobne drogie upominki są solą w oku sąsiada. Nie wszyscy o tym wiedzą, ale niektóre komunijne prezenty – zwłaszcza te najdroższe – mogą spowodować obowiązek zapłaty podatku.

Czy jest się czym martwić? Dużo zależy od wartości otrzymanych prezentów. Zasada jest taka, że jeśli suma wartości wszystkich otrzymanych darowizn w ciągu pięciu lat przekroczy określoną kwotę, trzeba będzie zapłacić podatek. Dużo zależy jednak od stopnia pokrewieństwa między obdarowującym a osobą obdarowaną.

Od 1 lipca 2023 r. kwoty te zostały podniesione i wynoszą obecnie:

- **36 tys. 120 zł** w pierwszej grupie podatkowej. Zaliczają się do niej: małżonek, wstępni (rodzice, dziadkowie, pradziadkowie), zstępni (dzieci, wnuki, prawnuki), pasierb, rodzeństwo, ojczym, macocha oraz zięć synowa i teściowie;
- **27 tys. 90 zł** w drugiej grupie podatkowej. Należą do niej: zstępni rodzeństwa, rodzeństwo rodziców, zstępni małżonków pasierbów, małżonkowie rodzeństwa i rodzeństwo małżonków, małżonkowie rodzeństwa małżonków, małżonkowie innych zstępnych;
- **5 tys. 733 zł** w trzeciej grupie podatkowej. Tworzą ją: spokrewnieni w dalszym kręgu (kuzyni, rodzina macochy lub ojczyma) i osoby niespokrewnione.

Jeżeli darowizna pochodzi od osoby zaliczanej do drugiej lub trzeciej grupy podatkowej, obowiązek zgłoszenia takiego faktu do urzędu skarbowego powstaje w ciągu 30 dni od momentu otrzymania darowizny.

Po otrzymaniu decyzji urzędu skarbowego, rodzice mają 14 dni na zapłacenie należnego podatku.

Sytuacja wygląda inaczej, gdy podatnicy nie zgłoszą otrzymanej darowizny w wyznaczonym terminie. Jeżeli darowizna zostanie wykryta podczas kontroli przeprowadzonej przez organ podatkowy, może to skutkować nałożeniem kary w postaci podatku karne. **Jego wysokość może wynieść 20 proc. wartości otrzymanej darowizny.**

Mieszkanie kupione z mężem może być ryzykowne

Gdy mąż i żona kupują wspólnie lokal mieszkalny, mogą liczyć na zwolnienie z PCC. Ale nie zawsze.

Podatek od czynności cywilnoprawnych dotyczy jedynie **transakcji na rynku wtórnym**. W przypadku zakupu na rynku pierwotnym mamy do czynienia z VAT. Zwolnienie z PCC przy zakupie pierwszego lokalu dotyczy sytuacji, kiedy nabywamy prawo własności lokalu mieszkalnego stanowiącego odrębną nieruchomość, prawo własności budynku mieszkalnego jednorodzinnego lub spółdzielcze własnościowe prawo do lokalu dotyczące lokalu mieszkalnego albo domu jednorodzinnego.

Jednak w przepisach są pułapki. Jeśli małżonkowie w nie wpadną, zapłacą podatek.

Jeśli będą współwłaścicielami nabywanego mieszkania, a mąż posiada już jedną nieruchomość, a żona nie, to i tak będą musieli zapłacić PCC od całej transakcji. Nie będzie miało znaczenia, czy mają rozdzielność majątkową. Na zwolnienie nie mogą liczyć małżonkowie, jeśli jeden z nich nabył choćby ułamek udziałów nieruchomości w ramach darowizny lub więcej niż połowę nieruchomości w ramach spadku. Podobnie jest

w przypadku posiadania nieruchomości poza granicami Polski.

Na zwolnienie nie mogą też liczyć małżeństwa, które kupują np. tylko połowę domu od jednego z właścicieli.

Na konieczność zapłacenia PCC muszą przygotować się także te małżeństwa, które kupują dom w budowie. Chodzi o budynek bez pozwolenia na użytkowanie lub taki, w sprawie którego nie zostało złożone zawiadomienie o zakończeniu prac.

awa

ARTYKUŁ SPONSOROWANY – #FUNDUSZE PROMOCJI

Olej rzepakowy w dietoterapii chorób sercowo-naczyniowych

DARIA WOLAŃSKA-BUZALSKA
DIETETYCZKA

Korzystna kompozycja kwasów tłuszczowych oleju rzepakowego sprawia, że odgrywa on ważną rolę w zapobieganiu chorobom sercowo-naczyniowym poprzez regulację stężenia cholesterolu oraz hamowanie peroksydacji lipidów.

Olej rzepakowy zawiera wiele składników, które mają korzystne właściwości zdrowotne oraz żywieniowe. Są to niezbędne nienasycone i jednonienasycone kwasy tłuszczowe, tokoferole, fosfolipidy, sterole, karotenoidy. Wykazuje korzystny wpływ na zdrowie zarówno na poziomie profilaktyki chorób metabolicznych, jak i dietoterapii. Istotną rolę wykazuje w regulacji i kontroli gospodarki lipidowej.

Olej rzepakowy, zwany „oliwą północy”, odznacza się wysoką zawartością jedno- i wielonienasyconych kwasów tłuszczowych, w szczególności alfa-linolenowego. Korzystna kompozycja kwasów tłuszczowych oleju rzepakowego sprawia, że odgrywa on ważną rolę w zapobieganiu chorobom sercowo-naczyniowym poprzez regulację stężenia cholesterolu oraz hamowanie peroksydacji lipidów. Ponadto będąc dobrym źródłem witaminy E i innych przeciwutleniaczy, wpływa na układ odpornościowy organizmu, ma działanie antyoksydacyjne, przeciwzapalne i antyaterogenne.

UNIKATOWA KOMPOZYCJA KWASÓW TŁUSZCZOWYCH

Olej rzepakowy zawiera jednonienasycone kwasy tłuszczowe – głównie

kwasy oleinowy, stanowiący prawie 60 proc. wszystkich KT oleju rzepakowego. Wysoka zawartość kwasu oleinowego przedkłada się na jego korzyści zdrowotne, gdyż reguluje on stężenie cholesterolu LDL we krwi oraz proporcje frakcji cholesterolu HDL / LDL. Walory zdrowotne oleju rzepakowego wynikają również z zawartości kwasu linolowego (omega-6) i linolenowego (omega-3, kwas alfa-linolenowy). I co istotne metabolicznie, olej rzepakowy cechuje się idealnym z punktu widzenia potrzeb żywieniowych stosunkiem omega-6 do omega-3, tj. 2:1. Światowa Organizacja Zdrowia zaliczyła kwasy omega-3 występujące m.in. w oleju rzepakowym do składników żywności zmniejszających ryzyko chorób sercowo-naczyniowych, cukrzycy i nowotworów złośliwych.

SKŁADNIKI BIOAKTYWNE

Olej rzepakowy należy do jednych z bogatszych źródeł steroli roślinnych, które również sprzyjają **obniżeniu stężenia cholesterolu we krwi, a samo ich działanie jest związane ze zmniejszeniem wchłaniania cholesterolu z przewodu pokarmowego**. W oleju rzepakowym zawarte

są aktywne metabolicznie β -sitosterol, kampesterol oraz brassikasterol.

KONTROLA PROFILU LIPIDOWEGO

Na podstawie przeglądu badań wykazano, że model żywienia, w którym jako źródło tłuszczu używa się oleju rzepakowego, pozytywnie oddziałuje na gospodarkę lipidową, obniżając stężenie cholesterolu całkowitego (TC) średnio o 12,2–12,5 proc. i LDL średnio o 17 proc. Według innych doniesień naukowych olej rzepakowy nie odgrywa większej roli w obniżaniu poziomu TC ale ma znaczenie dla utrzymywania właściwego stężenia we krwi. W badaniach interwencyjnych 4-tygodniowe wzbogacenie diety w 50 g oleju rzepakowego miało w większym stopniu wpływ na regulację stężenia TC i LDL, enzymów wątrobowych oraz hamowanie ekspresji cytokin prozapalnych (głównie IL-6) w podskórnej tkance tłuszczowej aniżeli podaż takiej samej ilości oliwy z oliwek. U pacjentów z hipercholesterolemią zaobserwowano, że wzbogacenie diety w olej rzepakowy poprawia gospodarkę lipidową oraz moduluje poziom markerów stanu zapalnego.

Jest deklaracja współpracy, ale finansowania wciąż brak

Minister zdrowia potwierdziła na Nadzwyczajnym Krajowym Zjeździe Lekarzy chęć współpracy z samorządem.

PAWEŁ BARUCHA
WICEPREZES NACZELNEJ
RADY LEKARSKIEJ



Koleżanki i Koledzy, pozwólcie, że podzielę się kilkoma spostrzeżeniami z Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy. Uczestniczyli w nim lekarze i lekarze dentyści z całej Polski. Dwudniowe obrady dotyczyły Kodeksu Wyborczego i Kodeksu Etyki Lekarskiej. Dyskusja nad naszymi najważniejszymi dokumentami była bardzo żywa. Każdy mógł przedstawić swoje zdanie i zaproponować poprawki. Wiele z nich zyskało uznanie delegatów. Sukcesem zakończyło się przegłosowanie nowego Kodeksu Etyki Lekarskiej i nowego Kodeksu Wyborczego. Idziemy do przodu.

Budżet przeznaczony na stomatologię w ramach NFZ jest niższy niż przed rokiem. Po raz

kolejny oscylujemy w okolicach 2 proc. wszystkich środków. Nie pozwoli to na rozwój stomatologii publicznej i ograniczy dostępność dla pacjentów. Brak wystarczającego finansowania odczują uczelnie kształcące przyszłych lekarzy dentyistów. Mamy braki w kadrze nauczającej. Praca akademików musi się opłacać. Konieczna jest korekta finansowa uwzględniająca wprowadzone zarówno w zeszłym, jak i w tym roku zmiany. Brakuje nowej wyceny stomatologii zachowawczej, dziecięcej i ortodoncji. Potrzebujemy kontynuacji programów profilaktycznych dla najmłodszych pacjentów. To inwestycja w przyszłość.

Wiele jest w tej dziedzinie do zrobienia. Na szczęście pani minister Izabela Leszczyna potwierdziła na Zjeździe chęć współpracy. ●

Głównym powodem tego stanu rzeczy są zaniedbania higieniczne jamy ustnej. Za rzadko i niedokładnie szczotkujemy zęby, w niewystarczającym stopniu używamy nici dentystycznych czy płukanek służących do usuwania pozostałości po niedokładnym szczotkowaniu. Jednym słowem: nie przestrzegamy zaleceń, od których zależy utrzymanie zdrowych dziąseł.

Słaba jest także świadomość społeczna częstego występowania chorób przyzębia, a jeszcze słabsza ich wpływu na stan uzębienia w późniejszym wieku i związku z chorobami ogólnoustrojowymi, takimi jak cukrzyca, choroby sercowo-naczyniowe, choroby na tle neurodegeneracyjnym czy reumatoidalne zapalenie stawów oraz preeklampsja u kobiet w ciąży prowadząca do przedwczesnego porodu.

NAJWAŻNIEJSZA JEST ŚWIADOMOŚĆ

12 maja w Warszawie po raz szósty był obchodzony Światowy Dzień Zdrowych Dziąseł. Towarzyszyła mu konferencja Polskiego Towarzystwa Periodontologicznego (PTP). Uczestniczący w niej eksperci byli zgodni, że należy nieustannie uświadamiać społeczeństwo na temat skali zagrożeń zdrowotnych wynikających z chorób przyzębia. Konieczne jest również podejmowanie działań profilaktycznych w celu ich zminimalizowania. Tegoroczna kampania zatytułowana „Twoje dziąsła są ważne! Dbaj o nie” kierowana była w szczególności do pokolenia Z, czyli młodych Polaków, które – jak podkreślali eksperci PTP – swobodnie porusza się w mediach społecznościowych i może włączyć się w działania profilaktyczne na rzecz zdrowych dziąseł, dzieląc się informacjami i opiniami, również na tematy zdrowotne.

– Zdrowych nawyków uczymy się w domu, a później w szkole. Dlatego wiedza na temat właściwej higieny jamy ustnej powinna być wpajana i rozpowszechniana od najmłodszych lat. Im wcześniej młodzi ludzie ją przyswoją, wyrobią właściwe nawyki higieniczne, tym większa szansa, że jako

STOMATOLOGIA

Zdrowe dziąsła, zdrowsze życie

LUCYNA KRYSIAK
DZIENNIKARKA

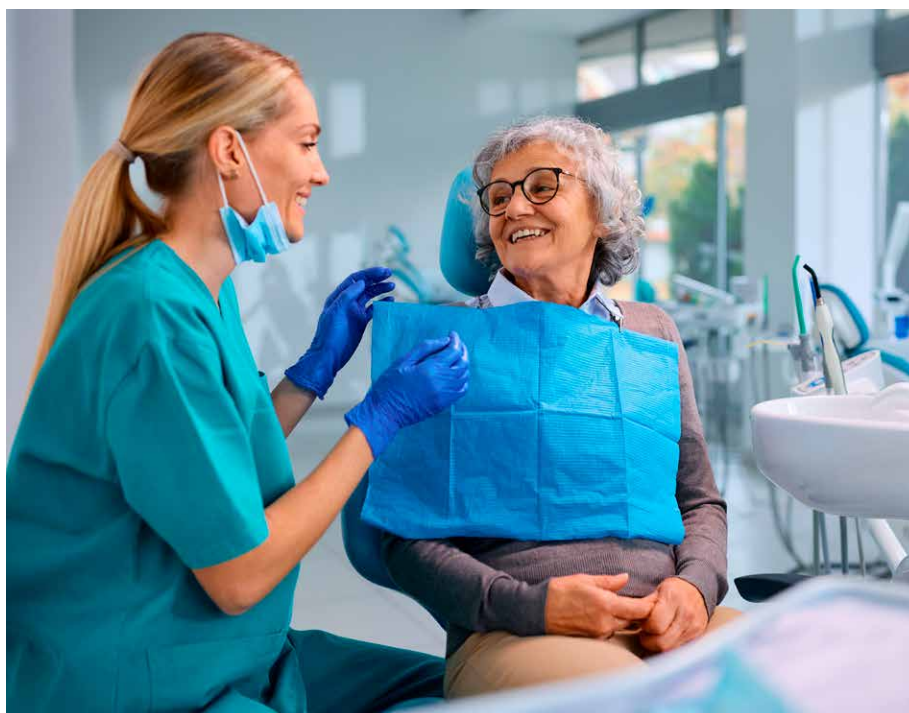
Wśród dorosłych Polaków tylko około 1 proc. nie ma problemów z dziąsłami, natomiast 20 proc. wymaga specjalistycznego leczenia periodontologicznego. Choroba przyzębia jest obecnie najczęstszym przewlekłym zapaleniem w światowej populacji.

dorośli nie będą zmagali się z zapaleniem przyzębia, dłużej zachowają własne zęby i zmniejszy się ryzyko chorób z tym związanych – zapewniała prowadząca konferencję prof. Renata Górska, członek honorowy PTP, Amerykańskiej Akademii Periodontologii i Europejskiej Federacji Periodontologii. Profesor Górska zauważyła także, że kampanie edukacyjne mają charakter akcyjny, a profilaktyka powinna być prowadzona przez lekarzy dentystów za każdym razem, kiedy pacjenci trafiają z różnymi problemami w jamie ustnej do ich gabinetów. Jej zdaniem każdy kontakt młodego pacjenta ze stomatologiem powinien pozostawić po sobie ślad tej edukacji.

WALKA O DOMINACJĘ

Choroba przyzębia jest zapaleniem przewlekłym, za którym stoi dysbiotyczny biofilm bakteryjny wskazujący, że w jamie ustnej doszło do zachwiania równowagi pomiędzy tzw. dobrymi i złymi bakteriami. Może rozwijać się latami, nie dając na początku wyraźnych objawów. Najczęściej są to zaczerwienione dziąsła i lekkie krwawienie podczas szczotkowania zębów lub spożywania niektórych pokarmów. W stadium zaawansowanym może jednak dojść do ubytków kości wyrostka zębodołowego oraz zwiększonej ruchomości zębów i ich utraty.

Jama ustna jest siedliskiem ogromnej liczby drobnoustrojów. Pomiedzy nimi a układem odpornościowym toczy się nieustająca walka o dominację.



fot.: Shutterstock.com

Jeśli układ odpornościowy potrafi je utrzymać w równowadze, bakterie te nie szkodzą zdrowiu. Dodatkowo jama ustna jest wyposażona w błonę śluzową, która stanowi barierę chroniącą przed atakami bakterii i substancji zawartych w ślinie mających właściwości bakteriobójcze oraz neutralizujących toksyny. Procesom obronnym sprzyja też złuszczenie naskórka, wraz z którym bakterie są usuwane. Drobnoustroje

natomiast produkują enzymy niszczące białka i inne substancje budujące tkanki przyzębia oraz toksyny (egzotoksyny i endotoksyny), które osłabiają układ immunologiczny i upośledzają jego działanie.

– Klinicznie zdrowe dziąsło ma określony bladoróżowy kolor, zwartą konsystencję bez obrzęku, nie krwawi samoistnie oraz jest właściwie ukształtowane wokół zęba. Stan, w którym

nie stwierdzamy objawów zapalnych, przyjmowany jest jako prawidłowość, każde odstępstwo od tej reguły wskazuje, że mamy do czynienia z zapaleniem – tłumaczy prof. Elżbieta Dembowska, prezes Polskiego Towarzystwa Periodontologicznego i specjalista w dziedzinie stomatologii ogólnej, periodontologii i implantologii stomatologicznej.

STRES OBNIŻA ODPORNOŚĆ

Głównym czynnikiem ryzyka zapalenia przyzębia jest wspomniana płytka nazębna, ale wśród nich wymienia się także uwarunkowania genetyczne, palenie tytoniu, stres, osteoporozę. Palenie papierosów sprzyja odkładaniu się złogów nazębnych stanowiących siedlisko drobnoustrojów, co stwarza dogodne warunki dla mnożenia się bakterii bez-tlenowych, które są szczególnie groźne dla przyzębia. Wzmaga też produkcję substancji prozapalnych i enzymów proteolitycznych, zaburzając odpowiedź immunologiczną organizmu.

W procesach zapalnych przyzębia dużą rolę odgrywa stres. Hormony wydzielane w przewlekłym stresie zmniejszają odporność, co sprzyja stanom zapalnym przyzębia.

Wśród czynników ryzyka wymienia się też osteoporozę, która łączy się z nasileniem resorpcji struktur kostnych (np. wyrostka zębodołowego), prowadząc do ich nieodwracalnych zniszczeń.

– Przewlekłe zapalenie toczące się w dziąsłach nie jest lokalną

chorobą obejmującą tylko jamę ustną, ale aktywuje układ odpornościowy. Dlatego choroba przyzębia może promować szereg patologicznych procesów prowadzących do rozwoju innych chorób. Nieleczona prowadzi więc nie tylko do utraty zębów, ale również

Jama ustna jest siedliskiem ogromnej liczby drobnoustrojów. Pomiedzy nimi a układem odpornościowym toczy się nieustająca walka o dominację

oddziałuje negatywnie na zdrowie ogólne – przekonuje prof. Marta Cześnikiewicz-Guzik, sekretarz PTP, kierownik Zakładu Periodontologii, Profilaktyki i Klinicznej Patologii Jamy Ustnej Instytutu Stomatologii Wydziału Lekarskiego UJ CM w Krakowie.

CUKRZYCA, MIAŻDŻYCA, ALZHEIMER

Ogólny stan zdrowia nie pozostaje więc bez wpływu na stan tkanek przyzębia. I odwrotnie, choroba przyzębia poprzez wzrost poziomu markerów stanu zapalnego we krwi wpływa na system odpornościowy, przyczyniając się do rozwoju

chorób ogólnoustrojowych. To dlatego chorujący na cukrzycę mają często przewlekłe zapalenie przyzębia, ponieważ choroba ta zaburza funkcjonowanie układu immunologicznego, przez co organizm gorzej sobie radzi z infekcjami. W cukrzycy występują także tzw. mikroangiopatie odpowiedzialne za gorsze ukrwienie tkanek, a enzym kolagenaza, odpowiedzialny za „cięcie” kolagenu, jest nadmiernie aktywny, powodując postępującą destrukcję przyzębia. W chorobie tej udowodniono dwukierunkowy związek z chorobami przyzębia, co oznacza, że leczenie jednej choroby pozytywnie wpływa na drugą. Hiperglikemia wpływa na zdrowie jamy ustnej, podczas gdy zapalenie przyzębia wpływa na poziom cukru we krwi. Potwierdzony jest już także związek między chorobą przyzębia a miażdżycą naczyń, chorobami płuc, powikłaniami związanymi z ciążą, chorobami nerek, osteoporozą i chorobą Alzheimera.

Na profilaktykę i leczenie chorób przyzębia wpływa także zdrowy tryb życia. Szczególnie ważne jest unikanie palenia papierosów, ale też spożywanie warzyw i owoców bogatych w witaminę C, która bierze udział w powstawaniu kolagenu – jednego z głównych budulców tkanki przyzębia. Warto zadbać także o aktywność fizyczną. ●

Rusza pilotaż e-rejestracji

Zapisy na cytologię, mammografię i do kardiologa zostały objęte testowym programem centralnej elektronicznej rejestracji. Pilotaż potrwa do marca przyszłego roku i dla podmiotów leczniczych jest dobrowolny.

Drugi etap wdrożenia e-rejestracji będzie już obowiązkowy, jednak obejmie tylko wybrane świadczenia. Rozpocznie się w kwietniu 2025 roku, po ocenie efektów programu pilotażowego.

Nowy system ma umożliwiać pacjentom samodzielne wyszukiwanie dostępnych terminów, centralne zgłaszanie się na wizyty oraz przydzielanie wolnych terminów. Jeżeli zapisanie na wizytę nie będzie możliwe w ciągu 40 dni od

zgłoszenia, pacjent trafi na listę oczekujących. Korzystanie z centralnego rejestru ma być możliwe za pośrednictwem IKP, ale także telefonicznie i osobiście.

E-rejestracja ma stanowić rozwiązanie problemu kolejek, a jednocześnie nieodwołanych przez pacjenta, a wcześniej umówionych wizyt przyczyniających się do wydłużenia czasu oczekiwania na lekarza. Ministerstwo Zdrowia zapewniło też, że nie będzie specjalnych opłat dla pacjentów, którzy nie przyszli na zaplanowaną wizytę. Pomysł wprowadzenia takich „kar” pojawia się co kilka lat,

a jego autorzy wskazują, że podobne rozwiązania funkcjonują w innych państwach.

Według wycień Ministerstwa Zdrowia na co dziesiątą umówioną wizytę nikt nie przychodzi. Skalę problemu pokazują również dane Federacji Porozumienie Zielonogórskie, z których wynika, że tylko w 2022 roku pacjenci nie przyszli na zapisane wizyty 1,4 mln razy. Jednak zdaniem wiceministra Wojciecha Konicznego, wprowadzenie systemu opłat nie poprawi sytuacji, a wpłynie negatywnie na osoby przewlekłe chore i w trudnej sytuacji ekonomicznej. ●

PRAKTYKA LEKARSKA

Różne oblicza chorób układu oddechowego u dzieci

LUCYNA KRYSIAK
DZIENNIKARKA

Choroby układu oddechowego to najczęstsze schorzenia u dzieci, dlatego pulmonologia dziecięca odgrywa bardzo ważną rolę w systemie opieki zdrowotnej – mówi prof. Katarzyna Krenke, prezeska Polskiego Towarzystwa Pneumonologii Dziecięcej.

Jakie choroby układu oddechowego dominują obecnie u dzieci?

Większość chorób układu oddechowego u dzieci to infekcje, których częstość występowania i charakter zależy od patogenów chorobotwórczych panujących w danym sezonie. Minioną zimą dominowały zakażenia wirusem RS, które powodowały dużą liczbę zapaleń oskrzelików, także o ciężkim przebiegu, co przekładało się na częste hospitalizacje. W sezonie grypowym, ale także po innych infekcjach wirusowych spodziewamy się powikłań bakteryjnych w postaci zapaleń płuc często powikłanych płynem w jamie opłucnej, co ma wpływ na wzrost liczby dzieci leczonych w oddziałach pulmonologicznych. W ostatnich latach na świecie rośnie liczba ciężkich, martwiczych zapaleń płuc oraz ropniaków opłucnej, co obserwujemy także w naszym kraju.

Pulmonolodzy dziecięcy zajmują się także dużą grupą ostrej i przewlekłych nieinfekcyjnych schorzeń układu oddechowego takich jak astma, mukowiscydoza, dysplazja oskrzelowo-płucna, śródmiąższowe choroby płuc, wady układu oddechowego i wiele innych. Dzieci z tymi chorobami są hospitalizowane przez cały rok, ale w sezonie infekcyjnym często dochodzi do zaostrzeń tych chorób i wtedy hospitalizacje są częstsze.

Które z nich są groźniejsze?

Trudno to jednoznacznie określić. Zarówno w grupie ostrej infekcji układu oddechowego takich jak zapalenie płuc,

oskrzelików czy powikłane zapalenie płuc jak i chorób przewlekłych, np. wad układu oddechowego, śródmiąższowych chorób płuc czy astmy ich przebieg może być łagodny i ciężki. Część dzieci z chorobami układu oddechowego z powodu niewydolności oddychania może czasem wymagać leczenia na oddziałach intensywnej terapii.

Choroby układu oddechowego to najczęstsze schorzenia u dzieci, dlatego pulmonologia dziecięca odgrywa bardzo ważną rolę

Najczęstsza przewlekła choroba układu oddechowego u dzieci, czyli astma, w większości przypadków przebiega łagodnie, ale grupa dzieci chorująca na astmę ciężką ma bardzo nasilone objawy, wymaga intensywnego leczenia łącznie z lekami biologicznymi. Poza tym należy pamiętać, że następstwa chorób układu oddechowego, szczególnie przewlekłych, mogą być odczuwalne w dorosłym życiu.

Na co są najbardziej narażone dziecięce oskrzela i płuca?

Dziecięcy układ oddechowy jest szczególnie wrażliwy na zanieczyszczenia środowiska. Pod tym

określeniem kryje się wiele szkodliwych czynników. Jako pulmonolodzy jesteśmy szczególnie wyczuleni na dym papierosowy. Niezależnie od tego, czy chodzi o czynne palenie czy bierne jest on bardzo szkodliwy. Dzieci narażone na dym tytoniowy są bardziej podatne na infekcje dróg oddechowych. Zarówno bierne, jak i czynne palenie, może zaostrzać objawy astmy, prowadząc do częstszych i cięższych jej ataków oraz zwiększać ryzyko rozwoju astmy u dzieci, które wcześniej nie miały tej choroby. Dzieci narażone na bierne palenie i palące często mają mniejszą pojemność płuc i gorsze wyniki w badaniach czynnościowych układu oddechowego w porównaniu do dzieci bez tego narażenia. Palenie może przyczynić się do rozwoju przewlekłych chorób, takich jak przewlekła obturacyjna choroba płuc w późniejszym życiu. Może także wpływać negatywnie na ogólny rozwój fizyczny dzieci, wzrost i masę ciała. Należy też pamiętać, że ekspozycja na dym tytoniowy w domu zwiększa ryzyko zespołu nagłej śmierci niemowląt i ma negatywny wpływ na wiele innych narządów i układów.

Jaką mamy obecnie jakość powietrza, którym oddychamy?

Powietrze, którym oddychamy, należy do najbardziej zanieczyszczonych w Europie.

Zanieczyszczenie, zwłaszcza pyłami zawieszonymi (PM10 i PM2.5), dwutlenkiem azotu (NO₂) oraz ozonem (O₃), może prowadzić do częstszych infekcji dróg oddechowych u dzieci. Drobne cząstki zanieczyszczeń penetrują głęboko do płuc, powodując podrażnienie i zapalenie. Podobnie, jak w przypadku dymu tytoniowego, zanieczyszczenia powietrza przyczyniają się do rozwoju i zaostrzeń astmy oraz wielu innych przewlekłych chorób układu oddechowego, wpływają też negatywnie na funkcję płuc. Szczególnie szkodliwy wpływ mają spaliny samochodowe emitowane przez silniki diesla, m.in. poprzez „wzmacnianie” działania alergenów. Badania pokazują wyraźny związek pomiędzy jakością powietrza a chorobami układu oddechowego u dzieci. W regionach, gdzie zmniejszono emisję zanieczyszczeń w powietrzu, zmalała zapadalność na choroby układu oddechowego, głównie astmę i inne choroby obturacyjne. Zmalało także ryzyko infekcji układu oddechowego u dzieci.

Co zmieniło się w diagnostyce i metodach leczenia alergii i astmy?

W chorobach alergicznych dysponujemy coraz bardziej nowoczesnymi i wyrafinowanymi metodami diagnostycznymi. Przykładem są testy molekularne umożliwiające bardziej precyzyjne identyfikowanie alergenów na poziomie białkowym. Dzięki temu można dokładniej określić, na jakie konkretne składniki alergenu dziecko jest uczulone. Rozszerzył się zakres badań czynnościowych układu oddechowego. Oprócz spirometrii dostępna jest także oscylometria, badanie, które są w stanie wykonać młodsze dzieci. Opracowano aplikacje mobilne służące do monitorowania objawów i kontroli leczenia astmy. Dysponujemy bardzo nowoczesnymi urządzeniami do inhalacji leków wziewnych. Coraz bardziej dostępne jest leczenie biologiczne do leczenia astmy ciężkiej. Duży postęp dokonał się także w zakresie immunoterapii swoistej. Należy jednak podkreślać, że leki u dzieci chorych na astmę będą działały pod warunkiem ich regularnego i prawidłowego stosowania. Ta przewlekła choroba przebiega z okresami zaostrzeń i bez objawów. W okresie remisji wielu rodziców odstawia leki. Robią to często także nastoletni astmatycy. Powodem odstawiania leków jest m.in. sterydofobia.

Glikokortykosteroidy są najskuteczniejszymi lekami przeciwzapalnymi stosowanymi w astmie. Zdecydowana większość dzieci wymaga leczenia małymi dawkami tych leków, przez co jest to leczenie bezpieczne. Rezygnując z leczenia rodzice narażają swoje dzieci na ograniczenia wydolności fizycznej i wiele innych niekorzystnych następstw wynikających z nieleczenia astmy.

A co z paleniem przez dzieci w wieku szkolnym e-papierosów. Jaka jest skala problemu i co dzieje się u nich z układem oddechowym?

Liczyby są szokujące. W ubiegłym roku sprzedano w Polsce około 100 mln sztuk elektronicznych papierosów. To są wyroby, których marketing jest nastawiony na młodych ludzi. Są kolorowe, odpowiednio smakują, ładnie pachną, nie wydzielają przykrego zapachu charakterystycznego dla tradycyjnych papierosów. Jednak większość z nich zawiera nikotynę, środek bardzo silnie uzależniający. Jest więc duże prawdopodobieństwo, że dziecko używające e-papierosów z czasem sięgnie po tradycyjne wyroby tytoniowe. Jest to bardzo perfidna gra producentów, aby wciągać dzieci i młodzież w ten nałóg. Najnowsze badania wskazują, że aż 20-30 proc. z nich sięga po papierosy elektroniczne, a w grupie 13-19-latków ten wskaźnik wynosi nawet 50 proc. Oprócz uzależnienia substancje zawarte w papierosach elektronicznych mogą wywołać, np. zespół ostrego uszkodzenia płuc, który często wymaga leczenia w oddziale intensywnej terapii, a nierzadko choroba ta może prowadzić do zgonu. Jest opisany przypadek nastolatka, który w konsekwencji używania e-papierosów musiał mieć przeszczepione płuca. W naszym oddziale hospitalizowaliśmy dzieci, u których po e-papierosach wystąpiło krwawienie do pęcherzyków płucnych. Jedna z tych osób po leczeniu wróciła do nałogu i krwawienie wystąpiło ponownie.

Wdychanie substancji zawartych w e-papierosach powoduje też zaostrzenia objawów astmy,

działa drażniąco na skórę, słuzówkę, może wywołać oparzenia. Należy podkreślić, że e-papierosy to nowy produkt, dopiero badany i jeszcze nie wiemy jakie będą odległe następstwa tego nowego nałogu. Są opisane przypadki ciężkiej choroby jaką jest zarostowe zapalenie oskrzelików po kilku latach używania e-papierosów i ten związek jest już udowodniony. Mamy powtórkę z historii. Kiedy na rynek wchodziły papierosy tradycyjne reklamowano je jako wyroby zdrowe, nawet dla kobiet w ciąży, po latach okazało się jakie szkody wyrządzają. Obecnie tak reklamuje się e-papierosy, przedstawia się je jako zdrowszą alternatywę dla papierosów tradycyjnych. Problemem jest to, że dokładnego składu wielu e-papierosów nie znamy, a dawki nikotyny w nich zawarte często wielokrotnie przekraczają dozwolone normy.

Wiele infekcji układu oddechowego leczy się antybiotykami. Czy problem antybiotykoodporności dotyczy również pulmonologii?

Problem antybiotykoodporności stał się powszechny, ale Polska wśród krajów Unii Europejskiej, niestety w tym przoduje. Według raportów europejskiego CDC należymy do krajów zużywających tych leków najwięcej w przeliczeniu na jednego mieszkańca (piąte miejsce wśród krajów Unii Europejskiej). Nie dość, że ordynujemy ich za dużo, to często przepisujemy leki o szerokim spektrum działania, podawane są zbyt długo i w za małych dawkach. Aby nie generować antybiotykoodporności świętą zasadą jest, by przepisywać antybiotyki o jak najwęższym zakresie działania, ale oczywiście skuteczny w danej jednostce chorobowej, przez krótki czas i w odpowiednio dużych dawkach. Antybiotyki są wydawane na receptę, od lekarzy zależy więc jak będą stosowane. Potrzebna jest edukacja w tym zakresie, także pacjentów, bo oni często nalegają na przepisanie antybiotyku, tym bardziej, że nie chodzi tylko o antybiotykoodporność, ale antybiotykoterapia ma także wiele innych

niekorzystnych następstw. Należą do nich zaburzenia mikrobiomu, do którego obecnie przywiązuje się wielką wagę oraz zwiększenie ryzyka zachorowania na wiele chorób np. astmę, jeśli antybiotyk jest podany dziecku w pierwszych miesiącach życia.

Przed wieloma dziecięcymi chorobami układu oddechowego chronią szczepienia? Jak obecnie wygląda wyszczepialność wśród dzieci.

Ruch antyszczepionkowy jest silny, skutkiem czego w 2023 r. blisko 90 tys. polskich dzieci nie zostało zaszczepionych i co gorsze ich liczba z roku na rok rośnie. Patrzymy na to z niepokojem ponieważ szczepienia w dużym stopniu eliminują zakażenia układu oddechowego. W pierwszej dobie życia noworodków jest zalecane szczepienie przeciwko gruźlicy, dzięki czemu ciężkie postaci tej choroby występują u dzieci w naszym kraju rzadko. Znacznie gorzej wyglądają szczepienia przeciwko krztuścowi przez co choroba ta pomału wymyka się spod kontroli. Aktualnie mamy coraz więcej dzieci hospitalizowanych z tego powodu. Najczęściej chorują dzieci, które jeszcze nie zostały zaszczepione. Można temu zapobiec szczepiąc kobiety w ciąży. Notujemy także wzrost zachorowań na odrę, która u niezaszczepionych dzieci może przebiegać z ciężkim zapaleniem płuc. Także ospa wietrzna daje poważne powikłania bakteryjne w postaci zapaleń płuc. Ważne są również szczepienia przeciwko grypie, po której najcięższe powikłania dotyczą właśnie dzieci, szczególnie najmłodszych. W sezonie grypowym w oddziałach pulmonologicznych zawsze mamy falę pogrypowych powikłań, m.in. martwiczych zapaleń płuc przebiegających gwałtownie.

A gruźlica, czy w XXI wieku ta choroba jeszcze istnieje wśród dzieci?

Szczepienie przeciwko gruźlicy w pierwszej dobie życia zabezpiecza przed ciężkimi postaciami tej choroby takimi jak zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, czy prosówką gruźliczą. Zmniejsza też ryzyko zachorowania na postacię płucną gruźlicy w późniejszym okresie, ale go nie eliminuje. Obecnie trwają prace nad szczepionkami bardziej skutecznymi przeciwko tej chorobie, która wprawdzie u dzieci występuje rzadko (100 zarejestrowanych przypadków do 19 r.ż w 2022 r. w Polsce), ale niepokojące jest, że w ubiegłym



foto: archiwum własne

roku po raz pierwszy w naszym kraju leczone były dzieci z gruźlicą wielolekooporną.

Jakie miejsce zajmuje pulmonologia w systemie opieki zdrowotnej? Był czas, że chciano zamykać przychodnie i ośrodki wskazując na ich nierentowność.

Choroby układu oddechowego to najczęstsze schorzenia u dzieci, dlatego pulmonologia dziecięca odgrywa bardzo ważną rolę w systemie opieki zdrowotnej, zapewniając specjalistyczną opiekę dużej grupie dzieci. Rzeczywiście były próby zamykania niektórych ośrodków pulmonologicznych. Przykładem jest pulmonologiczny oddział dziecięcy w Otwocku. Jednak na szczęście nie doszło to do skutku, życie pokazało jak ważne jest to miejsce, szczególnie teraz, gdy są tam leczone dzieci z gruźlicą lekooporną. Wiele chorób układu oddechowego, szczególnie ostrych infekcji, może być leczona w oddziałach pediatrycznych, a w dużych miastach i ośrodkach akademickich są oddziały pulmonologiczne, do których trafiają dzieci z najbardziej problematycznymi schorzeniami. Dzieci w stanach ostrych przyjmowane są tam na bieżąco, ale na planową hospitalizację często trzeba oczekiwać nawet kilka miesięcy.

Problemem jest też dostępność do pulmonologicznych poradni specjalistycznych, których jest mało i są one nierównomiernie rozmieszczone. Dostrzegamy też potrzebę wyodrębnienia ośrodków wyspecjalizowanych w chorobach rzadkich układu oddechowego ponieważ wiele oddziałów pulmonologicznych nie ma odpowiedniego doświadczenia i sprzętu do ich diagnozowania i leczenia. Tak naprawdę tylko opieka dla dzieci z mukowiscydozą jest zorganizowana odpowiednio, inne choroby rzadkie, np. śródmiąższowe choroby płuc, pod którymi kryje się szereg trudnych do leczenia schorzeń, są często leczone w oddziałach nie do końca do tego przygotowanych. Stworzenie sieci ośrodków, które objęłyby opieką rzadkie choroby układu oddechowego rozwiązałyby ten problem.

Polskie Towarzystwo Pulmonologii Dziecięcej skupia nie tylko pulmonologów. Kogo jeszcze?

Choroby układu oddechowego u dzieci są powszechne dlatego naszą działalnością interesują się pediatry, alergolodzy, lekarze rodzinni, którzy mają z nimi do czynienia w codziennej praktyce. Muszą więc być w stałym kontakcie z pulmonologami, do których kierują problematycznych pacjentów. Lekarze innych specjalności chętnie uczestniczą w konferencjach, spotkaniach, zjazdach organizowanych przez PTPD. Są one miejscem dzielenia się najnowszą wiedzą i wymiany doświadczeń. Obecnie PTPD postawiło sobie za jeden z celów opracowanie schematów postępowania w różnych chorobach układu oddechowego, aby ujednoczyć i uporządkować podejście diagnostyczne i terapeutyczne. Jeśli chodzi o choroby rzadkie nawiązaliśmy współpracę międzynarodową, dzięki czemu możemy skorzystać z doświadczenia i wiedzy kolegów z zagranicznych ośrodków. Obecnie powstaje Międzynarodowe Towarzystwo Pneumonologii Dziecięcej, do którego jesteśmy zaproszeni. Będzie to współpraca szeroko pojęta, również naukowa i mam nadzieję, że przełoży się na poprawę opieki nad naszymi pacjentami. ●

PRAKTYKA LEKARSKA

Minister nie chce kolejnego bubla prawnego

MAŁGORZATA SOLECKA

DZIENNIKARKA

Finalizujemy prace nad zdjęciem z lekarzy obowiązku określania poziomu refundacji – mówiła podczas Nadzwyczajnego XVI Krajowego Zjazdu Lekarzy minister zdrowia Izabela Leszczyna, dodając, że może nie stać się to w pierwszej połowie roku. Powód? Urzędnicy ciągle szukają rozwiązania, które nie zachwieje finansami.

Zdjęcie obowiązku określania poziomu odpłatności za leki refundowane to jeden z najważniejszych postulatów, od lat powtarzanych przez samorząd lekarski pod adresem kolejnych rządów i kolejnych ministrów zdrowia. W ostatnich kilkunastu miesiącach ze szczególną mocą, a to za sprawą kar, jakie wymierzył grupie lekarzy Narodowy Fundusz Zdrowia z tytułu tzw. nienależnej refundacji preparatu mlekozastępczego.

SAMORZĄD WSPIERA I POMAGA

Sprawa, znana od wielu lat (na dobrą sprawę, przynajmniej od dekady), nabrzmiała zimą 2023 r., gdy zajęły się nią ogólnopolskie media, i mimo podejmowanych (licznych) inicjatyw ze strony Naczelnej Izby Lekarskiej ciągle nie doczekała się rozwiązania. Samorząd pracował przez ten czas nad dwiema kwestiami równolegle. Starał się wynegocjować z resortem zdrowia i Narodowym Funduszem Zdrowia zwolnienie z kar lekarzy, którzy wystawili recepty nienależne formalnie, ale jak najbardziej uzasadnione względami medycznymi. W tym celu organizowano m.in. szereg spotkań między ukaranymi lekarzami a NFZ oraz Ministerstwem Zdrowia (dzięki pomocy prawnej NIL lekarze mogli argumentować zasadność swoich decyzji). Samorząd wsparł i wspiera nadal lekarzy, którzy nie zgadzając się z nałożeniem kar, wybrali drogę sądową. Stara się też zmotywować ministerstwo

do przygotowania rozwiązań systemowych, które by uwolniły lekarzy z obowiązku określania poziomu odpłatności. Tematem kar nałożonych na lekarzy za recepty na

Na początku czerwca – z inicjatywy samorządu – ma dojść do spotkania ukaranych lekarzy z przedstawicielami ministerstwa. Będzie to kolejna już próba znalezienia wyjścia z sytuacji

preparat mlekozastępczy wiosną 2023 r. zajęli się parlamentarzyści ówczesnej opozycji. Posłowie pisali interpelacje, w Senacie odbyła się konferencja, podczas której wielokrotnie podkreślano brak zasadności karania lekarzy, którzy przepisywali preparat ciężko chorym dzieciom mimo przekroczenia przez nie ustalonej w ChPL granicy wieku.

Obie sprawy znalazły się w tzw. siódemce NIL, czyli na liście postulatów, jakie w sierpniu ubiegłego roku otrzymała od samorządu Katarzyna Sójka, obejmując po dymisji Adama Niedzielskiego stanowisko szefowej resortu zdrowia. Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Łukasz Jankowski mówił wtedy publicznie, że wszystkie postulaty

są do zrealizowania w ciągu kilku tygodni, bo żaden nie wymagał skomplikowanej legislacji. Niestety, z całej „siódemki” przed wyborami parlamentarnymi Ministerstwo Zdrowia zrealizowało tylko jeden, i to bynajmniej nie „lekowy”. Nie można oczywiście powiedzieć, żeby nic się w tej sprawie nie wydarzyło: kar za „nienależną refundację” nie cofnięto, ale powołano zespół, który pracował nad rozwiązaniem kwestii uwolnienia lekarzy z obowiązku określania poziomu odpłatności. W jego składzie znalazł się m.in. wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej dr Klaudiusz Komor.

NIE BYŁO ZIELONEGO ŚWIATŁA

Mijały kolejne miesiące. Odbyły się wybory, zmienił się rząd. Kary utrzymano w mocy, bo – jak nieoficjalnie można było usłyszeć przez ten czas od urzędników NFZ – nikt nie dał zielonego światła, a w samym Funduszu panuje przekonanie, że podjęcie takiej decyzji mogłoby skutkować zarzutami o niegospodarność. W związku z tym NFZ rekomenduje lekarzom zapłacenie kar i wejście na drogę sądową: płatnik wybiera wysokość, w ocenie prawników, ryzyko przegranej w sądzie i konieczność zwracania lekarzom kary z dużymi odsetkami. Oficjalnie – tematu nie ma w agendzie mimo monitów ze strony lekarskiego samorządu.

W kwietniu przedstawiono wyniki prac zespołu ekspertów ds. merytorycznej oceny preskrypcji preparatów mlekozastępczych przy Naczelnej Radzie Lekarskiej po analizie konkretnych przypadków zastosowania przez danego lekarza preparatów mlekozastępczych i na podstawie dostarczonej przez lekarzy dokumentacji. Eksperci jednogłośnie uznali, że istniały medyczne wskazania do przepisywania tych preparatów w rozpatrywanych sprawach. Tym samym kary za tzw. nienależną refundację zostały nałożone niesłusznie. Warto podkreślić, że eksperci – z różnych dziedzin i różnych regionów, by zapewnić maksymalny obiektywizm – przypadek każdego ukaranego lekarza rozpatrywali odrębnie, za każdym razem podejmując decyzję w głosowaniu i za każdym razem jednogłośnie uznając zasadność podjętej przez lekarza decyzji. Wyniki prac zespołu zostały przekazane zarówno do ministerstwa, jak i do Funduszu.

PODZIĘKOWANIE, A NIE KARY

– Samorząd lekarski jest miejscem, gdzie w sposób merytoryczny można ocenić, czy lekarze działali zgodnie z wiedzą medyczną i w najlepszym interesie swoich pacjentów. Nie ma już żadnych wątpliwości, że ratowali swoich pacjentów i należy im się za to podziękowanie, a nie kary. Jestem wdzięczny wszystkim zaangażowanym w tę niezwykle delikatną, ale także ważną sprawę dla całego środowiska lekarskiego. To, że udało nam się zebrać zespół specjalistów i ocenić postępowanie naszych koleżanek i kolegów, to ogromny sukces i mam nadzieję, że decydenci bezzwłocznie podejmą odpowiednie kroki zadośćuczynienia niesłusznie ukaranym. Wszystkie nasze działania potwierdzają, że system refundacyjny jest niedoskonały i wymaga uaktualnienia, a moim zdaniem – zautomatyzowania. Należy w końcu znieść z lekarzy niepotrzebny obowiązek określania poziomu refundacji – komentował rezultaty prac zespołu prezes NRL Łukasz Jankowski.

Do oczekiwań lekarzy związanych z refundacją leków odniosła się podczas zjazdu lekarzy w Łodzi minister zdrowia Izabela Leszczyzna. – Wiem, że jest to problem i wiem, że niektórzy lekarze ponieśli z tego tytułu straty finansowe – stwierdziła. – Ubolewam nad tym – podkreśliła minister, ale nie zadeklarowała rozwiązania tego konkretnego problemu, czyli anulowania kar.

AFERA MLEKOWA

Tzw. mleko zastępcze to preparat aminokwasowy dla dzieci z bardzo ciężką alergią. Preparaty te, choć pełnią funkcję pożywienia, są traktowane jak leki. Kością niezgody jest granica wieku, przewidziana w refundacji. Dla dzieci do 12. miesiąca życia refundowany jest Neocate LCP, a powyżej 12. miesiąca Neocate Junior. U dzieci z niestabilizowaną alergią konieczne jest przedłużenie stosowania mleka Neocate LCP choć dziecko skończyło 12 miesięcy. Lekarz, podejmując taką decyzję, mógł: wystawić receptę pełnopłatną (preparaty są drogie i wielu rodziców nie stać na to, by zapłacić w aptece pełną cenę) lub wystawić receptę refundowaną, bo zgodnie z wiedzą medyczną ten preparat służy utrzymaniu dziecka w zdrowiu lub wręcz poprawie zdrowia pacjenta.

NFZ jednak do sprawy podszedł inaczej i nałożył kary za recepty wystawione nawet dziesięć lat wcześniej. Dlaczego? Wcześniej postępowania zostały zawieszono i płatnik uznał, że nie doszło do przedawnienia. Problem z karami za tzw. nienależną refundację preparatu dla niemowląt miało w 2023 r. około stu lekarzy, choć w większości przypadków również NFZ uznał, iż były wskazania medyczne do wypisania recepty na lek nier refundowany. Lekarzy oburzało również nierówne traktowanie – niektóre oddziały odstępowaly od nakładania kar, jeśli lekarz udokumentował przesłanki medyczne, inne kary mimo wszystko nakładaly.

Co więcej, trudno mówić o „szkodzie” dla finansów ochrony zdrowia. Zasady refundacji preparatów są identyczne, a cena zbliżona. System i jego finanse mogły tylko zyskać, bo przestawienie na mleko dla starszych dzieci mogło u tych konkretnych pacjentów skutkować poważnymi perturbacjami, wymagającymi leczenia, a nawet hospitalizacji.

Jeden z postulatów, które na początku 2023 r. formułowali przedstawiciele środowiska lekarskiego, dotyczył wytyczenia ram czasowych, w których Fundusz mógłby nakładać kary finansowe, a także tego, by najpierw płatnik musiał wystosować informację lub upomnienie, a dopiero przy „recydywie” mógł nakładać karę.

REALIZACJA NIECO SIĘ PRZECIĄGNIE

Jednocześnie minister poinformowała, że resort pracuje nad rozwiązaniem generalnej kwestii, czyli zdjęcia z lekarzy obowiązku określania poziomu odpłatności. Warto przypomnieć, że była to jedna z obietnic, jaką minister złożyła podczas pierwszych spotkań z władzami samorządu lekarskiego, a następnie powtórzyła ją pod koniec stycznia publicznie, deklarując podczas konferencji „Priorytety w Ochronie Zdrowia 2024”, że zostanie ona zrealizowana w pierwszym półroczu.

Teraz Izabela Leszczyzna z obietnicy się nie wycofuje, jednak przyznaje, że jej realizacja może

się nieco przeciągnąć. – Mam nadzieję, że uda się nam przedstawić propozycję przed wakacjami, ale twardej obietnicy, że stanie się to w czerwcu, nie dam – przyznała. Leszczyzna tłumaczyła w Łodzi, że w grę wchodzi środki publiczne i trzeba zminimalizować ryzyko, że zbyt duże koszty poniesie system albo indywidualny pacjent. Głównym powodem zwłoki ma być to, że rozwiązania proponowane przez urzędników resortu są dalekie od doskonałości. – Nie chcę kolejnego buba prawnego – mówiła szefowa resortu zdrowia. ●

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

Nie zmyślam. Jest inaczej

Postęp w ochronie zdrowia jest niesamowity. I nawet jeśli to i owo szwankuje i nie zawsze działa, wolę dzisiejsze problemy niż szarą komunistyczną rzeczywistość.

MARIUSZ POLITOWICZ
CZŁONEK NACZELNEJ
RADY APTEKARSKIEJ



Należę do dinozaurów pamiętających ochronę zdrowia w czasach PRL. Pamiętam upadek szarej komuny i kaskady kolorowych zmian z nim związane.

Co interesujące, po 1989 r. w miarę szybko zaczął się zwiększać asortyment leków. W ślad za nim wzrastały wydatki refundatora – państwa. Refundator zbyt późno zrozumiał konieczność kontrolowania wydatków. Jego urzędnicy próbowali coś z tym zrobić, ale nie znali innych metod niż te, które stosowali od lat. Papier! Rozwiązania widzieli m.in. w nowych blankietach recept. Jednym z wdronzonych pomysłów był... jeden lek na jednej papierowej recepcie. Dane pacjenta, w tym adres oraz data, a pod nagłówkiem Rp. – Paracetamol lag II. Cyframi rzymskimi.

Tak było, nie zmyślam.

Dziś z e-receptami mamy inne problemy. Internet wolno działa. Kłopot z logowaniem. Komputer nie widzi drukarki, a drukarka komputera. NFZ ma przerwę serwisową. Walidacja szwankuje. D.S. zamiast cyfr zawiera hasło albo tytuł utworu muzycznego (!).

Farmaceuci już nie dzwonią na stacjonarny, tylko na komórkę. Nie pytają o nazwę, tylko o PIN, bo pacjent coś pomieszał lub zapomniał.

Jest inaczej.

Jako kraj i społeczeństwo przeszliśmy olbrzymią drogę, zwłaszcza po 2004 r. Nie chcę uderzać w pompatyczne tony (swoją aptekę skomputeryzowałem w 1997 r.), ale widzę zmiany na lepsze. Nawet gdy się zżymam nad niedopracowaniem systemów, które wspólnie wykorzystujemy w codziennej pracy. Też bywam pacjentem, który obserwuje oraz ma powody, żeby czasem ponarzekać.

Wolę jednak dzisiejsze problemy niż tamtą szarą, komunistyczną albo choćby przedunijną rzeczywistość. Postęp jest niesamowity! Jeśli ktoś nie chce lub – z powodu młodego wieku – nie może o tym pamiętać, niech zaufa moim słowom.

Nie zamieniłbym* dzisiejszej rzeczywistości na tamte siermiężne lata.

*Za wyjątkiem utraconej młodości, ale to nie temat felietonów dla „Gazety Lekarskiej”.

W lipcu ubiegłego roku do gabinetu Całodobowej Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej w Krościenku zgłosili się rodzice z trzyletnim dzieckiem, które zjadło trzy wilcze jagody. Dzięki szybkiej reakcji medyków pełniących wówczas dyżur w placówce i współpracy ze specjalistami z Oddziału Pediatrii Podhalańskiego Szpitala Specjalistycznego w Nowym Targu, Oddziału Toksykologii Szpitala Ludwika Rydygiera w Krakowie i Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie małego pacjenta udało się uratować.

Inna głośna sprawa związana z trującymi roślinami dotyczyła nastolatki, którą ratowano w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym Górnośląskiego Centrum Zdrowia Dziecka w Katowicach. Okazało się, że młoda pacjentka wypila wodę, w której stały konwalie majowe. Roślina zawiera glikozydy nasercowe, które spowodowały problemy kardiologiczne w postaci poważnych zaburzeń rytmu serca. Do tego zdarzenia doszło w czerwcu 2021 r. Media rozpisywały się też między innymi o czterolatku, który zjadł nasiona złotokapu zwyczajnego rosnącego na terenie przedszkola.

PRZEZ POMYŁKĘ I NIEUWAGĘ

– Do zatruc trującymi roślinami najczęściej dochodzi wśród dzieci, i to tych najmłodszych. Maluchy są z natury ciekawe wszystkiego, co je otacza. Wiele roślin może być dla nich atrakcyjnych, bo mają kolorowe kwiaty albo przyciągające uwagę owoce – mówi prof. dr hab. n. farm. Anna Kiss z Katedry i Zakładu Biologii Farmaceutycznej Wydziału Farmaceutycznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. – Szczególnie niebezpieczne są silnie toksyczne owoce pokrzyku wilczej jagody. Na szczęście to roślina rzadko występująca w Polsce. Z kolei wśród roślin ogrodowych lub tarasowych dzieci mogą się zainteresować np. pięknie kwitnącym oleandrem, który zawiera związki o działaniu silnie kardiotoksycznym. Zwróciłabym też uwagę na brugmansję o przyciągających uwagę kwiatkach, która niestety zawiera alkaloidy tropanowe, mogące w większych dawkach działać niekorzystnie na ośrodkowy układ nerwowy. Rośliną silnie toksyczną jest też oczywiście cis pospolity, który ze względu na czerwone owoce może być atrakcyjny dla maluchów. I choć sama osnówka

PRAKTYKA LEKARSKA

Niebezpieczne rośliny

LIDIA SULIKOWSKA

DZIENNIKARKA

Cieplejsze miesiące to czas, w którym wzrasta ryzyko zatrucia toksycznymi substancjami zawartymi w niektórych roślinach. Objawy bywają nieoczywiste, a szybka diagnoza może uchronić pacjenta przed poważnymi powikłaniami.

owocu nie jest szkodliwa, to znajdująca się we wnętrzu pestka – już tak. Lista trujących roślin jest dość długa. Na szczęście rzadko dochodzi do ciężkich zatruc, bo zazwyczaj dziecko nie zjada na tyle dużo, aby mu to mogło poważnie zaszkodzić. Co nie oznacza, że takie sytuacje się nie zdarzają – podkreśla ekspertka.

W przypadku dorosłych do zatruc najczęściej dochodzi przez pomyłkę. – Osoby spożywające rośliny dziko rosnące w celach kulinarnych albo leczniczych mogą przez przypadek zjeść co innego, niż myśleli. Często podawanym przykładem jest pomylenie czosnku niedźwiedziego z zimowitem jesiennym. Liście tych roślin są podobne, niestety zimowit zawiera kolchicynę, toksynę mogącą powodować uszkodzenia wielonarządowe. Zdarzają się też przypadki prób samobójczych w wyniku spożycia roślin trujących. W Europie Środkowo-Wschodniej najczęściej wykorzystywany jest w tym celu cis pospolity. Roślina jest kardiotoxyczna – tłumaczy prof. Anna Kiss.

– Zwróciłabym też uwagę na rącznik pospolity, z tej rośliny pozyskuje się rycynę. To substancja, która bez poddania obróbce termicznej jest niezwykle groźna. W Klinice Toksykologii w Krakowie hospitalizowana była osoba, która parenteralnie podała sobie samodzielnie wykonany ekstrakt z rącznika. Niestety nie udało się jej uratować. Na szczęście w przypadku zatruc roślinami najczęściej mamy do czynienia z przypadkowym spożyciem niewielkiej ilości potencjalnie groźnej substancji, więc niewiele z nich kończy się hospitalizacją – informuje dr Beata Szkolnicka, specjalistka laboratoryjnej toksykologii medycznej z Pracowni Informacji Toksykologicznej i Analiz



fot.: archiwum prywatne

◀ Konwalia majowa zawiera glikozydy nasercowe, które mogą powodować problemy kardiologiczne

z tego powodu. Okazało się, że nasiona bielunia sprzedawano młodzieży pod szkołami. Pamiętam też inną sytuację związaną z tą rośliną. Pewna kobieta zalała pokrojone w plastry szyszki bielunia alkoholem i obdzieliła tym roztworem sąsiadów, w celach zdrowotnych oczywiście. Kilka osób skończyło tę kurację wizytą w szpitalu – mówi dr Szkolnicka.

Ekspertka zwraca też uwagę na popularny trend przyjmowania niektórych substancji roślinnych w celach leczniczych bez konsultacji lekarskich. – Pseudoeksperci wmawiają ludziom chorującym na nowotwory opowieści o rzekomo cudownym wpływie amigdaliny, substancji zawartej w gorzkich migdałach i nasionach owoców, takich jak brzoskwinia, morela, śliwa, wiśnia. Zawierają one glikozydy cyjanogenne, czyli toksyny, które spożyte w większych ilościach mogą blokować proces oddychania – ostrzega specjalistka.

PESTO Z ZIMOWITU

Jak często dochodzi do zatruc roślinami w Polsce? Jak twierdzi prof. Anna Kiss, skala problemu jest raczej niewielka, choć brakuje kompleksowych statystyk na ten temat.

Laboratoryjnych Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego.

W CELACH LECZNICZYCH

Niektóre osoby spożywają rośliny w celu odurzenia się. – Takie właściwości posiada np. bielun dzierzawa ze względu na zawartość alkaloidów tropanowych. Jakiś czas temu w Krakowie dziesięciu młodych ludzi było hospitalizowanych



◀ Dzieci mogą się zainteresować pięknie kwitącym oleandrem, który zawiera związki o działaniu silnie kardiotoksycznym

foto: archiwum prywatne

– Aby lepiej oszacować to zjawisko, możemy przeskalować dane z innych krajów europejskich o zbliżonej szacie roślinnej, takich jak Niemcy, Francja, Szwajcaria. Biorąc je pod uwagę, można stwierdzić, że około 5 proc. wszystkich zatruc w Polsce może być spowodowanych przez toksyny zawarte w roślinach. Zazwyczaj są one bezobjawowe albo ze słabo nasilonymi objawami. Rzadko dochodzi do zatruc ostrych, a do zgonów na szczęście jeszcze rzadziej. Warto jednak mieć na uwadze, że one się zdarzają i mogą prowadzić do bardzo poważnych konsekwencji zdrowotnych – podkreśla prof. Kiss.

– Z perspektywy naszej jednostki odsetek pacjentów, którzy ulegli zatruciu roślinami, jest niewielki, nie przekracza 3-5 proc. Większość z nich to zatrucia przypadkowe dotyczące dzieci. Jeśli chodzi o dorosłych, to zdarzały się osoby, które omyłkowo zjadły roślinę trującą zamiast jadalnej, po próbach samobójczych, a także zażywające toksyczne

Około 5 proc. wszystkich zatruc w Polsce może być spowodowanych przez toksyny zawarte w roślinach; zazwyczaj są one bezobjawowe albo ze słabo nasilonymi objawami

rośliny w celach odurzających – informuje prof. dr hab. Natalia Pawlas, kierownik Oddziału Toksykologii z Ośrodkiem Ostрых Zatruc Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu, specjalistka toksykologii klinicznej i intensywnej terapii. – Pamiętam pacjenta, który zamówił przez internet korzeń tojadu, jednej z najsilniejszych trucizn roślinnych zawierających akonitynę. Na szczęście zakończyło się na obserwacji w oddziale intensywnej terapii. Dwa lata temu trafił do nas pacjent po zjedzeniu pesto, które przyrządził

z zimowitu jesiennego. Pomylił tę roślinę z czosnkiem niedźwiedzim. Niestety, nie udało się go uratować.

Z WĄTPLIWOŚCIAMI DO TOKSYKOLOGA

Czy trudno się zorientować, że pacjent uległ zatruciu toksyczną rośliną? – To zależy od substancji. Zatrucie spowodowane przez alkaloidy tropanowe, które zawiera m.in. białucha, dzierżazwa, pokrzyka wilcza jagoda czy lulek czarny, daje relatywnie jasny obraz kliniczny w postaci toksydromu cholinolitycznego. W podręcznikach przedstawia się go tak: człowiek jest gorący jak piec, ślepy jak nietoperz, czerwony jak burak, suchy jak pieprz i wściekły jak zwierzę w pułapce. Skrajnie pobudzony, z halucynacjami – opisuje prof. Pawlas. – Z kolei niejasne obrzęki w obrębie jamy ustnej mogą sugerować zatrucie roślinami zawierającymi nierozpuszczalne sole szczawianów wapnia. Generalnie podejrzenie powinno wzbudzić niejasne zaburzenia żołądkowo-jelitowe i zaburzenia kardiologiczne. I chociaż w zdecydowanej większości przypadków zatruc w wyniku spożycia toksycznych roślin leczenie jest objawowe, to warto szukać przyczyny, bo wówczas możemy przewidywać możliwe kolejne powikłania i w porę zareagować. Zazwyczaj zaczyna się i kończy na działaniu gastrotoksycznym, ale rośliny mogą zawierać substancje działające między innymi kardiotoksycznie, nefrotoksycznie i hepatotoksycznie – podkreśla specjalistka.

Niestety często objawy są niespecyficzne, co utrudnia rozpoznanie. – W wielu sytuacjach do właściwego rozpoznania potrzeba dużej wiedzy i doświadczenia z zakresu toksykologii. Jeśli lekarz podejrzewa u pacjenta zatrucie potencjalnie toksyczną rośliną i potrzebuje wsparcia, warto skonsultować się ze specjalistą dyżurującym w ośrodku informacji toksykologicznej – tłumaczy dr Beata Szkolnicka. Informacje toksykologiczne można uzyskać, dzwoniąc na numery alarmowe tych placówek.

Pracownia Informacji Toksykologicznej i Analiz Laboratoryjnych CM UJ otrzymuje miesięcznie średnio około 20 zapytań w sprawie zatruc roślinami. – W sezonie owocowania i kwitnienia jest ich

najwięcej. W zimie pojawiają się głównie zgłoszenia w sprawie spożycia kwiatów gwiazdy betlejemskiej i owoców jemioły. Przez cały rok otrzymujemy prośby o poradę dotyczącą toksyczności roślin hodowanych w domu. Są to zarówno telefony od zaniepokojonych rodziców dzieci, ale też od personelu medycznego. Zapewniamy całodobowe konsultacje telefoniczne – mówi dr Beata Szkolnicka.

Jak podkreśla dr Katarzyna Hrnčiar, zastępca kierownika Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie, do ich placówki dość często trafiają dzieci po zjedzeniu roślin, na szczęście bardzo rzadko rozwijają się u nich objawy zatrucia. Każdy taki przypadek jest konsultowany z ośrodkiem informacji toksykologicznej działającym w regionie (w Krakowie są dwa). – Postępujemy zgodnie z ich zaleceniami. W przypadku podejrzenia zatrucia silnie trującymi toksynami, takimi jakie zawierają cis pospolity, wilcza jagoda czy konwalia majowa, przyjmujemy pacjentów na obserwację, nawet jeśli nie jesteśmy pewni, czy do spożycia faktycznie doszło, i nawet gdy nie mają żadnych objawów. W przypadku tak toksycznych substancji lepiej pacjenta zabezpieczyć, bo może dojść do groźnych powikłań – mówi dr Katarzyna Hrnčiar. ●

TELEFONY ALARMOWE OŚRODKÓW INFORMACJI TOKSYKOLOGICZNEJ

(58) 682 04 04 – Pomorskie Centrum Toksykologii w Gdańsku

(22) 619 66 54 – Pododdział Toksykologii Szpitala Praskiego p.w. Przemienienia Pańskiego w Warszawie

(12) 411 99 99 – Pracownia Informacji Toksykologicznej i Analiz Laboratoryjnych, Katedra Toksykologii i Chorób Środowiskowych, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

(12) 64 68 550 – Oddział Toksykologii i Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Detoksykacji Szpitala Specjalistycznego im. L. Rydygiera w Krakowie

(71) 306 48 41, (71) 306 48 42 – Oddział Toksykologii i Chorób Wewnętrznych Dolnośląskiego Szpitala Specjalistycznego im. T. Marciniaka we Wrocławiu

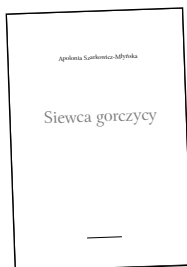
(61) 847 69 46 – Oddział Toksykologii Szpitala Miejskiego im. Fr. Raszei w Poznaniu

517 619 306 – Kliniczny Oddział Toksykologiczno-Kardiologiczny i Chorób Wewnętrznych Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Lublinie

(32) 368 21 16 – Oddział Toksykologii z Ośrodkiem Ostrego Zatrucia Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu

661 442 576 – Pododdział Toksykologii Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

GAZETA LEKARSKA POLECA



Siewca gorzcycy Apolonia Szarkowicz-Młyńska

Zbiór felietonów o przemysłeniach dotyczących życia osobistego i zawodowego, w tym głębokiej relacji lekarza psychiatry z pacjentami uzależnionymi od narkotyków – uczciwej, bez osądzania, pełnej wdzięczności i miłości do drugiego człowieka, ale też dającej rozwój osobisty. Bije z nich ciepło, szacunek i pokora.

Jest w nich też próba odpowiedzi na pytanie o sens pracy i o to, jak czerpać z niej satysfakcję. „Gdy znajdujemy odpowiednie dla siebie zajęcie, to tak, jakbyśmy odnaleźli własną duszę w świecie” – przekонуje Apolonia Szarkowicz-Młyńska w jednym ze swoich tekstów. W innych pokazuje, że to, co wydaje się w nas najsłabsze, często okazuje się najmocniejsze. Autorka poświęciła tę książkę pamięci doktora Tadeusza Matuszewicza, który był dla niej mistrzem i nauczycielem. Szefem, który czuwał, ale dawał prawo do własnych doświadczeń i błędów. Człowiekiem, któremu zaufała i dała się poprowadzić po meandrach zawodu lekarza. Teksty zebrane w tej publikacji wcześniej ukazały się w miesięczniku „Świat Problemów” i „Biuletynie Lekarskim”. Książkę wydano nakładem Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej w Olsztynie.

Zasłużeni lekarze toruńscy we wspomnieniach (3. tom)

Redakcja naukowa:

Waldemar Jędrzejczyk,
Sławomir Badurek, Lesław J. Welker

W publikacji przedstawiono wybrane sylwetki zasłużonych toruńskich lekarzy – przede wszystkim wojskowych, ale inie tylko. Bohaterami są wybrane osoby urodzone pod koniec XIX w. aż do pierwszej połowy XX w. Lekarze wybitni, którzy jednocześnie byli patriotami walczącymi o niepodległość Polski, a także społecznikami pomagającymi potrzebującym. Działacze niepodległościowi, żołnierze Armii Krajowej, organizatorzy opieki zdrowotnej, zaangażowani w pracę na rzecz Polskiego Czerwonego Krzyża, „Solidarności” i nie tylko. Doktor z „Kroplą Mleka”, doktor cichociemny, bojownicza niepodległości, doktor trędowatych, doktor generał, żołnierz trzech powstań, lwowski filatelista i wielu innych... Ludzie, którzy robili rzeczy wielkie w trudnych czasach. Byli częścią społeczności, dzięki której zawód lekarza jest postrzegany jako coś znacznie więcej niż zwykła praca. Książka zawiera unikalne fotografie, zatrzymujące w kadrze zarówno codzienność, jak i dokumentujące ważne wydarzenia z życia upamiętnionych osób. To już trzeci tom z tej serii.



PRAKTYKA LEKARSKA

Jak przejąć kontrolę nad organizmem

ADAM CZERWIŃSKI
DZIENNIKARZ

Medycyna sportowa jest jedną z najbardziej interdyscyplinarnych specjalności klinicznych. Lekarz sportowy jest wręcz drugim trenerem. Pomaga zawodnikowi nie tylko wtedy, gdy dojdzie do urazu, ale przede wszystkim stara się w efektywny sposób wykorzystać potencjalne możliwości biologiczne jego organizmu – mówi dr n. med. Zbigniew Krenc.

Każda dyscyplina sportowa, w której możliwy jest bezpośredni kontakt dwóch osób, niesie ryzyko odniesienia jakichś obrażeń. Zdarzają się złamane nosy, pęknięcia łuku brwiowego albo wybite zęby. W każdej sytuacji trzeba sobie radzić.

A pan musiał sobie radzić?

I to nie raz. Kiedyś na zawodach karate, na których pracowałem jako sędzia, zdarzyło się, że kilkunastoletni chłopiec niemal dosłownie wypłuł ząb. Jako osoba obserwująca zdarzenie z boku mogę potwierdzić, że była to sytuacja całkowicie przypadkowa. Nikt nikogo specjalnie nie skrzywdził. Ale jakkolwiek byśmy na to patrzyli, zawodnik doznał poważnego urazu. Dlatego chwilę się zastanowiłem i spytałem, czy jest ten ząb. Był w ręce sportowca. „W takim razie bierz go do buzi” – zarządziłem. „Uważaj, żeby go nie połknąć”. I wysłałem chłopaka do stomatologa.

Skąd pan wiedział, że właśnie tak trzeba postąpić?

Osoba, która interesuje się sportem, musi interesować się również urazowością i sposobami postępowania w takich przypadkach. A jeśli chodzi o postępowanie z wybitym zębem, to nie raz w czasach studenckich służyłem, najczęściej w formie anegdotycznej, o tym, co robić w takiej sytuacji. Pamiętam też, że na zajęciach z chirurgii szczękowo-twarzowej była mowa, że wybity ząb może zachować pewną żywotność, gdy pozostawimy go

w soli fizjologicznej, ale również we własnej ślinie. To logiczne. Usta to najbardziej naturalne środowisko dla zęba i jeśli zostanie możliwie szybko umieszczony w zębodole, jest szansa, że uda się go uratować.

Jak się skończyła ta historia?

Nie wiem, bo musiałem pozostać na zawodach. Tyle się zawsze na nich dzieje. Pamiętam zawody judo, na których doszło do złamania obojczyka z przemieszczeniem odłamków. Były też zawody karate, na których doszło do zwichnięcia stawu barkowego. Na szczęście pracowałem z mną ortopeda i to właściwie on zaopatrzył zawodnika, tak że udało się wprowadzić głowę kości ramiennej we właściwe miejsce. Były też złamania nosa z masywnym krwotokiem. Zdarzały się sytuacje, gdzie mogło dojść do potencjalnego uszkodzenia narządów wewnętrznych po silnych kopnięciach, na przykład kiedy siła lokalizowała się w jamie brzusznej, i wtedy szczególnie musi być zachowana czujność. Czasami zawodnicy są pod takim wpływem adrenaliny, że nie zdają sobie sprawy z tego, że coś się wydarzyło. Sporty walki mają to do siebie, że zawodnicy są bardzo twardzi i starają się panować nad swoim bólem, w związku z tym często nie dopuszczają do świadomości, że przyszedł moment, w którym zawody mogą się

skończyć, choć nie ponieśli porażki sportowej.

Na szczęście nie zdarza się często, żeby sytuacja wymykała się komukolwiek spod kontroli. Zawodnicy są dobrze wyszkoleni, a zasady współzawodnictwa sportowego są nastawione na to, żeby nie dochodziło do niebezpiecznych sytuacji. Są jednak dyscypliny sportowe, zwłaszcza u seniorów, w których dopuszczalny jest zdecydowanie silniejszy kontakt, jak np. w kick-boxingu czy MMA, a reguły współzawodnictwa są często mniej restrykcyjne.

Trochę przerażająco brzmią te opowieści o urazach.

Każdy sport, nie tylko dyscypliny związane z kontaktem fizycznym zawodników, wiąże się z możliwością urazów, a lekarz niezależnie od tego, gdzie będzie pracował, jest lekarzem i najważniejsze powinno być dla niego zdrowie podopiecznych. Zaopatrzenie ich w taki sposób, żeby to było jak najbardziej profesjonalne i w przypadku sportowców dawało możliwie szybki powrót do pełnej aktywności fizycznej. Aby rozwiać pana obawy, dodam, że sam przez wiele lat uprawiałem sporty walki. Jestem przekonany, że sport naprawdę dał mi wiele pozytywnych doświadczeń. Swoją przygodę ze sportem zacząłem od judo w szkole podstawowej. Ale

jeszcze na studiach reprezentowałem swoją uczelnię, Wojskową Akademię Medycyną, na mistrzostwach Polski uczelni wojskowych w judo, zdobywając brązowy medal w całkiem niezłe obsadzonym turnieju we Wrocławiu. W międzyczasie mocno zaangażowałem się też w karate tradycyjne.

Ale został pan pediatrą.

Tak i była to w pełni przemyślana decyzja. Później doszła jeszcze kardiologia dziecięca, a następnie medycyna sportowa, która zawsze bardzo mnie interesowała, ponieważ będąc osobą bardzo aktywną fizycznie, jak każdy sportowiec próbowałem szukać takich metod, które będą optymalizowały moją formę psychofizyczną.

I po latach zbierania doświadczeń, wiedzy na temat fizjologii wysiłku, przyszedł czas na książkę „Medycyna sportów walki”.

Napisałem ją przede wszystkim z myślą o lekarzach, fizjoterapeutach i dietetykach sportowych, którzy sprawują opiekę nad sportowcami. Takie osoby potrzebują usystematyzowanej wiedzy, nie tylko wiedzy stricte medycznej, lecz także znajomości specyfiki technicznej danej dyscypliny sportowej i związanych z nią potencjalnych problemów i zagrożeń. Pisząc książkę, po raz kolejny się przekonałem, jak bardzo interdyscyplinarną dziedziną kliniczną jest medycyna sportowa. Oczywiście, ważną jej częścią jest traumatologia, bo każda aktywność fizyczna wiąże się z ryzykiem urazów, ale lekarz sportowy musi patrzeć znacznie szerzej. Potrzebuje kompleksowej wiedzy o tym, jak funkcjonuje organizm z punktu widzenia fizjologii czy energetyki wysiłku, bo to rzutuje choćby na sposób odżywiania czy też suplementacji, którą można zaproponować zawodnikowi. Dlatego pisząc książkę o sportach walki, zafundowałem sobie jedną z fajniejszych przygód intelektualnych.

Czego się Pan dowiedział?

Na przykład, że dobrze rozumiejąc fizjologię człowieka, jego biochemię, możemy wspierać naturalne procesy regeneracyjne. Jeden z rozdziałów poświęciłem traumatologii głowy. Jego najważniejsza część dotyczy pourazowych uszkodzeń mózgu. Pisząc, musiałem usystematyzować wiedzę, by zaproponować najlepsze

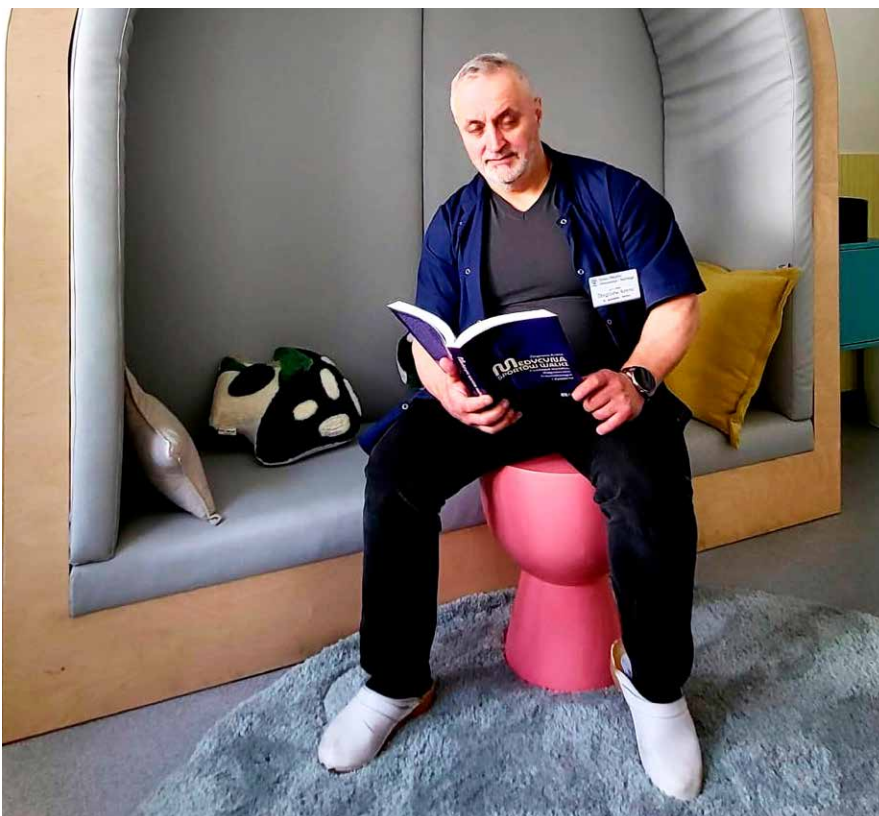


foto: archiwum prywatne

metody stopniowego powrotu do aktywności fizycznej, na przykład po wstrząśnięciu mózgu. Jak to zrobić najprościej? To oczywiste – konieczny jest odpoczynek. Po odpoczynku powrót do najprostszych aktywności i najmniej obciążających ćwiczeń. Dopiero na końcu tej drogi pojawia się możliwość powrotu do sparingów, podczas których znów istnieje ryzyko odniesienia obrażeń. Na każdym etapie tej drogi jest jednak konieczność weryfikacji stosowanych obciążeń treningowych i ich tolerancji przez zawodnika. Widać, że kluczową rolę w terapii odgrywa czas. Organizm ma ogromny potencjał samonaprawy i musimy umieć ten potencjał wykorzystać. W tym kontekście mówię też studentom o zasadzie „po pierwsze nie szkodzić”, która często bywa źle rozumiana.

A jak ją należy rozumieć?

Oczywiście, żaden lekarz nie może mieć intencji, by zaszkodzić swojemu pacjentowi, bo byłoby to nielogiczne i zupełnie niezgodne

z naszą misją. Natomiast pierwotne znaczenie tej zasady odnosiło się do natury. Chodzi o to, aby po pierwsze nie szkodzić... naturze, a więc postępować w taki sposób, aby ją wspomagać, bo ona ma duży potencjał samouzdrawiania. Dlatego dobrze rozumiejąc fizjologię człowieka, jego biochemię, możemy naturę wspierać w jej procesach naprawczych. I to z niezrozumienia natury bierze się czasem zbyt agresywne leczenie. Kierując się dobrymi intencjami, chcemy czasem bardzo szybko uzyskać efekt terapeutyczny, i to nie wychodzi. Bo zbyt krótkie leczenie, zbyt szybki powrót do dotychczasowej aktywności czasem bywa powodem tego, że... zamiast pomagać, można zaszkodzić. A przecież wiadomo, ile czasu potrzeba na leczenie uszkodzeń określonych struktur tkankowych. Nawet różne kości goją się w różnym czasie. Mając taką wiedzę, musimy pozwolić, żeby to natura mogła w pełni ujawnić swoje działania lecznicze. Pomóc możemy, np. poprzez podawanie

suplementów czy zabiegi fizjoterapeutyczne, ale pewnych rzeczy po prostu nie przeskoczmy. Sformułowanie, że czas leczy rany, wprost odnosi się do tej terapeutycznej roli samouzdrawiania organizmu.

Jak ma wspierać naturę lekarz sportowy?

Oczywiście oprócz tego, że reaguje, jak się coś „zepsuje”, to jest trochę jakby drugim trenerem. Po prostu pomaga w najbardziej efektywny sposób wykorzystać możliwości biologiczne organizmu. Mam to szczęście, że sam jestem osobą aktywną fizycznie, w związku z tym zdaję sobie sprawę z tego, że sportowiec, który poświęca dużo czasu na to, żeby budować swoją formę, nie buduje jej tylko na poziomie samej aktywności fizycznej. Niezwykle istotne są jeszcze inne elementy: odpowiedni wypoczynek, czyli okres regeneracji, żeby organizm mógł się przygotować do następnego treningu, ale również odpowiednio odżywianie. Ważną rolę odgrywa także przygotowanie mentalne. W związku z tym my nigdy na sportowca nie możemy patrzeć tylko i wyłącznie jak na maszynę, która wykonuje pewną pracę i może się zepsuć.

Pewnie dlatego jeden z rozdziałów w pana książce jest poświęcony optymalizacji i aktywizacji procesów wypoczynkowych.

Rozdział ten ma w tytule też słowo biohacking. To dość popularne w ostatnich latach pojęcie odwołuje się do hakerstwa komputerowego. I tak jak hakerzy przejmują kontrolę nad komputerem, tak my, osoby zajmujące się biohackingiem, próbujemy przejąć pełną kontrolę nad organizmem ludzkim. W skrócie chodzi o to, by stosując różne „manipulacje”, zoptymalizować nasze możliwości psychofizyczne. Zakładając, że mamy określony potencjał genetyczny, biohakerzy próbują odpowiedzieć sobie na pytanie, co i jak zrobić, by potencjał ten w pełni wykorzystać i maksymalnie podnieść możliwości organizmu.

To co zrobić, żeby było lepiej?

Jednym z najprostszych działań, jakie możemy podjąć, to poprawa efektywności snu. I chodzi nie tylko o jego długość, ale także o jakość. Okazuje się, że wiele można osiągnąć, stosując proste metody relaksacyjne, a także

tak banalne zabiegi, jak chociażby obniżenie temperatury w sypialni czy jej maksymalne zaciemnienie. Znaczenie mają nawet takie, wydawałoby się, drobiazgi, jak cyfry, które pojawiają się na wyświetlaczu budzika – powinny być one raczej czerwone, a nie na przykład zielone. Naprawdę ma to już znaczenie dla jakości naszego odpoczynku.

Takie szczegóły mogą realnie wpływać na dyspozycję sportowca. Jeżeli weźmiemy pod uwagę sportowca, który walczy o ułamki sekund, to każdy detal w jego życiu może mieć znaczenie przy pracy nad budowaniem szczytowej formy. Jeżeli będzie nie w pełni wypoczęty, z deficytem snu, i w konsekwencji zdekoncentrowany, to może zniweczyć efekty ciężkiej pracy, którą długi czas wykonywał, i ten oczekiwany sukces sportowy niestety może oddalić się w bliżej nieokreślonej przyszłość. Dlatego sama aktywność fizyczna to jedna strona medalu. Drugą jest wszystko to, co dzieje się poza treningiem. Generalnie mnie jako lekarzowi zależy na tym, aby moi podopieczni potrafili wykorzystać potencjał swojego organizmu po to, żeby nie tylko odnosić sukcesy sportowe, ale także, by żyć pełniej.

Pewnie biohacking obejmuje także dietę?

Oczywiście. To bardzo ważny element i sportowcy, szczególnie ci na najwyższym poziomie wyszkolenia, zdają sobie z tego sprawę. Rozchwiany metabolizm spowodowany złą dietą może mieć wpływ na możliwości psychofizyczne zawodnika. Problemem może być spożywanie w nadmiarze słodczy. Co się wówczas dzieje? Gwałtowne wchłanianie z przewodu pokarmowego cukrów prostych powoduje, że na początku szybko rośnie poziom glukozy we krwi, za tym idzie silny wyrzut insuliny i często jest tak, że następujące po wyrzucie insuliny obniżenie glikemii uruchamia mechanizmy hormonalne, które próbują z kolei stężyć poziom glukozy podnieść. Jednym z nich jest wydzielanie adrenaliny. Wiemy, że gdy jesteśmy wzburzeni, możemy

mieć istotnie podniesiony poziom tego hormonu. Przez nią bywamy zdekoncentrowani, rozdrażnieni, mogą nam drżeć ręce. W przypadku sportowców może to się przekładać na ich doraźną formę i osiągnięte wyniki.

Można ponieść porażkę przez jeden wafelek?

Oczywiście nie. Wszystko jest dla ludzi. Bardziej chodzi o błędy w żywieniu popełniane w długim okresie. Ale należy pamiętać, że drobne elementy składają się na większą, bardziej logiczną całość. Jeżeli zacniemy je jak puzzle układać, to na uzyskanym obrazie możemy zobaczyć naszą optymalną formę sportową. Im więcej znajdziemy takich elementów, które będą ze sobą spójne, tym lepszy uzyskamy efekt końcowy. Czemu więc nie podjąć prostych działań optymalizujących nasze możliwości? Aktywność fizyczna, dieta i wypoczynek zawsze będą odgrywały ważną rolę w budowaniu dobrej formy nie tylko sportowej, ale i życiowej. Sprawia, że będziemy czuli się po prostu lepiej i staniemy się bardziej efektywni w pracy. ●



DR N. MED. ZBIGNIEW KRENC

Pediatra, kardiolog, lekarz sportowy, karateka, judoka, nauczyciel akademicki. Związany z Kliniką Pediatrii, Immunologii i Nefrologii Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi. Opublikował właśnie książkę „Medycyna sportów walki. Fizjologia wysiłku, diagnostyka, traumatologia i żywienie”, która już stała się bestsellerem Wydawnictwa Lekarskiego PZWL.

Kultura pracy dwa poziomy wyżej

Dlaczego w ochronie zdrowia nie ma motywacji? Bo kultura organizacji zatrzymała się na podporządkowaniu, nie zauważając, że są kolejne poziomy, czyli identyfikacja z celem, a potem zaangażowanie.

ANNA GOŁĘBICKA,
STRATEG KOMUNIKACJI
W OCHRONIE ZDROWIA



Miejsce akcji: MOP. Nie ten do zmywania podłóg, choć będzie trochę o czystej podłodze, ale Miejsce Obsługi Podróżnych gdzieś między Łodzią a Gdańskiem. Zwykle zatrzymujemy się tam w celu, którego nie opiewa się w poematach. Zadne dziecko nie marzy o pracy w tym miejscu, nie ma takiego kierunku studiów, na które byłoby mnóstwo kandydatów ani perspektywy na dobre wynagrodzenie.

Przy wejściu wita mnie zapach świeżego bzu. Wchodzę dalej. Panie w prawo, panowie w lewo. Skręcam w prawo. Idealnie wyczyszczona ściana metalowych umywalk. Na początku i na końcu tej ściany stoją piękne bukiety świeżego bzu. Jest czysto, w tle gra miła muzyka. Myję ręce. Pani obok nachlapała wodą. Sciera, żeby zostawić, jak zastała. Wychodzę. Na drzwiach toalety dla niepełnosprawnych zaalaminowany komunikat z serduszkami upraszający o szacunek dla „naszej ciężkiej pracy”. Dalej korkowa tablica. Na niej karteczki z napisami „Dzięki”, „Tak trzymać”, „Brawo, oby tak dalej.” Wychodzę. Czysto, trawa przycięta, pan zmienia worki w koszach. Spada mi papierek i porywa go wiatr. Gonię za nim, bo przecież nie mogę zawieść tych ludzi. Zresztą każdy, kto tam wchodzi, zachowuje się jakoś tak lepiej niż zwykle.

To jest właśnie kultura organizacji, która determinuje kulturę użytkowania. I tak od razu myślę. Skoro w MOP tak

można, to dlaczego nie dzieje się tak w szpitalu czy gabinecie na Narodowy Fundusz Zdrowia?

Teoria mówi, że ludzie muszą mieć poczucie, że zarabiają uczciwie – i to wcale nie hiperdużo, ale uczciwie. Muszą mieć stworzone jasne i proste zasady, muszą lubić to, co robią, a najważniejsze – wierzyć, że ta praca ma sens. Motywacja weszła na kompletnie nowe poziomy i nie jest już nawet motywacją. Ludzie muszą rozumieć cel, uczestniczyć w czymś, czuć się częścią tego, mieć swój doradczy głos w tym, jak to będzie wyglądać. Muszą mieć z tego, co robią, tzw. fun.

Teoria motywacji transcendentnej, która jest całkiem w porządku, ale ktoś przegiął z nazwą, mówi, że potrzebne są elementy pokazujące pracownikowi wyższy cel, dla którego wykonuje swoją pracę. Jeśli człowiek wie, że robi coś więcej niż budowanie muru, i wie, że buduje katedrę – będzie zupełnie inaczej patrzył na swoją pracę. Człowiek, który wie, że nie czyści WC, ale tworzy miejsce,

które da ludziom przyjemny czas, będzie inaczej patrzył na to, co robi.

W ten sposób dochodzimy do tego, dlaczego takiej kultury i motywacji nie ma w ochronie zdrowia, i to mimo że przecież każdy wie, że buduje „katedrę”.

Odpowiedź jest prosta. Bo w ochronie zdrowia zawsze znajdzie się taki, co na tym MOP-ie na swojej zmianie zrobi mniej, bo leci do innej roboty, albo taki, co szefowi powie, że wszystko to jego zasługa. Znajdzie się i taki, co jest sprytniejszy i załatwi sobie premię, albo taki, co „o...krzyczy” za te bzy, bo kto do kibla wstawia bzy.

W ochronie zdrowia już się sprawa sypie na poziomie jasnych zasad i poczucia przejrzystości w wynagradzaniu. W ochronie zdrowia kultura organizacji zatrzymała się na podporządkowaniu, nie zauważając, że są kolejne poziomy, czyli identyfikacja z celem, a potem zaangażowanie. W ochronie zdrowia w temacie kultury organizacji jesteśmy gdzieś bardzo daleko w tyle. Nawet dalej niż MOP między Łodzią a Gdańskiem. ●

PRAKTYKA LEKARSKA – ZE ŚWIATA

LIDIA SULIKOWSKA
DZIENNIKARKA

Endometrioza – późne diagnozy

W Wielkiej Brytanii kobiety czekają średnio prawie dziewięć lat na rozpoznanie endometriozy – wynika z sondażu opublikowanego w marcu przez organizację Endometriosis UK, w którym wzięło udział ponad 4 tys. kobiet cierpiących na tę chorobę. Pytano je o drogę dochodzenia do właściwej diagnozy. Wyniki są niepokojące. Aż 78 proc. ankietowanych stwierdziło, że doświadczyło ze strony personelu medycznego lekceważenia, a nawet kwestionowania problemu. Niemal połowa respondentek zgłaszała się do lekarza pierwszego kontaktu z objawami endometriozy co najmniej dziesięć razy, zanim ta choroba została wzięta pod uwagę jako potencjalna przyczyna dolegliwości. Jedna piąta co najmniej dziesięć razy odbyła wizyty u ginekologa przed rozpoznaniem. Część pacjentek z powodu dolegliwości musiała szukać pomocy w szpitalnym oddziale ratunkowym. Sondaż pokazuje też pozytywne przykłady. Okazuje się, że w przypadku niektórych uczestniczek ankiety udało się postawić właściwe rozpoznanie w mniej niż rok.

Według autorów sondażu wyniki wskazują na niską świadomość na temat endometriozy i jej objawów wśród pracowników ochrony zdrowia i niezrozumienie pacjentów szukających pomocy. Zwracają też uwagę na brak świadomości o chorobie wśród społeczeństwa.

Źródło: Endometriosis UK

Strefa głodu i cierpienia

Od 7 października 2023 r. do połowy maja 2024 r. w Strefie Gazy w wyniku ataków na infrastrukturę związaną z ochroną zdrowia uległo uszkodzeniu ponad 100 obiektów opieki zdrowotnej i tyle samo karettek pogotowia ratunkowego – informuje

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO). Nie działa 21 szpitali, a 15 funkcjonuje częściowo. Dodatkowo nie działa 65 proc. placówek podstawowej opieki zdrowotnej. System jest wspomagany kilkoma szpitalami polowymi i punktami opieki medycznej prowadzonymi przez organizacje humanitarne.

Jak podaje Biuro Narodów Zjednoczonych ds. Koordynacji Pomocy Humanitarnej (UN Office for the Coordination of Humanitarian Affairs – OCHA) za Ministerstwem Zdrowia Strefy Gazy, już niemal 500 pracowników ochrony zdrowia straciło życie.

Według szacunków Ministerstwa Zdrowia Strefy Gazy do 18 maja w konflikcie zginęło około 35,5 tys. Palestyńczyków, w tym co najmniej 7,7 tys. dzieci i 1,9 tys. osób starszych. Niemal 80 tys. osób zostało rannych, a kolejnych 10 tys. uznaje się za zaginionych pod gruzami. ONZ szacuje, że 1,7 mln mieszkańców Strefy Gazy musiało opuścić swoje domy i szukać schronienia. Ludzie żyją w skrajnie trudnych warunkach. Zgodnie z prognozą IPC (Integrated Food Security Phase Classification, Zintegrowanej Klasyfikacji Bezpieczeństwa Żywnościowego) do 15 lipca ponad milion osób przebywających w Strefie Gazy będzie dotkniętych katastrofalnym brakiem bezpieczeństwa żywnościowego.

Źródło: WHO / OCHA / MSF / IPC / UN

Zdrowie psychiczne na minus

Trzy czwarte mieszkańców USA uważa, że w amerykańskim systemie opieki zdrowotnej problemy ze zdrowiem psychicznym są gorzej identyfikowane i leczone niż kłopoty ze zdrowiem fizycznym – wynika

z sondażu West Health-Gallup opublikowanego na początku maja. Co więcej, tylko 1 proc. ankietowanych przyznał najlepszą ocenę (w pięciostopniowej skali) amerykańskiej ochronie zdrowia za zdolność do rozwiązywania problemów dotyczących zdrowia psychicznego. 25 proc. badanych wystawiło ocenę najgorszą, a kolejne 32 proc. drugą od końca. Wśród najskuteczniejszych metod leczenia ankietowani wymieniali wsparcie psychologiczne i leczenie farmakologiczne. Jednocześnie wskazywali na główne bariery w dostępie do pomocy – koszty i trudności z dostępem do świadczeń.

Źródło: West Health-Gallup

Powody emigracji w UK

Z jakich powodów lekarze pracujący w Wielkiej Brytanii rozważają możliwość emigracji do innych krajów lub już podjęli taką decyzję? Odpowiedzi na to pytanie znajdziemy w najnowszym raporcie opublikowanym przez General Medical Council (GMC), brytyjską instytucję zajmującą się rejestracją lekarzy i sprawującą nadzór nad wykonywaniem zawodu.

W badaniu przeprowadzonym na zlecenie tej organizacji zidentyfikowano takie motywy emigracji, jak m.in. poczucie niedocenienia (w tym z wysokości wynagrodzenia), niezadowolenie z warunków pracy, przepracowanie i brak wsparcia, brak możliwości rozwoju, chęć podjęcia nowych wyzwań, rozczarowanie brytyjskim systemem opieki zdrowotnej i przekonanie, że środowisko pracy wpływa negatywnie na ogólne samopoczucie i prowadzi do wypalenia zawodowego.

W sondzie wzięło udział ponad 3 tys. lekarzy, w tym aktualnie praktykujący w Wielkiej Brytanii, pracujący za granicą i ci, którzy

wyjechali z kraju, ale wrócili. 13 proc. ankietowanych, którzy obecnie pracują w UK (bez tych, którzy mają za sobą doświadczenie emigracji), stwierdziło, że wyjazd za granicę do pracy w ciągu najbliższych 12 miesięcy jest w ich przypadku bardzo prawdopodobny, a kolejnych 17 proc. – że dość prawdopodobny.
Źródło: GMC

Kolejki dłuższe niż przed pandemią

Kanadyjczycy obecnie dłużej czekają na endoprotezoplastykę stawu biodrowego i kolanowego niż przed wybuchem pandemii COVID-19, i to pomimo zwiększenia liczby przeprowadzanych zabiegów – wynika z danych opublikowanych w kwietniu przez Canadian Institute for Health Information (CIHI).

Okazuje się, że w 2019 r. endoprotezoplastyka stawu biodrowego była wykonywana w ciągu rekomendowanych sześciu miesięcy od kwalifikacji w przypadku 75 proc. pacjentów, a w kolejnym – pandemicznym roku – już tylko u 56 proc. W 2023 r. udało się osiągnąć wynik wynoszący 66 proc. Podobnie jest w przypadku endoprotezoplastyki stawu kolanowego – 70 proc. w 2019 r., 47 proc. w 2020 r., 59 proc. w 2023 r.

Z kolei w przypadku operacji zaćmy dostępność wróciła do poziomu sprzed pandemii (70 proc. ma zabieg w ciągu rekomendowanych 16 tygodni). Czas oczekiwania na zabiegi różni się w zależności od prowincji. Podczas analizy brano pod uwagę okresy kwiecień-sierpień w analogicznych latach.

Źródło: CIHI

Polak Oficjalnym Doradcą WMA

Michał Matuszewski został Oficjalnym Doradcą Światowego Stowarzyszenia Lekarskiego (World Medical Association, WMA) przy Stałym Komitecie ds. społeczno-medycznych – informuje Naczelna Izba Lekarska.

– Niezmiernie cieszy nas fakt, że polski samorząd lekarski został doceniony, a nasz głos na arenie

międzynarodowej będzie lepiej słyszany. To efekt całokształtu pracy Ośrodka Współpracy Zagranicznej NIL oraz Naczelnej Izby Lekarskiej. Naszym celem jest czerpanie pozytywnych wzorców i dobrych rozwiązań od innych państw, aby później bazując na tych doświadczeniach, stopniowo wykorzystywać je na rzecz polskich lekarzy – zaznacza Michał Matuszewski, członek Naczelnej Rady Lekarskiej. Przy Stałym Komitecie ds. społeczno-medycznych WMA działa 35 Oficjalnych Doradców.

Światowe Stowarzyszenie Lekarskie jest największą organizacją lekarską na świecie, zrzeszającą krajowe organizacje lekarskie z ponad 100 państw świata.

Źródło: NIL / WMA

Bakterie na celowniku WHO

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zaktualizowała listę najgroźniejszych bakterii antybiotykoopornych. Wśród nich są między innymi *Acinetobacter baumannii* i *Mycobacterium tuberculosis*.

Na liście priorytetowych patogenów bakteryjnych (Bacterial Priority

Pathogens List, BPPL) znalazły się 24 kombinacje patogen-antybiotyków pogrupowane w 15 rodzin bakterii opornych na działanie antybiotyków. Podzielono je na kategorie o krytycznym, wysokim, a także średnim priorytecie. Opublikowana w maju 2024 r. lista różni się od tej z 2017 r. Jedną z istotnych zmian jest umieszczenie na niej *M. tuberculosis*, i to w kategorii o krytycznym priorytecie, a także wyodrębnienie enterobakterii opornych na cefalosporyny trzeciej generacji jako odrębnej pozycji. Z kolei *Pseudomonas aeruginosa* przeszła z kategorii krytycznej do kategorii wysokiego priorytetu. Na listę weszły także paciorkowce grup A i B, a zniknęła m.in. *Helicobacter pylori*.

Celem BPPL jest identyfikacja priorytetowych patogenów bakteryjnych przyczyniających się do rozprzestrzeniania oporności na środki przeciwdrobnoustrojowe (AMR, ang. antimicrobial resistance) i wskazanie kierunku działań, aby przeciwdziałać temu zjawisku. WHO zaznacza jednak, że opracowana lista jest narzędziem globalnym, a jego właściwe zastosowanie wymaga odpowiedniej adaptacji do regionalnych różnic.

Źródło: WHO Bacterial Priority Pathogens List 2024

PRIORYTETOWE PATOGENY BAKTERYJNE WHO 2024

Kategoria krytycznego priorytetu	enterobakterie oporne na karbapenemy / enterobakterie oporne na cefalosporyny trzeciej generacji / <i>Acinetobacter baumannii</i> oporne na karbapenemy / <i>Mycobacterium tuberculosis</i> oporne na ryfampicynę
Kategoria wysokiego priorytetu	<i>Salmonella Typhi</i> oporne na fluorochinolony / <i>Shigella spp.</i> oporne na fluorochinolony / <i>Pseudomonas aeruginosa</i> oporne na karbapenemy / <i>Enterococcus faecium</i> oporne na wankomycynę / <i>Neisseria gonorrhoeae</i> oporne na cefalosporyny trzeciej generacji i/lub fluorochinolony / <i>Staphylococcus aureus</i> oporne na metycylinę / niedurowe szczepy <i>Salmonella</i> oporne na fluorochinolony
Kategoria średniego priorytetu	<i>Streptococcus pneumoniae</i> oporne na makrolidy / <i>Haemophilus Influenzae</i> oporne na ampicylinę / paciorkowce grupy A oporne na makrolidy / paciorkowce grupy B oporne na penicylinę

FELIETON

O chomikach

Zastanawia mnie, czemu tak wiele osób wykonujących lekarski zawód, zdaje się zupełnie ignorować prawdy, jak choćby to, że czas leci, a ciało ma swoją wydolność. Od lat pędzą w zawodowym kołowrotku.

Był upalny poranek jednego z pierwszych dni czerwca. Czterdziestodwuletni lekarz był na dyżurze, gdy usłyszał dźwięk swojego telefonu. Dzwoniła pracowniczka działu księgowości stacji pogotowia ratunkowego, w której lekarz pracował. Powiedziała:

– Panie doktorze, jest problem z pana fakturą za maj. Godziny się nie zgadzają.

– A tak konkretnie?

– Konkretnie to wystawił pan fakturę za siedemset czterdzieści siedem godzin pracy.

– No i?

– Maj ma trzydzieści jeden dni. To siedemset czterdzieści cztery godziny. Pan wpisał o trzy więcej.

Tę historię, podobno prawdziwą, opowiedział mi niedawno znajomy ratownik medyczny. Lekarz, o którym mowa, jeśli mógł, dyżurował przez wszystkie dni miesiąca. Od lat. Ta opowieść to oczywiście przykład ekstremalny. Mówi jednak o problemie, który ma niejeden i niejedna z nas.

Mam czasem taki zły sen: jest rok 2049, czyli mam sześćdziesiąt cztery lata. Jestem, jak bohater pierwszej historii, na dyżurze. Mam za sobą pierwszy zawał, nieudane małżeństwo, moje dzieci dzwonią do mnie raz w miesiącu (a i wtedy nie bardzo jest o czym rozmawiać). Na koncie mam dwa miliony złotych – zbierało się przez lata, a nie bardzo było kiedy wydawać. To mój piąty dobowy dyżur w ciągu ostatnich jedenastu dni – nic specjalnego, tak pracuję od dekad. Rozpoczynam znieczulanie chorego do appendektomii. Podczas wstępnego natleniania pacjenta czuję silny ból w klatce piersiowej – właśnie zamknęła się moja prawa tętnica wieńcowa. Upadam na ziemię. Za chwilę moje

JAKUB SIECZKO
ANESTEZJOLOG



serce się zatrzyma. Resuscytacja się nie powiedzie. Na chwilę przed śmiercią uświadamiam sobie, że ostatnie czterdzieści lat spędziłem albo w pracy, albo odsypiając dyżur.

Podobno lekarz po nieprzespanej nocy ma zdolności poznawcze takie, jak gdyby miał 0,8 promila alkoholu we krwi

ry. Że to właśnie było moje życie – praca i zmęczenie po niej. I że to koniec. Asystolia. Game over.

W sytuacji wiecznego niedoboru lekarzy prawie wszystkich specjalności prawie każdemu i każdej z nas, szczególnie po zdaniu egzaminu specjalizacyjnego, wystarczy jeden telefon, żeby znaleźć dodatkowe zatrudnienie. Tworzący grafik pracy też się dostosują. Dwaście dni powszednich i pięć dyżurów? Proszę bardzo. Do tego trzy raz sobota? Nie ma problemu. A może dyżurów jednak osiem? Dziesięć? Dwanaście? Oczywiście, proszę pana, i piętnaście się znajdzie – zapraszamy. Możesz pracować dwieście, trzysta, czterysta pięćdziesiąt czy pięćset godzin

w miesiącu – naprawdę nikt, jeśli jesteś zatrudniony na kontrakcie (czyli jesteś człowiekiem-firmą), tego nie sprawdza. Prawo pracy tu nie działa, musi ci pozostać zdrowy rozsądek.

Macie w swoim otoczeniu takich lekarzy i takie lekarki. Poznać ich można po wielkich sportowych torbach, z którymi się poruszają. Pakują w te torby ubrania na cztery czy pięć dni. W szpitalach, przychodniach, stacjach pogotowia ratunkowego jedzą, myją się, śpią, gotują, prowadzą życie towarzyskie, opłacają rachunki bankowe, grają w gry komputerowe, czytają książki, oglądają seriale. Może sami nie wiedzą, kiedy ich życie zaczęło tak wyglądać. Minęło pięć, dziesięć czy dwadzieścia lat. Zmieniały się pory roku, kalendarze na ścianach, rządy, prezydenci, na listach przebojów królowali coraz młodszy od nich wykonawcy. W komórkach skracali się telomery, a ci lekarze czy te lekarki operowali, badali, znieczulali, zlecali, spali byle jak, a potem po czterech czy pięciu dobach padali na łóżko, wstawali, szybko załatwiali niezbędne sprawy, wracali do pracy.

Dawniej, jeszcze piętnaście czy dwadzieścia lat temu, można było

taki model życia tłumaczyć marnymi zarobkami personelu lekarskiego. Ten argument przestał już jednak działać. Zarabiamy naprawdę godnie, szczególnie po zdaniu egzaminu specjalizacyjnego. Nikt już nie musi pracować przez czterysta godzin w miesiącu, żeby spłacić kredyt na mieszkanie. Teraz dzięki takiemu systemowi pracy można raczej zacząć odkładać na lamborghini. To raj dla chciwych.

Czas leci. Banał. Nie młodniejemy. Jeszcze większy banał. Ciało ma swoją wydolność. Wiemy to. Dzieci rosną zaskakująco szybko. To widzi każdy rodzic. Zastanawia mnie jednak, czemu tak wiele osób wykonujących lekarski zawód, zdaje się prawie te zupełnie ignorować. Od lat pędzą w zawodowym kołowrotku. To lekarze-chomiki.

Słuchałem kiedyś wywiadu z Jerzym Stuhrem. Opowiadał o tym, jak przygotował się do tytułowej roli w „Wodzireju” Feliksa Falka. To film o młodym i ambitnym pracowniku przemysłu rozrywkowego (rzeczo- nym wodzireju na imprezach), który chcąc osiągnąć w branży sukces, łamie kolejne zasady. Stuhr opowiadał, że najlepszej rady odnośnie tego, jak ma głównego bohatera grać, udzielił mu Andrzej Wajda po przeczytaniu scenariusza. Pan Andrzej powiedział: „Jureczku, ty musisz w tym filmie ciągle biegać. Bo gdyby ten chłopak choć na chwilę się zatrzymał, to nie zrobiłby tego, co zrobił”.

Czasem, gdy spotykam kolegę bądź koleżankę biegnących z dyżuru na kolejny dyżur, mam ochotę stanąć w drzwiach pokoju lekarskiego, zagrozić mu czy jej drogę. Mam ochotę potrząsnąć nimi i powiedzieć: „Zatrzymajcie się chociaż na chwilę, bo nawet z boku widać, że wasze życie stało się kompletnym szaleństwem”. Takie życie to pewny przepis na ruinę prywatną (żaden związek nie przetrwa wiecznej nieobecności jednego z partnerów – albo się rozpadnie, albo tworzący go ludzie staną się sobie obcy), zdrowotną (nie da się wysypiać, zdrowo jeść i dbać o aktywność fizyczną, gdy jest się ciągle w pracy), wreszcie – paradoksalnie – zawodową. Podobno lekarz po nieprzespanej nocy ma zdolności poznawcze takie, jak gdyby miał 0,8 promila alkoholu w krwi. Jak te zdolności wyglądają w trzeciej czy czwartej dobie dyżuru? Jak wzrasta ryzyko błędów w sztuce lekarskiej? Jak bardzo, wreszcie, czerpie się z takiej



fot.: Shutterstock.com

pracy satysfakcję? Jak blisko jest się wypalenia zawodowego?

Świat nie poczeka. Córka drugi raz nie będzie występować w przedstawieniu na zakończenie roku w przedszkolu. Synowi drugi raz może nie udać się strzelić trzech bramek w meczu reprezentacji szkoły. Matka na waszą wspólną podróż będącą spełnieniem jej marzeń ma siły teraz, za trzy lata być może tych sił już nie starczy. A może myślisz, że pożyjesz na emeryturze – odwiedzisz Islandię, przeczytasz wszystkie tomy „W poszukiwaniu straconego czasu”, przejedziesz kamperem Bałkany czy nauczysz się grać na pianinie? Na drodze do realizacji tych pięknych planów może jednak stanąć kilka przeszkód: od zwyrodnienia stawów kolanowych, przez raka trzustki, po ambicje imperialne Federacji Rosyjskiej. Game over.

A że najcelniej i najbardziej dobitnie uchwylić istotę rzeczy umieli zawsze poeci, pozostawiam cię, drogi kolego lub droga koleżanko, z pięknym wierszem Andrzeja Kotańskiego pt. „Canto”:

„Człowiek nie powinien spędzać życia w pracy
bo to grzech
Bóg dał nam Paryż, Wenecję
architekturę secesyjną, zegarki
i zegary Art deco
dał nam poziomki
zamglone świąty za oknem
kawiarni
sklepy
dał nam Tomasza Manna oraz
Prousta
a także wrzosowiska Irlandii
oraz wymyślił bilard i nastolatki
i tysiąc innych rzeczy
jak wodospady, Boską Komedię,
fajki, wiersze Rilkego,
ulice wysadżane platanami
na południu, amerykańskie
samochody z lat czterdziestych,
pióra Montblanc, przewodnik
po Grenadzie oraz
Koniaki Giny Whisky i Bordeaux
na pewno nie w tym celu
żebym siedział
przez osiem godzin dziennie
w pracy
jak jakiś ch***”

Napisz do autora:
sieczko.gazetalekarska@gmail.com

PRAKTYKA LEKARSKA

Brak ludzi, koordynacji i wiedzy

RYSZARD GOLAŃSKI

Interna to zsymp, do którego trafiają pacjenci niechciani na innych oddziałach – mówili uczestnicy dorocznej konferencji pod mylącym tytułem „Interna na Mazowszu”. Mylącym, bo te same problemy co na Mazowszu są w całym kraju.



◀ Dr Marek Stopiński, organizator konferencji



◀ Prof. Jan Duława uważa, że w Polsce za mało mówi się o tym, że za stan zdrowia społeczeństwa odpowiada społeczeństwo

Roczny raport konsultanta krajowego od lat zaczyna się od słów: „Stan interny w Polsce jest zły. Gorzej być nie może”. Z roku na rok widać jednak, że może.

– Wiele oddziałów internistycznych jest wygaszanych. Jedną z przyczyn jest niedobór lekarzy. W przeszłości około 1000 lekarzy rozpoczynało specjalizację z chorób wewnętrznych. W ubiegłym roku było ich 317. Więcej lekarzy z tą specjalizacją umiera, niż przystępuje do pracy – mówił konsultant krajowy prof. Jacek Różański.

Problemem jest również to, że wiele oddziałów nie przeszło reakredytacji i nie może zatrudniać rezydentów.

Dodatkowo 28 proc. pacjentów na internie to osoby powyżej 80. roku życia. Drugim ogromnym problemem jest wielochorobowość: pacjent jest leczony z powodu kilku, a w skrajnych przypadkach kilkunastu chorób, a szpital otrzymuje pieniądze za leczenie jednej lub dwóch.

– Niezwykle ważną sprawą jest brak stał intensywnego nadzoru i terapii. Główną przyczyną jest niedostatek personelu, głównie pielęgniarskiego – zwracał uwagę konsultant wojewódzki na Mazowszu

dr Marek Stopiński. A dyrektor Szpitala Zachodniego w Grodzisku Mazowieckim. Krystyna Płukis dodała, że jednym ze sposobów poprawy sytuacji dotyczącej personelu jest zatrudnianie studentów medycyny jako asystentów lekarza. W kierowanym przez nią szpitalu to się sprawdza.

Eksperti zwracali też uwagę na to, że dla dyrektorów szpitali oddział internistyczny to kula u nogi. Zawsze przynosi straty. Dlatego konieczne jest zwiększenie wyceny leczenia na tych oddziałach. Jest już nawet pomysł, o którym mówił prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji Daniel Rutkowski, by jednym z kryteriów wyceny był wiek pacjenta.

Problemem jest również przechodzenie lekarzy ze szpitali do POZ, a zdaniem dyrektora Departamentu Leśnictwa Ministerstwa Zdrowia Michała Dziegielewskiego brak koordynacji. Powinna mieć ona miejsce na poziomie powiatu.

Na kolejny problem zwrócił uwagę prezes Towarzystwa Internistów

Polskich (TIP) prof. Jan Duława. Mówił o zbyt daleko posuniętej specjalizacji. Jego zdaniem interna to zsymp, do którego trafiają pacjenci niechciani na innych oddziałach. Po raz kolejny zwracał uwagę, że w Polsce stanowczo za mało mówi się o tym, że za stan zdrowia społeczeństwa odpowiada społeczeństwo.

Wiceminister zdrowia prof. Urszula Demkow stwierdziła, że większości polskich lekarzy brakuje podstawowej wiedzy internistycznej. Jej zdaniem w trakcie każdej specjalizacji powinien być egzamin z interny. Z kolei zdaniem wiceprezesa ORL w Warszawie Tomasza Imieli obecnie panujący system opieki zdrowotnej generuje konflikty interesów. Powinno się płacić za proces leczenia, a nie za procedurę. W dyskusji potwierdzano: nie ma współpracy między lekarzami, przeciwnie – jest konflikt i agresja. Na przykład między POZ a szpitalami, a w szpitalu – między SOR-em i oddziałami.

Doroczna konferencja odbywała się w Domu Pracy Twórczej w Radziejowicach w dniach 5-6 kwietnia. ●

NIL NA SZYBKO

Każdy z nas kiedyś będzie pacjentem

Tekst miał być zupełnie o czymś innym. I w dniu deadline'u gruchnęła dobra dla środowiska wiadomość, a nawet dwie. Obie dotyczą kształcenia lekarzy.

JAKUB KOSIKOWSKI
RZECZNIK NACZELNEJ IZBY
LEKARSKIEJ



Minister nauki Dariusz Wiczorek zwrócił się do Ministerstwa Zdrowia z wnioskiem, by w najbliższym roku akademickim uczelnie, które otrzymały negatywną opinię Polskiej Komisji Akredytacyjnej, a mimo to ministrowie Przemysław Czarnek i Adam Niedzielski wydali im zgodę na otwarcie kierunku lekarskiego, nie otrzymały limitów miejsc na tym kierunku. Oznacza to, że mimo zgody na prowadzenie kierunku lekarskiego uczelnie te nie będą mogły w nadchodzącym roku akademickim rekrutować i uczyć studentów.

Dodatkowo Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego przygotowuje projekt nowelizacji cofający do 1 lipca 2018 r. przepisy regulujące szkolenie lekarzy, co oznacza, że obecna sytuacja, kiedy do otwarcia kierunku lekarskiego wystarczy 12 etatowych pracowników po AWF, przestanie mieć miejsce.

Chciałem podziękować wszystkim w samorządzie lekarskim oraz Porozumieniu Rezydentów, którzy na wielu frontach toczyli w ostatnich latach walkę o utrzymanie jakości kształcenia lekarzy.

Największe podziękowania należą się dwóm osobom – przewodniczącemu Komisji Kształcenia Medycznego NRL, byłemu przewodniczącemu Porozumienia Rezydentów, koledze Damianowi Pateckiemu, oraz obecnemu przewodniczącemu Porozumienia Rezydentów OZZL – koledze Sebastianowi Goncerzowi. Obaj prowadzili całe zespoły ludzi, starając się uświadomić decydentom daleko idące konsekwencje poluzowania wymogów.

Przed nami jeszcze długa droga, by naprawić wszystkie popsute przez lata rzeczy, jak WPWZ czy określanie poziomu refundacji przez lekarza. Czy wszystko się uda w ciągu tej kadencji samorządu? Tego sobie i Państwu życzę.

Cieszy, że udało się pokazać, że nie wszędzie i nie w każdych warunkach da się wyszkolić lekarzy. Wszak wszyscy będziemy kiedyś pacjentami i także my w chorobie swojej lub bliskich chcielibyśmy trafić na dobrych specjalistów. ●

O TYM SIĘ MÓWI

Lekarze niesłusznie ukarani

Zespół ekspertów ds. merytorycznej oceny preskrypcji preparatów mlekozastępczych przy Naczelnej Radzie Lekarskiej po analizie przypadków zastosowania przez danego lekarza takich preparatów uznał, że istniały medyczne wskazania do ich przepisywania. Tym samym kary za nienależną refundację zostały nałożone niesłusznie.

Wymierzenie kar finansowych dla lekarzy przez NFZ wzbudziło wiele kontrowersji. Naczelna Izba Lekarska od początku wspierała lekarzy, dowodząc, że działali wyłącznie na rzecz dobra pacjentów. Dzięki pomocy prawnej NIL lekarze mogli udowodnić zasadność swoich decyzji oraz podnieść kwestię niejasnych przepisów dotyczących kwalifikacji refundacyjnej preparatów. Dla tych, którzy już uregulowali kary, ale chcą dochodzić swoich praw, NIL udostępniła wzory pism procesowych – wystarczy wysłać wnioski na adres: rpl@nil.org.pl.

Liderki w ochronie zdrowia

Menedżerki placówek medycznych, firm farmaceutycznych i lekarki dyskutowały o roli kobiet w systemie opieki zdrowotnej podczas XVI Europejskiego Kongresu Gospodarczego. Zdaniem Marii Kłosińskiej, kierowniczki działu komunikacji Naczelnej Izby Lekarskiej i przewodniczącej Zespołu Matek Lekarek przy OIL w Warszawie, a prywatnie mamy czworga dzieci, fakt, że kobiety godzą wiele ról w życiu i potrafią się dostosowywać do zmian, jest ich atutem w branży medycznej. – Jeśli przez tyle lat mówimy i odmieniamy przez wszystkie przypadki, że ochrona zdrowia wymaga zmian, to kto, jak nie kobiety, powinien brać udział w tych zmianach – zwróciła uwagę. Podkreśliła, że

zawód lekarza jest trudny i niezwykle wymagający niezależnie od płci. – Zawsze coś jest kosztem czegoś i wmań sobie możliwości nieustannego perfekcjonizmu jest drogą donikąd – mówiła Maria Kłosińska.

Nowe uczelnie i kontrowersje

Konsekwentnie wymagamy jakości, powoływanie się na LEK jako wyznacznik posiadanej wiedzy i kompetencji jest bezcelowe i niewystarczające. Wierzę też, że nie będziemy musieli sprawdzić, jak absolwenci nowych uczelni napiszą LEK, jeśli tzw. stare uczelnie medyczne będą mogły pomóc i przyjąć studentów zlikwidowanych uczelni, jeżeli one zostaną zamknięte – powiedział Damian Patecki, przewodniczący Komisji Kształcenia Naczelnej Rady Lekarskiej w czasie posiedzenia podkomisji stałej ds. organizacji ochrony zdrowia. To nawiązanie do ewentualnych przyszłych decyzji dotyczących losów uczelni medycznych, które nie spełniają wyznaczonych standardów.

Orzeczenia do wglądu

Naczelna Rada Lekarska udostępniła nowy portal prawomocnych orzeczeń sądów lekarskich. Dzięki upowszechnieniu zanonimizowanych treści orzeczeń zarówno opinia publiczna, jak i sami lekarze będą mieć możliwość zapoznania się z decyzjami sądów lekarskich w sposób łatwy i szybki. – Nie boimy się odpowiedzialności i nie zamiatamy spraw pod dywan. W tej kadencji skupiamy się m.in. na wzmocnieniu pionu odpowiedzialności zawodowej i samorząd lekarski idzie o krok dalej, jeśli chodzi o transparentność swoich działań – podsumował Łukasz Janowski, prezes NRL.

Podwyżka dla rezydentów

Omniej więcej tysiąc złotych miesięcznie wzrosnie wynagrodzenie lekarzy rezydentów – wynika

z projektu zarządzenia ministra zdrowia. Od 1 lipca 2024 r. rezydenci w dziedzinach priorytetowych medycyny w pierwszych dwóch latach otrzymają 9368 zł, co stanowi wzrost o 1060 zł. W kolejnych latach rezydentury wynagrodzenie wzrosnie do 10 220 zł (czyli o 1157 zł). W przypadku innych niż priorytetowe dziedzin wynagrodzenie w pierwszych dwóch latach sięgnie 8516 zł (wzrost o 964 zł), a później zostanie zwiększone do 8772 zł (993 zł więcej). Zdaniem Jakuba Kosikowskiego, rzecznika Naczelnej Izby Lekarskiej podwyżki są zbyt niskie i związane ze wzrostem średniej krajowej. NIL stoi na stanowisku, że zarobki rezydentów powinny sięgnąć poziomu dwóch średnich krajowych.

Apteki z pigułką „dzień po”

Ministerstwo Zdrowia chce, aby apteki biorące udział w pilotażu antykoncepcji awaryjnej były specjalnie oznakowane. To reakcja na niewielkie zainteresowanie udziałem w tym programie – dotychczas ok. 400 placówek na kilkanaście tysięcy funkcjonujących w Polsce aptek zdecydowało się podpisać odpowiedniej umowy z NFZ. Oznakowanie ma ułatwić ich odnalezienie. Pilotaż zakłada, że antykoncepcja awaryjna będzie dostępna dla osób od 15. roku życia na podstawie recepty farmaceutycznej. Ułatwienie dostępu pigułki „dzień po” to jedna z obietnic wyborczych rządzącej koalicji. Wątpliwości wokół takiego rozwiązania zgłaszały samorządy lekarzy i aptekarzy.

Kary za leczenie boreliozy

130 tys. zł to pierwsza kara finansowa dla placówki medycznej stosującej metodę ILADS. Rzecznik praw pacjenta prowadził postępowanie wobec 25 lecznic,

a w przypadku 15 stwierdził nieprawidłowości – stosowanie metod leczenia niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną. Metoda ILADS polega na długotrwałej, wielomiesięcznej antybiotykoterapii, niekiedy z wykorzystaniem więcej niż jednego leku w tym samym czasie. Takie postępowanie jest nie tylko nieskuteczne, ale może przynieść negatywne skutki dla zdrowia pacjenta, w tym trwałe uszkodzenie wątroby, trzustki czy układu nerwowego – podkreślił RPP Bartłomiej Chmielowiec. Stosowaniu metody ILADS sprzeciwiła się w ubiegłym roku Rada Ekspertów NIL.

Gorzów: błędu nie było

Lekarz podejrzewany o dokonanie zabójstwa pacjenta przez odłączenie go od urządzeń podtrzymujących życie nie jest winny śmierci mężczyzny i nie popełnił błędu medycznego – uważa prof. Mirosław Czuczwar, kierownik II kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie oraz członek Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Chodzi o głośną sprawę z stycznia tego roku. Pod opiekę Andrija K., rezydenta w Wielospecjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Gorzowie Wielkopolskim, trafił pacjent w podeszłym wieku w bardzo ciężkim stanie. Mężczyzna zmarł, a lekarz stwierdził zgon i odłączył pacjenta od urządzeń podtrzymujących życie. Doniesienie do prokuratury złożył inny lekarz, a Andrij K. został aresztowany pod zarzutem zabójstwa.

Przeciw takiemu postępowaniu prokuratury zaprotestowała Naczelna Rada Lekarska, podkreślając, że różnica między ewentualnym błędem medycznym fachowego pracownika medycznego a zabójstwem jest ogromna, a stawianie tak poważnego zarzutu podważa zaufanie pacjentów do lekarzy. Samorząd lekarski zwrócił się również do ministra sprawiedliwości i prokuratora generalnego Adama Bodnara o objęcie tego postępowania nadzorem. ●

SAMORZĄD LEKRASKI

Cztery grzechy główne systemu ochrony zdrowia

MARIUSZ TOMCZAK
DZIENNIKARZ

Samorząd lekarski chce podpowiadać decydentom, a zwłaszcza Ministerstwu Zdrowia, kierunki zmian systemu ochrony zdrowia, opierając się na twardych danych.

Kilka miesięcy temu Naczelna Rada Lekarska (NRL) powołała Zespół ds. transformacji i strategii rozwoju systemu ochrony zdrowia. Powstał w odpowiedzi na brak wszechstronnego podejścia do reform ze strony Ministerstwa Zdrowia oraz po to, by samorząd lekarski zyskał większy wpływ na strategiczne plany rządzących.

Pierwsze efekty prac zespołu zostały przedstawione podczas spotkania z dziennikarzami w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej (NIL) w Warszawie na początku maja 2024 r. – Prezentujemy wyniki m.in. w celu rozpoczęcia szerokiej dyskusji na ten temat – powiedział prezes NRL Łukasz Jankowski. Zapewnił, że zebrane dane i sformułowane wnioski nie zostały poddane „obróbce polityczno-środowiskowej”, a analitycy, wśród których są osoby także spoza samorządu lekarskiego, porównali sytuację w kilkudziesięciu państwach.

– Nasza diagnoza pokazała cztery główne bolączki systemu ochrony zdrowia w Polsce. Pierwszą i najpilniejszą do rozwiązania jest niedostateczna koncentracja na satysfakcji pacjenta. Kolejne to: mały konsensus w zakresie priorytetów w reformie systemu, niedostateczne wdrożenie zmian legislacyjnych i słaby przepływ informacji – mówi Krzysztof Zdobylak, ekspert Zespołu ds. transformacji.

NIESPEŁNIONE OCZEKIWANIA

Spośród członków Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD),

skupiającej 38 wysokorozwiniętych i demokratycznych krajów, to właśnie w Polsce zadowolenie z funkcjonowania systemu ochrony zdrowia jest najniższe, a jednocześnie jest dwukrotnie niższe od średniej (dane za 2020 r.). To jedna z przyczyn, które skłoniły

Liczba lekarzy decydujących się na wyjazd za granicę się ustabilizowała; w ostatnich latach emigrowało ok. 900 osób rocznie

Zespół ds. transformacji do uznania poprawy satysfakcji pacjentów za najważniejszy problem do rozwiązania.

To niezadowolenie rzutuje na całościową ocenę funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce, choć nie przekłada się na równie negatywną ocenę pracy personelu medycznego.

– Głęboko wierzymy, że lekarze i pacjenci nie staną po przeciwnych stronach barykady. Musimy jednak dbać o zadowolenie każdej z tych grup – podkreśla Krzysztof Zdobylak. Pacjenci oceniają funkcjonowanie opieki zdrowotnej nie tylko poprzez bezpośredni kontakt z lekarzami, ale również dostępność

do usług medycznych, ich jakość i efektywność. – Bez poprawy satysfakcji nie ma potencjału do głębszych reform – zastrzega.

IŁOŚĆ CZY JAKOŚĆ

Z danych zaprezentowanych przez NIL wynika, że w latach 2000-2021 liczba absolwentów kierunku lekarskiego w Polsce wzrosła o 120 proc. Dla porównania: w Niemczech – 13 proc., Norwegii – 36 proc., a Belgii i Szwecji – po 83 proc.

Sęk w tym, że w Polsce – jak mówi szef samorządu lekarskiego – odbyło się to kosztem jakości kształcenia przeddyplomowego, prowadząc do jego dewastacji i degradacji. Kilka lat temu Ministerstwo Edukacji i Nauki przygotowało bowiem grunt pod tworzenie nowych miejsc dla studentów kierunku lekarskiego w uczelniach niemających odpowiedniego zaplecza.

INTERNA NA WŁOSKU

Zdaniem prezesa NRL w Polsce wciąż brakuje lekarzy, a z uwagi na deficyt kadrowy wiele oddziałów wewnętrznych czy chirurgii ogólnej wręcz „trzyma się na włosku”. – Jest nas rzeczywiście za mało. Trzeba kształcić przyszłych lekarzy, ale z naszych danych wynika, że kształcimy już za dużo studentów – podkreśla prezes Łukasz Jankowski. Nic dziwnego, że

pojawiają się obawy, iż rosnąca liczba absolwentów kierunku lekarskiego może doprowadzić do sytuacji, w której zaczną latać braki kadrowe w innych zawodach medycznych.

Eksperci NRL apelują, by nie koncentrować się wyłącznie na liczbie lekarzy. – Trzeba spojrzeć na całą organizację systemu – podkreśla Krzysztof Zdobylak. Jeśli decydenci będą za wszelką cenę dążyć do powiększenia kadr, pochłonie to dużo środków, ale efekty będą dalekie od oczekiwań.

KOMPETENCJE POD LUPĄ

W debacie publicznej od lat mówi się o potrzebie odciążenia lekarzy od wykonywania obowiązków administracyjnych. Dzięki temu mogliby poświęcić pacjentom więcej czasu. Tymczasem szefowie szpitali często nie są w stanie dostrzec korzyści wynikających z uwolnienia lekarzy od biurokratycznej mitręgi.

Jak mówi rzecznik NIL Jakub Kosikowski, wielu dyrektorów szpitali odmawia zatrudnienia dodatkowej sekretarki lub asystenta, wskazując na wysokie koszty osobowe. – Dyrekcja nie traktuje ich jak osób realizujących kontrakt. Nie pomaga nawet tłumaczenie, że dzięki dodatkowym pracownikom można by zatrudnić mniej lekarzy – dodaje rzecznik NIL.

DRAMAT PIELĘGNIAREK

Niedocenianą kwestią jest delegowanie innym profesjonalistom medycznym niektórych obowiązków obecnie przypisanych do lekarzy, np. związanych ze zbieraniem wstępnego wywiadu. Eksperci NRL szacują, że przekazanie niektórych zadań w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej pozwoliłoby uzyskać efekty podobne do wykształcenia ok. 5 tys. dodatkowych lekarzy.

– W Polsce, jeżeli rozmawiamy o oddawaniu kompetencji medycznych lekarzy, zazwyczaj myśli się o pielęgniarkach i ratownikach. Problem polega na tym, że kryzys kadrowy wśród pielęgniarek jest jeszcze większy niż u nas – mówi Jakub Kosikowski.

W grupach lekarzy i pielęgniarek do 45. roku życia jest obecnie więcej lekarzy, podczas gdy te proporcje powinny być zupełnie inne. Zdaniem rzecznika NIL na jednego lekarza powinny przypadać mniej więcej trzy



foto: freepik.com

pielęgniarki i tak właśnie jest w dobrze funkcjonujących systemach ochrony zdrowia.

JAK JEST ZA GRANICĄ?

We wszystkich państwach OECD poddanych analizie przez ekspertów Zespołu ds. transformacji oczekuje się znacznego wzrostu zapotrzebowania na lekarzy i to mimo coraz szerszego wykorzystania nowoczesnych technologii w ochronie zdrowia. Japonia, gdzie obecnie przypada 2,6 lekarza na tysiąc mieszkańców, zwiększyła nabór na studia i do 2035 r. powinna osiągnąć wskaźnik 3,1 lekarza. Z tym że część japońskich analityków uważa, że z powodu starzenia się społeczeństwa potrzeby będą jeszcze większe, dlatego należy dążyć do osiągnięcia wskaźnika 4,3 na tysiąc mieszkańców. W przeciwnym razie lekarze będą zmuszeni pracować dłużej niż 48 godzin tygodniowo.

Z kolei brytyjska National Health Service (NHS) szacuje, że w 2037 r. będzie potrzebna 4,4 lekarza na tysiąc mieszkańców, co wydaje się realne do osiągnięcia, pod warunkiem że dojdzie do podwojenia liczby studentów. NHS

zwraca uwagę, że konieczny jest także szybki wzrost szeroko rozumianych kadr medycznych, w tym asystentów. Jest to postulat zbieżny z tym, o co apeluje NRL.

EMIGRACJA PRZESTAŁA BYĆ PROBLEMEM

Z danych NIL wynika, że liczba lekarzy decydujących się na wyjazd za granicę się ustabilizowała. W ostatnich latach emigrowało ok. 900 osób rocznie. Obecnie dwie trzecie emigrujących to obcokrajowcy, a znaczną ich część stanowią obywatele państw skandynawskich, którzy ukończyli studia w naszym kraju. Jeśli młodzi Polacy wyjeżdżają, emigrują przede wszystkim do Wielkiej Brytanii.

W latach 2019-2022 zaobserwowano jednak znaczny wzrost migracji do Hiszpanii, Izraela i Grecji, co – zdaniem prezesa NRL – może stanowić sygnał alarmowy. Krzysztof Zdobylak dodaje, że potrzebne jest wypracowanie mechanizmów wczesnego ostrzeżenia przed ewentualnym wzrostem emigracji, ponieważ jeszcze w tej dekadzie Polska może zacząć kształcić lekarzy na eksport. ●

PRAKTYKA LEKARSKA

Patomorfologia wychodzi z cienia

LUCYNA KRYSIAK
DZIENNIKARKA

Wszyscy lekarze, przygotowując się do egzaminu specjalizacyjnego, powinni mieć obowiązkowy staż z patomorfologii, nawet krótki, kilkudniowy. Dałby im pojęcie, z czym się będą mierzyć jako specjaliści w swoich dziedzinach – mówi prof. Renata Langfort, prezes Polskiego Towarzystwa Patologów.

Patomorfolodzy to obecnie jedni z najbardziej pożądanymi specjalistów. Co o tym decyduje?

W Polsce mamy zaledwie 430 lekarzy patomorfologów, a potrzeby związane z wykonywaniem badań są ogromne. Wiąże się to ze wzrostem zachorowalności na nowotwory i zmianami, jakie zaszły w leczeniu onkologicznym. Jeszcze kilkanaście lat temu nasze rozpoznania były prostsze. Obecnie, kiedy do onkologii wkroczyła medycyna personalizowana i immunoterapia, diagnostyka stała się bardziej skomplikowana.

Patomorfologia wciąż jest mylona z medycyną sądową, ale my jako lekarze stanowimy odrębną grupę specjalistów i mamy zupełnie inne zadania. Wciąż jest także słaba świadomość, że patomorfolodzy są lekarzami, których niełatwo wykształcić. Rezydentura trwa pięć lat, a po uzyskaniu tytułu specjalisty patomorfolog wciąż jeszcze musi pracować pod okiem bardziej doświadczonych kolegów i weryfikować wyniki badań, bo od precyzji ich wykonania i oceny wyniku zależy postępowanie terapeutyczne i jego skuteczność.

Jaki jest stan wiedzy na temat znaczenia badań patomorfologicznych dla diagnostyki i leczenia?

Mimo że na studiach medycznych są zajęcia z patomorfologii, wielu lekarzy, szczególnie niezabiegowych, nie wie, jak wyglądają procedury przeprowadzanych przez nas badań. Są przekonani, że są to badania laboratoryjne. Wydaje się im, że materiał tkankowy wrzuca się do maszyny, która pokazuje wynik. Tymczasem badanie patomorfologiczne to skomplikowany proces wymagający zaangażowania całego



fot.: archiwum prywatne

zespołu, w którego skład wchodzi osoba przyjmująca i opracowująca materiał, jak również lekarze patomorfolodzy oceniający ten materiał. To są badania, np. cytologiczne, histopatologiczne, śródoperacyjne, a także szereg badań dodatkowych, przede wszystkim badania histochemiczne i immunohistochemiczne, badania z wykorzystaniem technik biologii molekularnej. W dobie rozwoju medycyny personalizowanej badanie patomorfologiczne jest kluczowe w kwalifikacji do diagnostyki molekularnej. Patomorfolog ustala rozpoznanie, ocenia, czy materiał zawiera odpowiednią liczbę komórek koniecznych do przeprowadzenia badania molekularnego i czy jest on odpowiedni jakościowo. To złożony proces, a lekarze innych specjalności, którzy nie mają na

co dzień do czynienia z tego rodzaju diagnostyką, nie zawsze rozumieją, na czym on polega.

Czy stąd pomysł, aby szkolić lekarzy w tym zakresie?

Patomorfologia wkracza już do większości specjalności i wiedza na ten temat pozwoli lekarzom lepiej rozumieć, czym są badania wykonywane przez patomorfologów, jak istotne są dla diagnostyki i leczenia, co można z nich wyczytać oraz jak ściśle korelują z kliniką. Uważam, że wszyscy lekarze, przygotowując się do egzaminu specjalizacyjnego, powinni mieć obowiązkowy staż z patomorfologii, nawet krótki, kilkudniowy, który dałby im pojęcie, z czym się będą mierzyć jako specjaliści w swoich dziedzinach. Polskie Towarzystwo Patologów podpisało porozumienie z Naczelną Izbą Lekarską, w ramach którego Ośrodek Kształcenia COBIK NIL zorganizował w maju trzy webinary dla lekarzy z całej Polski. Zagadnień, którymi chcemy zainteresować szkolących się lekarzy, jest wiele, ale zaczęliśmy od podstaw i omówienia blasków i cieni patomorfologii. W dalszej części szkoleń chcemy przedstawić możliwości i perspektywy stojące przed tą specjalnością, omówić problemy dotyczące dostępu do rozpoznań patomorfologicznych, a na koniec skupić się na roli patomorfologii w kwalifikacji pacjentów do leczenia. Planowane są więc kolejne szkolenia już we wrześniu tego roku.

Patomorfologia zawsze egzystowała w cieniu innych specjalności. Czy coś się zmieniło?

Obecnie patomorfologia zyskała na znaczeniu i stało się to za sprawą onkologii, która bardzo się rozwinęła i poprawiła rokowania w chorobach nowotworowych. Cały ciężar patomorfologii to obecnie diagnostyka przyżyciowa. Dziś konieczna jest ścisła współpraca z klinicystami, co stwarza możliwość tworzenia zespołów wielodyscyplinarnych, w które patomorfologia doskonale się wpisuje. Myślę, że takie jej oblicze może zainteresować lekarzy różnych specjalności i że będą oni chcieli poprzez udział w szkoleniach po szerzać swoją wiedzę na ten temat. Może też zachęci absolwentów uczelni medycznych do wyboru tej specjalizacji. ●

Ośrodek Kształcenia Naczelnej Izby Lekarskiej

Szkolenia w Ośrodku Kształcenia obejmują szeroki zakres tematów:

- ✓ Dedykowana wiedza medyczna w poszczególnych specjalizacjach,
- ✓ Rozwijanie kompetencji miękkich i umiejętności komunikacyjnych,
- ✓ Dbanie o własne zdrowie i dobrostan,
- ✓ Zrozumienie i funkcjonowanie w systemie ochrony zdrowia,
- ✓ Zarządzanie sobą i placówkami medycznymi,
- ✓ Prawo medyczne,
- ✓ Innowacje w medycynie.



68 szkoleń on-line



12 szkoleń stacjonarnych

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



Polskie Towarzystwo Badania Bólu

- 03.06.2024 - CAM - interwencyjne metody leczenia bólu
- 10.06.2024 - Trudne sytuacje kliniczne - schorzenia kardiologiczne, niewydolność nerek, wątroby



Polskie Towarzystwo Patologów

- 05.06.2024 - Leczenie celowane w onkologii - bez rozpoznania patomorfologicznego ani rusz
- 20.06.2024 - Wykorzystanie sztucznej inteligencji w patomorfologii; stan obecny i przyszłość



Polskie Towarzystwo Neurofizjologii Klinicznej

- 18.06.2024 - EEG w zaburzeniach napadowych u niemowląt; Wieloogniskowa neuropatia ruchowa – trudności diagnostyczne



Polskie Towarzystwo Leczenia Otyłości

- 19.06.2024 - Standardy diagnostyki i terapii otyłości u dorosłych 2024



Polskie Towarzystwo Kardiologiczne

- 26.06.2024 - Zaburzenia psychiczne u chorych z niewydolnością serca

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

Zapisy na szkolenia:

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



szkolenia@nil.org.pl



(22) 559 13 00 wew. 507



EPIKRYZA (138)

Zemsta

Wybór warszawskiego Teatru Komedia nie jest przypadkowy. Zapowiedzi nowej odsłony starego dzieła słychać było od kilku miesięcy. Nie wiem, skąd dziennikarze wiedzieli, że będzie to wydarzenie kulturowe, a nie tylko kulturalne. Wiem jednak, że mieli rację.

le razy obejrzałem i przeczytałem „Zemstę”? Co najmniej kilkanaście. Niektóre frazy znam na pamięć. Mając piętnaście lat, przymierzałem się do jednej z ról. We wspomnieniach zachowałem aktorskie kreacje tuzów, mając jednocześnie jakiś niedosyt, którego nie potrafiłem dotychczas nazwać. Przypisywałem narastającą teatralną nudę otrząskaniu z tekstem. W wielu relacjach nie wypadało przecież przyznać, że bliźniacze realizacje w Teatrze Polskim w Warszawie, na Scenie STU w Krakowie i u Jaracza w Łodzi ciągną za sobą stereotyp postaci, scenograficzną tradycję i śmiech w tych samych miejscach. Ze to wszystko stoi raczej nazwiskami i gągami niż rymami hrabiego. Fredro nowoczesniejszy i przez to odważniejszy był już w „Ślubach panińskich” czy w rozwiązłej kontynuacji „Mężów i żon”, zaprawianych przez Adama Hanuszkiewicza i jego naśladowców „Sztuką obłapiania”.

Aż tu nagle taka zmiana, co ciekawe, bez żadnych skrótów, marnych songów dla dzieci i młodzieży, szerokich gestów i kabaretowych skeczy. Wszystko od nowa rozczytane, poukładane i – co najważniejsze – na serio. Scenograficzna konwencja baru „Zamek”, współczesne kostiumy i rekwizyty, muzyka jazzowa i klubowa, gra na proscenium i wśród widowni, odwaga w wyciąganiu podtekstów i kontekstów – to świadectwo dojrzałości reżyserskiej Michała Zadary wspomaganego przez perfekcyjnych w każdym detalu aktorów. Wreszcie zobaczyłem „Zemstę”, z której wydobyto uniwersalizm przekazu. Nie polskość, nie sarmatyzm, nie wady narodowe, ale ludzkie słabości, wszechobecną przemoc i zachłanność, które w założeniu twórców mają być zastąpione rządami prawa. Rozbrajanie wendety to coś innego niż kulturowanie zapętlonej eskalacji działań odwetowych. Mądrość płynie nie z emocji, ale umiejętności powstrzymywania pochopnych działań, poprzez

JAROSŁAW WANECKI
PEDIATRA, FELIETONISTA



zawieranie spisanych w umowach trudnych kompromisów. Zdolność honorowa, zastępując walkę na udep-tanej ziemi talentem negocjacji (nie manipulacji!), wygrywa pogodnie jutro: szczęście młodej pary (uwikłanej w niedopowiedzenia i zdrady) i spokój starych wyjadaczy (łaknących bezgranicznego szacunku, niezależnie od dorobku, który wciąż gloryfikują). „Wdzięczność ludzi, wielkość świata – każdy siebie ma na względzie, a drugiego za narzędzie...”

Anty-Zemsta oparta została na znanych z pozoru postaciach, tym razem przebranych za gangsterów i technokratów, nowoczesną bizneswoman, nie w ciemni bitą Klarę z pokolenia dorastających dziewcząt i młodego Waclawa, który dość lekko traktuje zasady moralne. Wszystko już było i wszystko trwa nadal, niezmiennie, mimo stuleci, mimo kontusza zamienionego w garnitur i szablę przenicowanej na długopis.

W Teatrze Komedia nie postawiono muru. Mur jest niewidoczny, stanowiąc tylko tło domyślne. Dlatego może podziały na grupy interesów bez rozrzuconych na środku sceny cegieł są jeszcze bardziej podkreślone.

Recenzja bez aktorskich nazwisk byłaby niepełna. „Zemsta” w reżyserii Michała Zadary z dużą pewnością nie mogłaby się udać bez Barbary Wysockiej (Podstolina), Arkadiusza

Brykalskiego (Cześnik) i Bartosza Porczyka (Rejent). Wszyscy byli doskonali i rzetelni. Całość spinał jednak Maciej Stuhr – Papkin, jakiego świat do tej pory nie znał. Wielowymiarowy, komiczny poprzez tragizm zastanej sytuacji, konfabulujący na żądanie, pełen marzeń i sprzeczności, podejmujący się zadań wbrew sobie, aby tylko ktoś zechciał zabrać go do swojej bandy. Rozerwany wewnętrznie – łoskot, pani matko, wielka rola, bez puszczania oka i taryfy ulgowej za medialną popularność.

W programie komedii reżyser pisze: „To opowieść o historii zemsty i historia zanikania zemsty (...). To jest również temat „Orestei” Ajschylosa, czyli mamy temat arcyteatralny – coś, czym teatr zajmuje się od samego początku. W jaki sposób da się przerwać ciąg zemsty? Odpowiedź Fredry brzmi: poprzez urzędników i nudne prawo cywilne. Ta odpowiedź jest wspaniała! My często zapominamy, po co jest prawo, i wtedy trzeba takiego Fredry, by nam o tym przypomniał. Zebyśmy się nie mścili, tylko mogli zawierać umowy”.

Naiwność? Cóż bez niej warta byłaby sztuka? Ale dzięki temu jest o czym myśleć, pisząc felietony. ●

Aleksander Fredro „Zemsta”
reż. Michał Zadara, Teatr Komedia,
premiera 19 kwietnia 2024 r.

PO GODZINACH – PROZA

Dystans, czyli o spotkaniu z Chorym

(wybrany fragment)

DOMINIKA NOWAK



fot.: archiwum własne

Laureatka XII edycji Ogólnopolskiego Konkursu Literackiego dla Lekarzy im. Prof. Andrzeja Szczeklika „Przychodzi wena do lekarza” dla studentów, kategoria proza.

Urodzona w Lublińcu w 2000 r., mieszka w Woźnikach. Ukończyła II Liceum Ogólnokształcące im. Stanisława Staszica w Tarnowskich Górach. Studentka czwartego roku kierunku lekarskiego na Wydziale Nauk Medycznych w Zabrzu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, planuje specjalizować się w medycynie rodzinnej lub pediatrii. Oddaje krew (i zachęca do tego wszystkich, którzy to czytają). Oprócz medycyny pasjonuje się literaturą i muzyką, należy do chóru ŚUM. Miłośniczka przyrody, wolny czas spędza w lesie.

Przy rekrutacji brano pod uwagę nasze wyniki z matury. Matura z biologii to taki śmieszny konkurs, na którym mogli nas zapytać na przykład o cechy komórek nowotworowych. Z pewnością nie zapytaliby jednak, jak rozmawiać z kimś, kto właśnie dowiedział się, że ma w swoim ciele takich komórek o wiele za dużo. Zastanawiam się, czy gdyby padło podobne pytanie, umiałabym na nie odpowiedzieć. Czy dostałabym się na te studia? A może zamiast mnie dostałby się ktoś inny – z niższą inteligencją ogólną, a wyższą emocjonalną.

Powiedzieli nam, że to wcale nie tak. Powiedzieli, że w momencie gdy pisałyśmy maturę, z naszą empatią wszystko było w porządku, a dopiero później, w miarę jak studiowaliśmy, jej poziom zaczął się u nas obniżać. Jak gdyby to była woda w rzece, jak gdyby dało się to zmierzyć. Nie mogli jednak się mylić – mieli badania naukowe na potwierdzenie swoich słów.

Może to mieli rację. Nie wiem. Musiałabym pamiętać cokolwiek z tego, co działo się na pierwszym roku. A byłam wtedy w jakimś dziwnym delirium, zawieszona pomiędzy jawą a snem. Pamiętam tylko zapach formaliny. I strachu. Trudno mi było znaleźć czas, by zastanowić się, czy w mojej metaforycznej rzece ubywa empatii, kiedy każdego dnia musiałam walczyć o własne przetrwanie. Topiąc się w oceanie nowych informacji, potykając o łańciskie słownictwo, zakładając ciężką jak ARDS w przebiegu covidu zbroję wiedzy, by nie zjadł mnie potwór szpilkowy ani szkiełkowy. Kiedy częściej myślałam o rzuceniu studiów niż o pozostaniu na nich. Trudno mi wtedy było zastanowić się nad zmianami zachodzącymi w mojej psychice.

Może to właśnie miało kształtować mój charakter, tak jak ogień i chłód hartują stal. Nie wiem. Wiem jedynie, że zupełnie zmieniło moje marzenia. ●

Przychodzi
wena
do lekarza

Ogólnopolski Konkurs Literacki
im. Prof. Andrzeja Szczeklika



PO GODZINACH – POEZJA

HUBERT DEREBAS



fot.: archiwum własne

Laureat XII edycji Ogólnopolskiego Konkursu Literackiego dla Lekarzy im. Prof. Andrzeja Szczeklika „Przychodzi wena do lekarza” dla studentów, kategoria poezja.

Student VI roku kierunku lekarskiego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego. Członek koła naukowego Humanistki Medycznej oraz drużyny koszykówki AZS CMUJ. Pasjonat sztuki, tenisa i nart biegowych.

słuch absolutny

chciałbym słyszeć
własne myśli
brzmiające unisono

bez szumu tła i walki
o najgłośniejsze pierwszeństwo
chciałbym pozwolić im
płynąć
długimi spokojnymi frazami

bez krzyżyków które trzeba
karcić bemołami
bez wyścigu
o szybsze metrum
i rwanego pulsu

chciałbym słyszeć
tylko jeden akord

i oczywiście
zawsze w dur
(VII 2020)

PO GODZINACH – PODRÓŻE

Bali: kadzidełka, joga i święty spokój

JOANNA BON

Piękne krajobrazy, złoty piasek, krystalicznie czysta woda, liczne świątynie, tańce i rytuały ofiarowania, festiwale, ceremonie, tradycyjne rzemiosło... wyspa kipi od kultury. Do tego ciepłi i przyjaźni mieszkańcy oraz kuchnia będąca prawdziwym doświadczeniem dla kubków smakowych.

Julia Robert w filmie „Jedź, módl się i kochaj” słyszy: „Balijszczyki myślą, że Bali jest w centrum wszechświata, a my jesteśmy w centrum Bali”. I coś w tym jest... zwłaszcza w bardzo turystycznych miejscowościach. Dlatego lepiej je omijać. Dzięki temu będziemy mieli szansę na medytację rano, w ciągu dnia czas na cieszenie się życiem, a wieczorem na odpoczynek i atrakcje – choćby takie, jak wyjątkowe jedzenie. Warto zajrzeć w każdą uliczkę, bo wszędzie można znaleźć coś ciekawego. Koniecznie trzeba spróbować pysznej zupy soto ayam (z kurczakiem i noodlami przyprawionej kurkumą z odrobiną trawy cytrynowej, serwowanej z jajkiem i kielkami), szaszłyków satay w sosie na bazie orzeszków ziemnych i ostrego sosu chilli i oczywiście owoców morza – najlepiej na plaży o zachodzie słońca podanych na liściu bananowca.

MAKAKI I KRADZIEŻE

W Bali można się zakochać, choć w wielu wypadkach nie jest to miłość od pierwszego wejrzenia. Dużo zależy od tego, gdzie trafimy (innymi słowy: jak zaplanujemy swój pobyt). Turystyczne miejsca typu Kuta mogą zniechęcić, zwłaszcza tych, którzy szukają spokoju. Od zgiełku i dyskotek uda się jednak uciec. Wystarczy pojechać do Ubud. Można tu zasmakować najlepszej kuchni balijskiej, odprężyć ciało i umysł podczas kursu jogi, oddać się w ręce najlepszych masażystów balijskich, nie rozróżnić domu prywatnego od świątyni oraz wejść do Sacred Monkey Forest Sanctuary. To wyjątkowy zespół świątyni otoczony przez gęsty busz porośnięty przez 186 gatunków drzew na 12,5 hektarach. Przyroda

► *Kuchnia balijska jest bardzo aromatyczna - oprócz dużej ilości orzechów używa się dużo przypraw korzennych, chili oraz owoców*



fot.: Shutterstock.com

W muzułmańskiej Indonezji wyspa Bali jest wyjątkiem – jej mieszkańcy wyznają balijską odmianę hinduizmu

przeplata się tu z posągami bóstw hinduistycznych i świętymi zabudowaniami. A wśród tego wszystkiego małpy makaki – duże, średnie, maleńkie.

Monkey Forest jest ważnym miejscem dla programów badawczych z zakresu zoologii. Ponoć przyjeżdżają tu etolodzy z całego świata, by badać zachowania małp i ich interakcje ze środowiskiem. Pewne jest jedno – małpy

lubią wychodzić poza ogrodzenie i spacerować również po ulicy. Nie wszystkie są małe. I choć nie są niebezpieczne, dla nienawykłych ich obecności turystów mogą wywoływać uczucie zagrożenia. Nie ma się jednak czego obawiać. Trzeba tylko pamiętać o tym, by nie trzymać w dłoni żadnych opakowań czy butelek (o bananach nie wspominając), by nie zachęcać małpek do „kradzieży”.

CZAS NA CHILLOUT I MEDITACJE

Tarasy ryżowe – tak, to tu można znaleźć chwilę wytchnienia. Pełno ich wokół Ubud. Robią spektakularne wrażenie – niczym zielone schody prowadzące na ziemię z nieba. Za najpiękniejsze na wyspie uważane są tarasy ryżowe w pobliżu

► Bali to wyspa ryżowa; w wielu miejscach można się natknąć na tarasy ryżowe choć najpiękniejsze są w okolicach Ubud

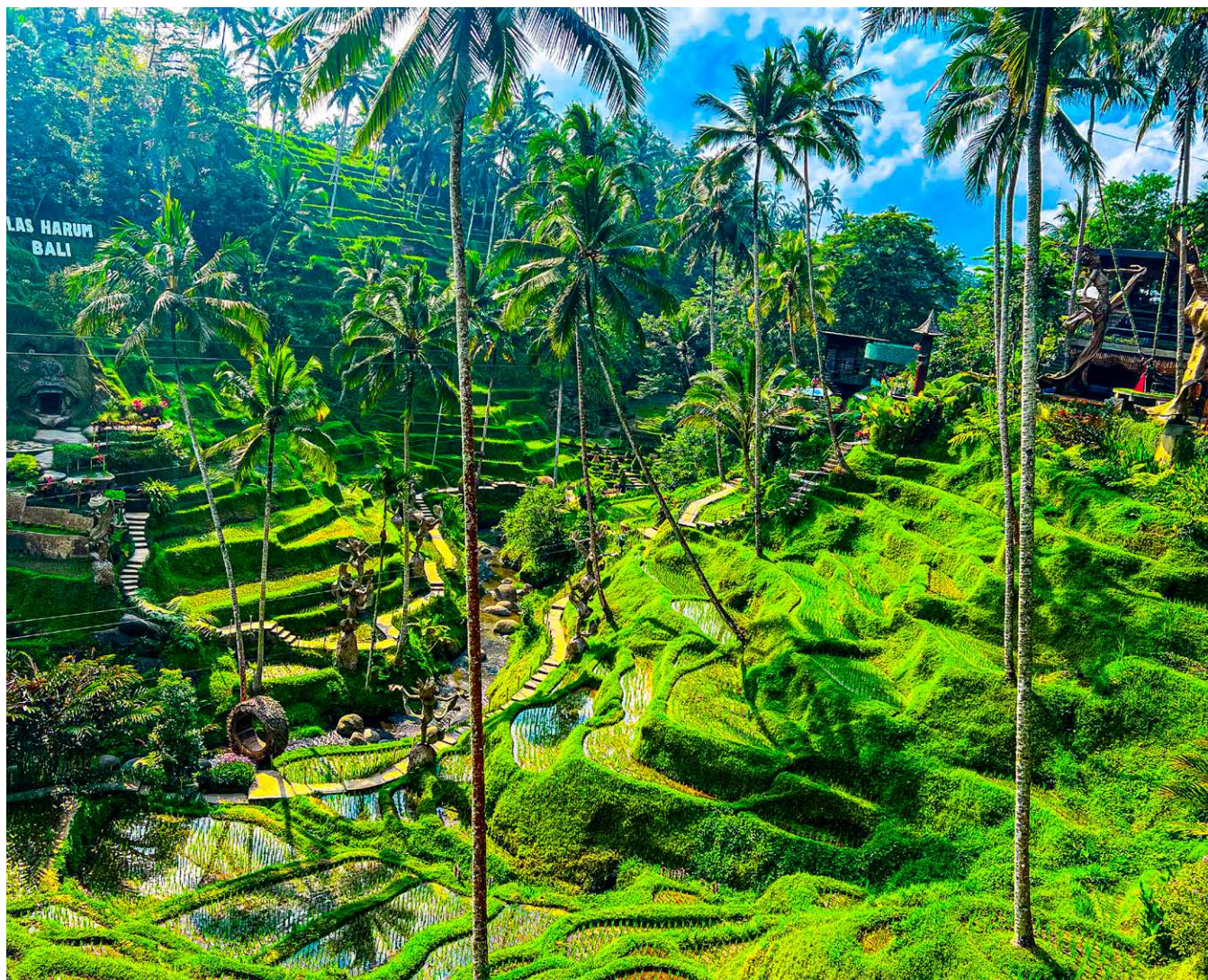


foto.: Shutterstock.com



foto.: Joanna Bon



foto.: Shutterstock.com

◀ Religia i duchowość są dla mieszkańców wyspy niezwykle ważne

▲ Masaż balijski – tego koniecznie trzeba spróbować

miejsowości Tegalalang w centralnej części Bali, pomiędzy Ubud i Kintamani. Przyjemność z wyprawy może popsuć to, że za wizytę w wiosce pobierana jest opłata. Generalnie cała okolica jest nastawiona na to, by na turystach zarabiać. Warto jednak zapłacić, bo to budzący zachwyt widok wpisany na listę światowego dziedzictwa UNESCO. Warto też na oglądanie tarasów wybrać się samodzielnie, a nie ze zorganizowaną wycieczką. Obecność innych odbierze nam możliwość spędzenia w swobodzie leniwych chwil tam, gdzie będziemy chcieli i tak długo, jak będziemy chcieli, swobodnego wspina się po nich i czerpania przyjemności z zielonego otoczenia.

Skoro o tarasach mowa: ryż jest jednym z najważniejszych produktów indonezyjskiej gospodarki. Jest też używany od dawna do składania ofiar. Mieszkańcy wierzą, że w ten sposób uda się przebłagać bogów i duchy i zachować równowagę między dobrem a złem. Ofiary składa się trzy razy dziennie w małych koszyczkach z liści palmowych. Do środka, poza ryżem, Balijszczyki wkładają kwiatki, cukierki, a czasem papierosa.

Gdy już nacieszymy wzrok koszyczkami ofiarnymi (a nawet gdy już

przyzwyczajymy się do tego, by idąc chodnikiem omijać je, bo są rozłożone niemal wszędzie), odwiedzmy jedno z tutejszych spa. To idealne

Można wybrać się na surfing, jogę, spróbować lokalnego jedzenia lub dać się ponieść życiu nocnemu

miejsce na wyciszenie i odpocznik. Koniecznie trzeba spróbować masażu balijskiego. To połączenie starożytnych metod z Chin i Indii, które bardzo relaksuje. Rozluźnienie mięśni oraz harmonia duszy i ciała gwarantowane. Do tego akupresura, aromaterapia, refleksologia i ajurweda. I to w profesjonalnych rękach, bo mieszkańcy wyspy przekazują sobie wiedzę o technikach masażu z pokolenia na pokolenie.

Bali to również idealne miejsce dla osób, które poszukują przeżycia mistycznego. Wystarczy wizyta w kompleksie świątynnym Pura Tirta Empul, gdzie według tradycji

bije źródło mające magiczną moc. Balijszczyki przychodzą tu, by odbyć rytualną kąpiel, ale wejście do basenów, by się obmyć, dostępne jest dla wyznawców wszystkich religii.

AKTYWNY WYPOCZYNEK

Bali kochają surferzy, mają tu idealne warunki. Początkujący wybierają zwykle Kutę – to główny kurort Bali, odradzany ze względu na komercję, ale ma szerokie plaże i najpiękniejsze zachody słońca. Bardziej zaawansowani amatorzy surfingu wybierają Balangan Beach czy Eco Beach, a zaawansowani Uluwatu Beach. To wyjątkowa plaża, zlokalizowana u podnóża jednej z największych atrakcji Bali – Świątyni Uluwatu. Jej niezwykłość wynika z położenia geograficznego. Znajduje się na wzgórzu będącym częścią klifu, który zapiera dech w piersiach. Profesjonalni surferzy mówią, że moc fal jest tam bezkonkurencyjna.

Na Bali będą się też nudzić miłośnicy nurkowania. Mają do wyboru różne możliwości: oglądanie niezwykłych morskich stworzeń,



◀ Mieszkańców Bali cechuje ciepło i przyjacielskie nastawienie do innych

► Białe piasek i kryształicznie czysta woda urzekają nawet najbardziej wymagających turystów



for.: Shutterstock.com

rekinów, tuńczyków czy mola mola albo nurkowanie na wrakach.

Wyspa przyciąga również miłośników jogi. Jest idealnym miejscem dla tych, którzy szukają duchowej odnowy i relaksu. Lekcje jogi, warsztaty medytacji – każdy znajdzie jakiś sposób do pracy nad sobą. Joga jest często praktykowana w środku dżungli, w miejscu osłoniętym tylko dachem, z widokiem na ocean z akompaniamentem cykad. Trudno wyobrazić sobie lepsze warunki.

NIE TYLKO ARTYŚCI

Bali znane jest nie tylko z niezwykłej i ciekawej natury, ale przede wszystkim ze swojego umiłowania do piękna. To wyspa artystów i rzemieślników, bogata w rękodzieło. Niemal na każdym kroku można spotkać piękne rzeźby. Te w drewnie już dawno podbiły świat. Mają zresztą długą tradycję, której początki są związane z urządzeniem rezydencji dawnych władców. Do dziś współczesne budynki zachwycają dekoracjami – ozdobne drzwi czy okna nie są tu rzadkością. Powodzeniem cieszą się też kamienne rzeźby, które były i są elementem wystroju domów i rezydencji.

► Aktorzy, którzy zakładają maski, muszą przejść rytuał oczyszczenia



for.: Shutterstock.com

Rękodzieło na Bali to również biżuteria – zwłaszcza srebrna. Niektóre wyroby zapierają dech w piersiach. Jeśli chcemy uszczęśliwić bliską osobę, taki prezent z pewnością okaże się trafiony.

Na wyspie możemy zobaczyć również przeróżne maski. Każda jest unikatowa i opowiada inną historię. Możemy je podziwiać zwłaszcza w przedstawieniach teatralnych. Co ciekawe, aktorzy, którzy zakładają maski, muszą

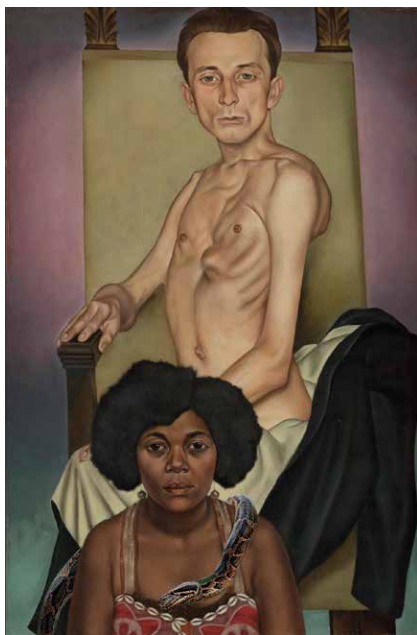
najpierw przejść specjalny rytuał oczyszczenia. Balijszczy wierzą bowiem, że maski to połączenie z sacrum. Założenie maski utożsamiane jest więc z sakramentem. Poza sceną teatralną maski zakładają tancerze tradycyjnych tańców uświetniających religijne ceremonie w świątyniach.

Jak widać na Bali trudno się nudzić. Każdy znajdzie coś dla siebie. Wystarczy się tylko rozejrzeć. Raj na ziemi istnieje. ●

PO GODZINACH – BŁĄD MALARSKI

W lot

Niektórzy jeżdżą do Paryża podziwiać w Luwrze „Mona Lisę”, a niektórzy pod Paryż, by w Disneylandzie ucisnąć dłoń Myszkę Miki. W latach dwudziestych ubiegłego stulecia niektórzy jechali do Berlina, by być częścią kipiącej życiem awangardowej sztuki, a inni by w jego północnych zakątkach podziwiać mężczyznę o zniekształconej klatce piersiowej i jego owiniętą boa dusicielem sceniczną partnerkę.



Obraz: Christian Schad, „Agosta, skrzydlaty człowiek, i Rasha, czarna gołębicą”, 1929, Tate Modern, Londyn.

Christian Schad, niemiecki malarz żyjący w owym czasie w Berlinie, zaprosił wspomnianą parę do pozowania do podwójnego portretu. Schad opisywał ich jako niezwykle punktualnych i wspominał, że w czasie sesji pozowania opowiadali mu dużo o swoim życiu. Agosta ponoć narzekał na duże powodzenie u kobiet, które mu przeszkadzało, gdyż szczerze kochał swoją żonę. Rasha przynosiła zaś malarzowi jajka z własnej hodowli kur prowadzonej pod kołami przyczepy, w której mieszkała z mężem, synem i boa dusicielem.

Agosta i Rasha występowali wspólnie w jednym z berlińskich wesołych miasteczek, gdzie on wystawiał na pokaz swoje zdeformowane ciało, a ona tańczyła, owijając wokół ciała węża. Spekulacji, jaka choroba dotknęła Agostę, było wiele: od skoliozy po zespół Marfana.

U Schada obie postacie patrzą prosto w oczy widza. W spojrzeniu Agosty zdaje się być coś zaczepnego, być

AGATA MORKA
DOKTOR HISTORII SZTUKI



może wyzywającego patrzącego na konfrontację z jego zdeformowaną sylwetką. Rasha patrzy bardziej obojętnie, zmęczonymi czarnymi oczyma, dodatkowo podkreślonymi głębokimi cieniami pod dolną powieką.

A jednak coś te dwa odmienne spojrzenia portretowanych łączy i prawdopodobnie bierze się ze sposobu ich przedstawienia przez Schada. Pod jego pędzlem to dziwaczne duo przestaje być widowiskiem medycznych anomalii,

wzbudzających litość, obrzydzenie czy prześmiewcze uwagi. Schad oddaje Agocie i Rasy godność, tworząc intensywny portret dwojga skomplikowanych, niedoskonałych postaci. Poza ich fizycznymi atrybutami czai się historia tak odrzucająca, jak i piękna.

Schad złapał tę dychotomię w lot, jednocześnie poddając ją w wątpliwość. Na jego portrecie ułomność przestaje być ograniczeniem. Staje się siłą i złamanym pięknem.

Rozwiązanie zagadki z „GL” 5/2024

Szczegóły różniące obrazy:

- Usunięcie stójkowego kołnierza przy ubraniu kobiety.**
Stójka była charakterystycznym wykończeniem dekoltu chińskich ubrań w XVIII wieku.
- Dodanie butów wystających spod sukni kobiety.**
Chińskie suknie unoszą się ponad kostki, odsłaniając buty, dopiero około XX wieku, zatem taka długość szat nie byłaby uzasadniona na tym drzeworycie.
- Usunięcie wstążek przy szacie kobiety.**
Wstążki były istotnym elementem stroju, służyły jako pasy akcentujące talię.
- Dodanie parasolki w dłoni kobiety.**
- Parasole były chętnie używane w celu ochrony skóry przed słońcem i zapobieganiu wystąpieniu piegów. Używane były tak w zachodnich, jak i wschodnich tradycjach.



Obraz: „Medycyna zewnętrzna: Pegi”, drzeworyt chiński, kolekcja Wellcome Trust, XVIII wiek

WSKAŹ ORYGINAŁ I ZNAJDŹ CZTERY SZCZEGÓŁY RÓŻNIĄCE OBRAZY.

Odpowiedź prześlij na bladmalarski@gazetalekarska.pl do 17 czerwca 2024 r. W temacie maila należy wpisać GL06 oraz podać dane do kontaktu (imię i nazwisko, adres, telefon). Jedna osoba może przesłać jedną odpowiedź.

NAGRODZENI „GL” 05/2024

Voucher do Hotelu Prezydent **** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje Marcelina Poloczek z Cisownicy. Gratulujemy!

Nagrody dodatkowe: Elwira Nowak-Adamska (Katowice), Mira Chruściel (Szczecin), Krzysztof Kanabaj (Poznań)

Dla jednej z osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi

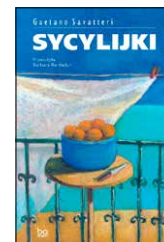
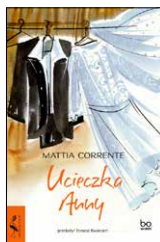
HOTEL PREZYDENT
MEDICAL SPA & WELLNESS
HOTEL PRZYJAZNY DOROSŁYM

 WYDAWNICTWO
UNIwersYTETU
JAGIELLOŃSKIEGO
www.wuj.pl

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

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

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



KLAUZULA INFORMACYJNA

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

Regulamin konkursu na www.gazetalekarska.pl

PO GODZINACH – KULTURA

Wena. Na szczęście!

JAROSŁAW WANECKI
OŚRODEK KULTURY I DZIEDZICTWA
HISTORYCZNEGO NACZELNEJ IZBY LEKARSKIEJ

Po raz trzynasty w krakowskim teatrze, tym razem Narodowym Starym Teatrze im. Heleny Modrzejewskiej, wręczono nagrody Ogólnopolskiego Konkursu Literackiego im. Profesora Andrzeja Szczeklika. Statuetki akrobatów trafiły do zwycięzców w kategoriach: poezja, proza i student medycyny. Po raz pierwszy uroczystość połączono z galą konkursu dla osób z niepełnosprawnościami „Słowa, dobrze, że jesteście”.



fot.: Magda Rymarz

◀ Partnerem konkursu była Fundacja „Mimo Wszystko” Anny Dymnej

Uroczystej gali towarzyszyły dwa koncerty. W pierwszej części wystąpili laureaci Festiwalu Zaczarowanej Piosenki, organizowanego przez Fundację „Mimo Wszystko” Anny Dymnej – partnera konkursu. Publiczność usłyszała Klaudię Borczyk i Michała Ziomka. Po przerwie wystąpiła Kinga Rataj z zespołem, urzekając słuchaczy ekspresyjnymi wykonaniami fado.

W kategorii poezja zwyciężyła Barbara Rysz-Postawa („Rocznica”, „Ucieczka”). Drugie miejsca zajęła Joanna Czajkowska-Ślasko („Przestanek końcowy, pętla”). Trzecie lokaty przypadły ex aequo: Katarzynie Wieczorek („Metamorfozy”), Monice Szymczakowskiej („Anioł przed sklepem mięsnym”) i Kazimierzowi Pichlakowi („Tym razem”).

Konkurs prozy wygrała Katarzyna Wierzbička („Najpiękniejsza pora roku”). Na drugim miejscu podium stanęła Ewa Gluza („Matka”), a na trzecim Katarzyna Kożuch-Sajdak („Bajki gabinetowe”) i Jacek Wróblewski („Kilka słów o tym, że zawsze warto się starać”). Laureatem nagrody studenckiej został Rafał Rawski („Cisza niedotykalna”).

Wszystkie prace „Medycyna Praktyczna” zebrała we wspólnym tomiku wraz z utworami konkursu dla osób z niepełnosprawnościami „Słowa, dobrze, że jesteście”. Sześć z nich przeczytali krakowscy aktorzy: Anna Radwan, Jacek Romanowski, Michał Badeński i Anna Dymna.

Krakowski salon na scenie pomieścił laureatów, wykonawców poezji, prozy i piosenki oraz jurorów, tocząc niespieszną rozmowę o sukcesach i porażkach w życiu i teatrze. Wstępem był fragment eseju Andrzeja Szczeklika o węzowym splocie wokół kaduceusza, który według wierzeń starożytnych Greków przynosił szczęście, niczym „talisman przeciw złym mocom”. Taka właśnie laska Hermesa od kilku tygodni w zastępstwie Eskulapowej ozdabia elektroniczne prawo wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry w aplikacji mObywatel.

Czternasta Wena zawita do Krakowa wiosną przyszłego roku. Ciekawe, komu dopisze szczęście. ●

PO GODZINACH – KULTURA

Literatura naszych dzieci

JOANNA MAŚLANKOWSKA

Ośrodek Kultury i Dziedzictwa Historycznego NIL zakończył tegoroczny projekt z zakresu literatury dla dzieci i wnuków lekarskich.

#SztukaNaszychDzieci nie jest konkursem! Podsumowanie drugiej edycji nastąpiło podczas 13. Gali Ogólnopolskiego Konkursu Literackiego dla Lekarzy im. Prof. Andrzeja Szczeklika „Przychodzi wena do lekarza” w Narodowym Starym Teatrze w Krakowie. Tekst krakowianki Karoliny Feluś, wybranej do reprezentowania dzieci lekarskich,

przezystała aktorka Sylwia Krawcówna. Mama lekarka napisała o córce autorce opowiadania o zaginionych rzeczach: „Dziewięcioletnia marzycielka, która jeśli akurat nie pochłania słowa pisanego, to wyczarowuje miniaturowe rzeźby”.

Pierwszy program #SND poświęciliśmy piosence, a jego ukoronowaniem był występ na scenie Teatru im. Jana Kochanowskiego w Opolu podczas Kongresu Kultury i Historii Lekarskiej. W 2025 r. tematem prezentacji będzie fotografia.



◀ Karolina Feluś

fot.: archiwum rodzinne

Zagadka znikających rzeczy

Pewnego kwietniowego dnia ośmioletnia Basia i jej rodzina spędzali dzień w ogrodzie, bo było bardzo ciepło. Dziewczynka mieszkała w jednopiętrowym domu z mamą Mariolą, tatą Krzysiem, szesnastoletnią siostrą Mają i dwuletnim braciszkiem Wacusem. Mieli też psa, trochę kundla, trochę cocker spaniela, o imieniu Karmel. Każdy miał w ogrodzie swoje ulubione miejsce. Mama lubiła siedzieć na tarasie i pić kawę, tata leżeć na leżaku i czytać gazetę, Maja zacienione miejsce pod jabłonią, a Basia i Wacus zawsze się bawili w domku ze zjeżdżalnią. Tamtego dnia mama jak zawsze rozłożyła obrus na stoliku i poszła do domu po kawę. Gdy wróciła, obrusu nie było. Zniknął.

– Czy ktoś widział obrus? Nie ma go na tarasie! – zawołała.

Wacus podbiegł do mamy zobaczyć, co się stało. Po chwili krzyknął:

– Nie ma obrusu! Złodziej go ukradł!

Basia podbiegła do Mai.

– Słyszałaś? Jakiś złodziej ukradł nam obrus. Ale po co złodziej wziął akurat tę rzecz? Myślałam, że oni kradną pieniądze.

Maja podniosła głowę. Nie słyszała nic o złodzieju. Zapatrzyła się na ziemię i zaczęła pocieszać Basie:

– Lepiej dla nas. Gorzej, gdyby ukradł pieniądze albo coś drogiego. Obrus nie jest taki ważny – powiedziała

– Ale to był ulubiony obrus mamy! Ten z różowymi i czerwonymi tulipankami!

– Był taki fajny! – krzyknęła Basia.

W tej chwili wróciła mama z Wacusem. Zza domu wybiegł Karmel. Coś zagrzmiało. Silny wiatr kołysał drzewami. Rodzinka weszła do domu. Gdy dzieci myły ręce, mama wniosła stoliczek do mieszkania.

– Mam nadzieję, że tacie nic się nie stanie. W prognozie pogody zapowiadali silne burze – powiedziała Maja.

Basia kiwnęła głową. W tej chwili wrócił tatuś – był na zakupach i wrócił cały mokry, musiał się przebrać.

– Ale ta burza jest silna! Wyrwało wierzbę z korzeniami. Tę po drugiej stronie ulicy – opowiadał tata, gdy się już przebrał.

– Na szczęście kupiłem to etui na etui. Ten wiatr był taki silny, że

myślałem, że nie wrócę – dodał po chwili.

Mama przyniosła zupę pomidorową. Gdy skończyli jeść, tata chciał pokazać nowe etui. Jak wrócił, to położył je na stole. Gdy przyszedł z powrotem do salonu, na stole nie było niczego.

– Czy ktoś widział moje nowe etui? Zniknęło. Bardzo dziwne! – zawołał.

I tak przez kilka dni ginęły różne miękkie rzeczy: stary ręcznik z łazienki, za małe skarpetki. A gdy piórnik Basi też jakby rozplynął się w powietrzu, rodzice zdecydowali, że trzeba znaleźć zaginione przedmioty. Rodzinka wyszła z domu. Wszyscy szukali, nawet Wacus. W końcu Maja znalazła skrytkę złodzieja w najdalszych krzakach w ogrodzie. Okazało się, że to Karmel zbierał rzeczy na posłanie. Zaczęli się śmiać. Wszyscy się ucieszyli.

Ze zwierzakiem nigdy nie można się nudzić!

Karolina Feluś

PO GODZINACH – SPORT

21. Igrzyska Lekarskie coraz bliżej

LIDIA SULIKOWSKA
DZIENNIKARKA

Tegoroczna edycja największej w Polsce imprezy sportowej dla lekarzy przenosi się ze stolicy Tatr nad morze. Na uczestników czeka mnóstwo atrakcji – mówi Marcin Szczęśniak, przewodniczący Komisji ds. Sportu Naczelnej Rady Lekarskiej.

W tym roku Igrzyska Lekarskie zaplanowano na 4-7 września. W jakich dyscyplinach będzie można rywalizować?

Mamy wiele konkurencji lekkoatletycznych, między innymi biegi na różnych dystansach, skok w dal, skok wzwyż, pchnięcie kulą, rzut dyskiem, oszczepem i ciężarkiem. Ponadto odbędą się turnieje piłki nożnej w 6-osobowych składach, piłki siatkowej, siatkówki plażowej, koszykówki. W programie są też m.in. tenis ziemny i stołowy, badminton, pływanie, brydż, kolarstwo szosowe i górskie, triathlon, a także nordic walking po plaży. Na uczestników czeka mnóstwo atrakcji. W zawodach mogą wziąć udział nie tylko lekarze i lekarze dentyści, ale też ich małżonkowie i dzieci, a także studenci medycyny. Mamy oddzielne kategorie dla lekarzy i osób towarzyszących. Na najmłodszych czekają m.in. pływanie na 25 m i rzut piłką palantową. Szczegółowy program oraz inne informacje na temat wydarzenia znajdziemy na stronie internetowej Naczelnej Izby Lekarskiej (www.nil.org.pl) w zakładce „dla lekarzy”, w podkategorii „nadchodzące wydarzenia medyczne”.

Przez dwie dekady zawody odbywały się w Zakopanem. W tym roku areną zmagani będzie nadmorskie Cetniewo, dzielnica Władysławowa. Skąd ta zmiana?

Rzeczywiście, tegoroczna edycja największej w Polsce imprezy sportowej dla lekarzy przenosi się ze stolicy Tatr nad morze. Idea nowej lokalizacji zrodziła się jakiś czas temu. Tak duże zawody można zorganizować w zasadzie tylko w obiektach Centralnego Ośrodka Sportu, więc opcje lokalizacji były ograniczone. Wybór padł na znakomicie położony COS Cetniewo.



fot.: Mariusz Tomczak

Maciej Jachymiak, który stworzył i dotychczas świetnie organizował tę znakomitą imprezę w Zakopanem, na początku był sceptycznie nastawiony do tego pomysłu, ale dał się przekonać. Nie wykluczamy jednak, że w kolejnych latach zawody będą odbywać się rotacyjnie, czyli raz w Cetniewie, raz pod Giewontem.

Organizatorem tegorocznych igrzysk została Naczelna Izba Lekarska.

Bardzo chciałem takiego rozwiązania. Sport jest formą integracji środowiska, którą powinien wspierać samorząd zawodowy, a Igrzyska Lekarskie to największe wydarzenie sportowe dla lekarzy w Polsce. Uważam więc, że powinno odbywać się pod auspicjami Naczelnej Izby Lekarskiej. W ubiegłym roku NIL objęła to wydarzenie patronatem, a w tym roku wzięła na swoje barki trud organizacji igrzysk. Dziękuję dr. Jachymiakowi za wsparcie logistyczne i wszelką pomoc w tym projekcie.

Co trzeba zrobić, aby wziąć udział w igrzyskach?

Pierwsza z opcji to zapisy online za pomocą formularza rejestracyjnego dostępnego na stronie internetowej NIL. Pakiet wstępu będzie też można wykupić na miejscu w biurze zawodów. Koszt uczestnictwa wynosi 400 zł. Młodzież, studenci i seniorzy powyżej 65 lat mają 50-proc. ulgę. Opłata jest stała niezależnie od liczby konkurencji, w których chcemy wystartować. Uczestnicy zapewniają sobie nocleg we własnym zakresie, ale w ramach wpisowego przewidziano wieczorne eventy z cateringiem. W piątek 6 września zespół szantowy zagra koncert. Duży wysiłek w sfinansowaniu igrzysk ponosi Komisja ds. Sportu NRL.

Co jest największą wartością tych zawodów?

Po pierwsze to, że w jednym miejscu i czasie mamy możliwość startu w wielu rozgrywkach z różnych dyscyplin. Zdarzają się zawodnicy, którzy rywalizują w kilkunastu konkurencjach. Chciałabym jednak podkreślić, że na igrzyskach można nie tylko poczuć ducha sportu. Tutaj chodzi o coś więcej niż poprawienie życiówki czy zdobycie medalu. Gwarantujemy niepowtarzalną atmosferę, której nie da się opisać słowami. ●

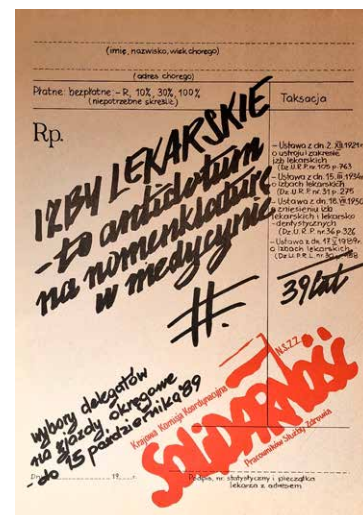
21. Igrzyska Lekarskie zostały objęte patronatem honorowym Polskiego Komitetu Olimpijskiego i Ministerstwa Sportu i Turystyki. Patronem medialnym wydarzenia jest „Gazeta Lekarska”.

PO GODZINACH

Koralowa gra

JAROSŁAW WANECKI
KURATOR WYSTAWY

Pierwszy dzień obrad Krajowego Zjazdu Lekarzy w Łodzi odbywał się 17 maja – równo 35 lat od daty uchwalenia ustawy o izbach lekarskich. Stąd pomysł, aby delegatom przypomnieć dzieje własnego samorządu, ale w nieco innej niż dotychczas formule.



▲ Jeden z plakatów wystawy

W hotelowej przestrzeni rozstawiono sztalugi z planszami. Pełne skorzystanie z wiedzy przygotowanej przez Ośrodek Kultury i Dziedzictwa Historycznego NIL, wymagało jednak zalogowania do specjalnie przygotowanej aplikacji.

Projekt opracowali informatycy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej pod opieką Piotra Kalkowskiego, wzorując się na modnych w ostatnich latach grach miejskich, co bardzo spodobało się szefowej zespołu ds. mediów, Marii Kłosińskiej.

Dzięki temu mieliśmy do czynienia z zabawą tematyczną, podczas której można było zebrać punkty za prawidłowe odpowiedzi w 35 pytaniach quizu. Nie było łatwo, ale wartością dodaną miał być pokaz palety spraw, jakimi zajmują się izby, urozmaiconej archiwalną ikonografią.

Tymczasem w siedzibie przy Sobieskiego 110, podczas kwietniowego posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej, odbył się kolejny

wernisaż z historią w tle. Tym razem pokazano plakaty wyborcze z 1989 roku oraz pierwsze strony ustaw o izbach lekarskich i lekarsko-dentystycznych od 1921 do 2009 r. „Początek drogi...” opisały cytaty założycieli samorządu. Czytelnicy piętnastu wyimków najbardziej zaskoczeni byli aktualnością słów sprzed 35 laty.

KODEKS ETYKI LEKARSKIEJ
14 grudnia 1991 r.

KODEKS ETYKI LEKARSKIEJ
14 grudnia 1991 r.

Kodeks Etyki Lekarskiej

Kodeks Etyki Lekarskiej

KODEKS ETYKI LEKARSKIEJ

„Wartość etyki tkwi w ideale, a nie w samolubnej solidarności – pisał 125 lat temu Władysław Biegański – Korporacja powinna przynosić korzyść społeczeństwu, a nie istnieć tylko w celach wywyższania, przez które nie podnosi godności stanu lekarskiego, lecz przeciwnie obniża ją.”

14 grudnia 1991 roku po burzliwej debacie Nadzwyczajny II Krajowy Zjazd Lekarzy przyjął Kodeks Etyki Lekarskiej, którego przepisy zostały trzy tygodnie później zaskarżone do Trybunatu Konstytucyjnego przez Rzecznika Praw

Obywatelskich. Na ponad 1000 mandatariuszy do Bielska-Białej przyjechało niewiele ponad 800. Sprawozdanie z prac Komisji kodyfikacyjnej wygłosił Zbigniew Chtop, a dyskusję prowadził Jerzy Umiałowski i Stanisław Wencelis. Cały tekst Kodeksu poparło 449 delegatów, 75 było przeciw, a 58 wstrzymało się od głosu. 247 zbojkowało głosowanie. Późniejsze tytuły prasowe, uchwały izb i poselskie wystąpienia świadczą o nadspodziewanym zainteresowaniu lekarską etyką.

05

W którym roku podjęto pierwszą nowelizację Kodeksu Etyki Lekarskiej?

- W 1993 podczas obrad III Krajowego Zjazdu Lekarzy w Warszawie
- W 2003 przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy w Toruniu
- Z okazji 25-lecia uchwalenia Kodeksu Etyki Lekarskiej w Bielsku-Białej

KORALOWA GRA

Zapraszamy do wzięcia udziału w konkursie wiedzy o samorządzie lekarskim w latach 1989-2024. Proszę zeskanować kod QR znajdujący się przy numerze planszy oraz zaznaczyć w aplikacji odpowiedzi na zadane pytanie. Aplikacja umożliwia zliczenie głosów w grze, w której nagrodzimy laureatów. Dzięki oprogramowaniu możliwe jest również poszerzenie wiedzy.

Jarosław Wanecki i Piotr Kalkowski

Ośrodek Kultury i Dziedzictwa Historycznego NIL

GAZETA

Inicjatywę reaktywowania izb przyjąłem z wielkim entuzjazmem i wielką nadzieją. Muszę jednak przyznać, że teraz mój entuzjazm nieco osłabł. Ludzie bardzo zmienili się w ciągu ostatnich półwiecza – mają inne poglądy i potrzeby, znacznie częściej wyznają filozofię, w której wartością naczelną jest „mieć”, a nie „być”.

Jan Nielubowicz, Honorowy Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej, wrzesień 1990

Zjazdy koleżeńskie

WYDZIAŁ LEKARSKI I STOMATOLOGICZNY 1962-1968

Organizujemy spotkanie z okazji 56 rocznicy ukończenia studiów. Informacje szczegółowe w listach. Termin zjazdu 4-6 październik 2024 miejsce: zascianek ul. Waska 23. Chwaszczyno. Rezerwacja i opłata hotelowa indywidualnie na hasło zjazd lekarzy do dn. 30.06.2024 e-mailem: info@zascianek.com.pl lub tel. +48 585528049 lub tel. 601838049. Komitet organizacyjny: Elżbieta lubelska, Wojciech Gorzelańczyk, Bolesław Rutkowski, Karolina Szymańska, Halina ciesielska

ABSOLWENCI AMG ROCZNIKA 1999

Serdecznie zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 25-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Gdańsku, które odbędzie się w dniu 5 października 2024 roku w Hotelu Anders w Starych Jabłonkach. Informacje o Zjeździe (w tym warunki uczestnictwa, wysokość opłat,

itp.) są dostępne na stronie internetowej <http://zjazd.sytes.net> Pomocą służy Antoni Ferenc tel. 603 859 417, e-mail: a.ferenc@interia.pl Do miłego zobaczenia!

ZJAZD 45 –LECIA!

Serdecznie zapraszamy na Zjazd Absolwentów Wydziału Lekarskiego AM w Lublinie rocznik 1973-1979. Termin spotkania: 27-29 września 2024 r. (2 noclegi). Miejsce spotkania: CSW Energetyk w Nałęczowie, ul. Paderewskiego 10. Tel.: +48 81 501 67 00 / 48 81 501 67 00. Koszt udziału w spotkaniu 650 zł od osoby. Zgłoszenie udziału – rezerwacja pokoju w recepcji telefonicznie repcja@cswenergetyk.lublin.pl. Wpłaty do 15.09 po uzyskaniu rezerwacji przelewem lub w dniu przyjazdu na miejscu. Do dyspozycji pokoje 1, 2 i 3-osobowe. Informacje organizacyjne: Rosława Kluza – 604 401 654 kluzar@o2.pl; Danuta Loch-Kruk – 791 155 866 dloch-kruk@wp.pl; Anna Zmysłowska – 601 283 318

a.zmyslowska@hipokrates.orgz. Zarys programu spotkania: 27.09: 14.00 – przyjazd uczestników; 18.00 – kolacja grillowa (z piwem, ew. alkohol własny). 28.09: 8.00-10.00 – śniadanie oraz spacer po Nałęczowie z przewodnikiem, 14.00 – obiad, 18.00 – zdjęcie pamiątkowe, 18.30 – uroczysta kolacja, 29.09: 8.00-11.00 śniadanie, czas wolny, wyjazd. Parking strzeżony przed sanatorium płatny indywidualnie 18zł/dobę.

ABSOLWENCI AM W BIAŁYMSTOKU ROCZNIK 1985-1991/1992

Szanowne Koleżanki i Koledzy, zapraszamy do Białegostoku w dniach 20-22 września 2024 r. na świętowanie 33-lecia ukończenia studiów. Prosimy o rejestrację przez formularz internetowy (<https://forms.gle/2UjFatBNJoPTGs7w9>) lub zgłoszenia drogą mailową (amb33lecie@gmail.com). Do zobaczenia w Białymstoku, Monika Rucińska i Włodek Mielech.

11 Ogólnopolski Plener Fotograficzny Lekarzy
Kazimierz Dolny 9-15 września 2024

Dom Pracy Twórczej
Stowarzyszenia Dziennikarzy Polskich
ul. Małachowskiego 17
24-120 Kazimierz Dolny

ORGANIZATORZY

Lubelska Izba Lekarska
Komisja Kultury
Naczelna Izba Lekarska
KDM

4-7 WRZEŚNIA 2024 WŁADYSŁAWOWO CETNIEWO

WWW.NIL.ORG.PL

21 IGRZYSKA LEKARSKIE

ORGANIZATOR
NIL Naczelna Izba Lekarska

PATRONAT HONOROWY
Ministerstwo Sportu i Turystyki

PATRONAT MEDIALNY
Polski Komitet Olimpijski Polish Olympic Committee
GAZETA LEKARSKA

Ogłoszenia

PRACA/ZATRUDNIĘ

Pediatryczne Centrum Zabiegowe w Bielsku-Białej zatrudni lekarzy specjalistów; chirurgii dziecięcej, neurologii dziecięcej, okulistyki, dermatologii, laryngologii dziecięcej Warunki preferencyjne. Kontakt: 602646706, pcz@pczbielsko.pl.

Niemcy oferty pracy, specjalizacje www.pro-medicus.org +48602813298

Nawiążę współpracę ze stomatologiem w Zambrowie, możliwość przejęcia gabinetu w przyszłości. Pacjenci prywatni. Tel. 608899888.

ZATRUDNIMY LEKARSKA DO PRACY W PORADNI POZ, DO DYSPOZYCJI MIESZKANIE. Przychodnia POZ w Torzymiu woj. lubuskie, poszukuje lekarza uprawnionego do przyjmowania deklaracji. Wymagana dostępność od poniedziałku do piątku. Ilość godzin pracy do uzgodnienia. Dodatkowo zatrudnimy lekarza do pracy w POZ na dowolnie uzgodnioną liczbę dni i godzin. czlorzym@gmail.com tel. 668 159 217

Szpital Specjalistyczny Brzeziny pod Łodzią w miejscowości Brzeziny zatrudni lekarza neurologa na 1-2 dni w tygodniu. Oferujemy: godziny 8-15 bez dyżurów; oddział 10 łóżkowy; dostęp do pełnej diagnostyki; Clininet; możliwość rozszerzenia współpracy o AOS I komercję; stawka 150 zł/h. Oczekujemy: lekarz specjalista lub rezzydent po 3 roku specjalizacji. Kontakt a.wnuk@szpital-brzeziny.pl 885 864 634

NZOZ NIWA w Krzesku/okolice Siedlec, zatrudni lekarza POZ/medycyny rodzinnej/w trakcie specjalizacji. Możliwość refundacji kosztów dojazdu. Chętnych zapraszamy do kontaktu niwa@poczta.fm, tel. 604 411 511

Pallas Kliniken, wiodąca sieć klinik szwajcarskich poszukuje Lekarzy Okulistów ze specjalizacją chcących rozwijać karierę w konsultacjach ophthalmologicznych i kompleksowym badaniu oka w Szwajcarii. Kontakt: paulina.zajackowska@carenea.pl lub +48 451 539 220. Zapraszam do kontaktu

SPZOZ w Węgrowie woj. mazowieckie zatrudni Kierownika Oddziału Ginekologiczno – Położniczego. Lekarzy specjalistów w dziedzinie położnictwa i ginekologii oraz pediatrii. Oferujemy dowolną formę zatrudnienia. Zapewniamy atrakcyjne warunki pracy. Osoby zainteresowane prosimy o kontakt na adres email: kadry@spzoz.wegrow.pl kontakt telefoniczny Dyrektor 25 7922833 Kadry 25 7922733

GBA Polska poszukuje lekarzy specjalistów do prowadzenia badań klinicznych (kosmetyki, wyroby medyczne, suplementy). Gdańsk: +48 795 427 952; Warszawa: +48 880 906 822; Elbląg +48 604 569 541

Zatrudnimy Lekarzy Specjalistów - Centra Medyczne Wejherowo, Reda. Zatrudnimy Urologów, Ortopedów/Ortopedów Dziecięcych, Kardiologów, Psychiatrów, Chirurgów Naczyniowych, Lekarzy Rodzinnych z listą aktywną. Kontakt: mateusz@jkmed.pl tel. 668147633

Szpital Ars Medical przy al. Wojska Polskiego 43 w Pile poszukuje do współpracy Lekarzy Specjalistów w zakresie: Diabetologii, Hematologii oraz Onkologii. Oferuje indywidualnie dopasowane warunki współpracy, a także dostęp do nowoczesnego sprzętu medycznego. Zainteresowanych współpracę zapraszamy do kontaktu mailowego: hr@scanmed.pl lub telefonicznego: 695 808 012.

Scanmed Sport Klinika przy ul. Bankowej 2 w Żorach poszukuje do współpracy Lekarzy Anestezjologów w ramach Bloku Operacyjnego. Oferuje indywidualnie dopasowane warunki współpracy, a także dostęp do nowoczesnego sprzętu medycznego. Zainteresowanych współpracę zapraszamy do kontaktu mailowego hr@scanmed.pl lub telefonicznego: 695 808 012.

Centra Kardiologii należące do Grupy Scanmed poszukują do współpracy Lekarzy Kardiologów – zarówno Specjalistów jak i Lekarzy kończących specjalizację z zakresu kardiologii w miastach: Bielsk Podlaski, Szczecinek, Racibórz, Sosnowiec, Elk. Oferujemy indywidualnie dopasowane warunki współpracy, a także dostęp do nowoczesnego sprzętu medycznego. Zainteresowanych współpracę zapraszamy do kontaktu mailowego: hr@scanmed.pl lub telefonicznego: 695 808 012

Przychodnia w Zielonej Górze. Poszukujemy lekarzy do pracy w POZ. Kontakt 604446975, przychodnia.sanus@wp.pl

Nadmorskie Centrum Medyczne Spółka z o.o. w Gdańsku nawiąże współpracę z lekarzami: poradni POZ uprawnionymi do zbierania deklaracji; anestezjologami przy zabiegach ortopedycznych, usunięcia zaćmy i znieczuleniach do badań endoskopowych; specjalistami lub lekarzami z trakcie specjalizacji z dermatologii, okulistyki, kardiologii, neurologii, neurologii dziecięcej, diabetologii w ramach poradni specjalistycznej; radiologami w zakresie opisów badań TK i MRI (możliwość pracy zdalnej). Praca od poniedziałku do piątku w zakresie godzinowym 7.00-18.00. Oferujemy atrakcyjne warunki współpracy. Praca w miłym, doświadczonym zespole. Więcej informacji pod nr tel.: 501 316 535. Oferty proszę przysyłać na adres: k.bach@ncm.com.pl

Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp. Sp. z o.o. zatrudni lekarzy specjalistów Nefrologii oraz Chorób Wewnętrznych. OFERUJEMY: różne formy zatrudnienia, pracę w prężnie rozwijającej się placówce, atrakcyjne wynagrodzenie. Kontakt: rekrutacja@szpital.gorzow.pl

Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp. Sp. z o.o. zatrudni: KIEROWNIKA CENTRUM

POMOCY DORAŻNEJ z podległymi: Szpitalnym Oddziałem Ratunkowym oraz Gabinetem Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej, lekarz specjalista w dziedzinie medycyny ratunkowej; kierowanie z udzielaniem świadczeń zdrowotnych jako lekarz na podległych oddziałach; OFERUJEMY: kontrakt; praca w akredytowanym szpitalu; wynagrodzenie: stawka 300,00 zł za godzinę udzielania świadczeń; Kontakt: rekrutacja@szpital.gorzow.pl

WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL WOJEWÓDZKI W GORZOWIE Wlkp. SP. Z O.O. zatrudni LEKARZY SPECJALISTÓW ONKOLOGII do Katedry i Kliniki Hematologii, Onkologii i Radioterapii Uniwersytetu Zielonogórskiego w Gorzowie Wlkp. Wymagania: specjalizacja onkologiczna. Oferujemy: umowa o pracę/ kontrakt, stabilne zatrudnienie w akredytowanej placówce medycznej pracę w nowoczesnym zakładzie z zaawansowanym sprzętem diagnostycznym, możliwość rozwoju zawodowego, szkolenia wdrożeniowe i doskonalące, konkurencyjne wynagrodzenie, przyjazne środowisko pracy w profesjonalnym zespole. Kontakt: rekrutacja@szpital.gorzow.pl

NZOZ Kostrzewscy zatrudni lekarza rodzinnego, (chętnie małżeństwo) do pracy w ośrodku zdrowia w Sulęcynie woj. pomorskie. Telefon 0048603061269. NZOZ Medycyna Rodzinna. Tetmajera 2 Kraków Bronowice zatrudni lekarza Rodzinnego. Praca na kontrakt lub etat. Kontakt 502575749

Szpital Powiatowy w Kartuzach zatrudni lekarza do pracy w: gabinecie nocnej i świątecznej opiece chorych, lekarza anestezjologa oraz lekarza chirurga do poradni chirurgii ogólnej. Kontakt email sekretariat@pczkartuzy.pl lub telefonicznie 58 685 49 86.

SPZOZ w Przytyku z Filii we Wrzeszczowie zatrudni lekarza POZ (rodzinnego, internistę) Forma zatrudnienia oraz warunki placowe do uzgodnienia. Kontakt: e-mail: dyrektor@spzozprzytyk.pl lub tel. 572 892 994

Centrum Stomatologiczne w Lubaniu /dolnośląskie/ zatrudni Lekarza Dentystę. Bardzo dobre warunki pracy i płacy. Zapraszamy 790258392

Opolskie Centrum Rehabilitacji w Korfantowie sp. z o.o. zatrudni w oddziale rehabilitacji medycznej lekarza specjalistę z zakresu rehabilitacji medycznej/ balneologii i medycyny fizykalnej/ neurologii/chorób wewnętrznych. Forma zatrudnienia do uzgodnienia. Kontakt: tel. 503187053, adres e-mail: a.klonowska@ocr.pl

SP ZOZ w Hrubieszowie poszukuje do pracy lekarzy ze specjalizacją w dziedzinie chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej oraz do pracy w POZ i w ZOL-u. Szpital oferuje wysokie zarobki, możliwość dodatkowych, dobrze płatnych dyżurów oraz zatrudnienie w dogodnej formie. W przypadku internistów i chirurgów, możliwość kierowania oddziałami. Kontakt: e-mail: sekretariat@spzozhrubieszow.pl, tel. 84-5353219.

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Radzynie Podlaskim zatrudni lekarzy ze specjalizacją z zakresu: chirurgii ogólnej, ginekologii i położnictwa, neurologii. Oferujemy atrakcyjne warunki placowe. Kontakt: sekretariat@spozrp.pl, robert.weglowski@spozrp.pl, robert.lis@spozrp.pl, tel. (83) 4132267, 609350466

Prezes Szpitala Mrągowskiego PILNIE zatrudni: Kierownika Działu Diagnostyki Obrazowej, lekarzy specjalistów: anesteziologa, internistę, chirurga, medycyny ratunkowej. Oferujemy korzystne warunki zatrudnienia, wynagrodzenia. Kontakt: Dyrektor - tel. (89) 741 94 15, Kadry – tel. (89) 741 94 12. e-mail: kadry@szpital-mragowo.pl

Przychodnia POZ NZOZ Zespół Lekarzy „Dobrzec” s. c. mieszcząca się w Kaliszu (woj. wielkopolskie) ul. Prymasa Stefana Wyszyńskiego 1A zatrudni LEKARZA. Najlepiej w godzinach popołudniowych do końca roku. Po więcej informacji zapraszamy do kontaktu pod nr tel. 602 357 474 lub 664 622 321. Rozmowy w sprawie zatrudnienia i warunków będą uzgadniane indywidualnie i osobiście z kandydatami.

NZOZ RYN zatrudni: lekarza medycyny rodzinnej, lekarza bez specjalizacji. Oferujemy mieszkanie służbowe. Woj. Warmińsko-Mazurskie. Tel: 500 898 708.

Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie (woj. mazowieckie) zatrudni koordynatora Oddziału Urologicznego Opis stanowiska: kierowanie Oddziałem Urologicznym Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie zgodnie z zakresem obowiązków, Szpital w Ciechanowie jest placówką wielospecjalistyczną, posiadającą w swoich strukturach: Oddział Onkologiczno-Hematologiczny, Pododdział Nefrologiczny, Stację Dializ, Oddział Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Bariatrycznej, Oddział Położniczo-Ginekologiczny, Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, Oddział Kardiologiczny (m.in. specjalizujący się w kardiologii interwencyjnej), zapewniamy dostęp do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego i czynnej przez całą dobę izby przyjęć a także dostęp do oddziału intensywnej opieki medycznej, laboratorium analitycznego, bakteriologicznego a także zakładu radiologicznego, tomografii komputerowej i pracowni rezonansu magnetycznego, udzielanie świadczeń zarówno w zakresie podstawowej ordynacji Oddziału Urologicznego w dni powszednie (8:00–15.35) jak i z możliwością pełnienia dyżurów medycznych. Wymagania: specjalizacja w zakresie urologii, prawo wykonywania zawodu, doświadczenie zawodowe, udzielanie świadczeń zdrowotnych w trybie i na warunkach określonych przez NFZ. solidność

i rzetelność wykonywania obowiązków, wykonywanie wszelkich obowiązków wynikających z zakresu zadań Oddziału Urologicznego. Oferujemy: pracę w akredytowanym Szpitalu, atrakcyjne wynagrodzenie w tym dopłata do dyżuru w przypadku zatrudnienia na umowę o pracę, dodatek funkcyjny, w przypadku konieczności przeprowadzki do Ciechanowa dopłata do wynajmu mieszkania, stabilne warunki zatrudnienia, dostosowane do potrzeb kandydata – umowa o pracę lub umowa cywilnoprawna, wprowadzenie w zakres obowiązków. Osoby zainteresowane prosimy o e-mailowe przesłanie aplikacji (list motywacyjny+ CV) na adres kadry@szpitalciechanow.com.pl lub kontakt z Działem KadrowoPlacowym tel. 23 6730218.

Przychodnia Rodzinna w Baniach (woj. zachodniopomorskie) poszukuje lekarza do pracy w POZ. Wynagrodzenie: 220 zł/h. Tel. 500089232 E-mail: panaceum@pro.onet.pl

Nowy Ośrodek Zdrowia w Pilchowicach zatrudni na korzystnych warunkach finansowych internistę lub lekarza medycyny rodzinnej, kontakt 606 219 066.

Uzdrowisko Kołobrzeg” S.A. zatrudni lekarzy specjalistów balneologii i medycyny fizykalnej, specjalistów rehabilitacji medycznej lub lekarzy z kursem w zakresie podstaw balneologii i medycyny fizykalnej. Miejsce Pracy: Kołobrzeg. Wszystkie osoby zainteresowane podjęciem współpracy prosimy o kontakt tel. 512-619-931 lub złożenie CV na adres e-mail: w.kowela@uzdrowisko.kolobrzeg.pl. Oferujemy zarobki na poziomie 20.000 zł miesięcznie. Możliwość zakwaterowania.

Ośrodek Medyczny „SAMARYTANIN” w Opolu poszukuje lekarza na dyżury na Oddziale Medycyny Paliatywnej. Szczegóły pod numerem: 606862318 lub mailowo: adm@samarytanin.opole.pl.

Miesięczny dochód gwarantowany umową w wysokości: 7.000€,- do 8.000,-€ dla lekarzy specjalizacji medycyny ogólnej, chorób wewnętrznych, dermatologii, psychoterapii i neurologii którzy chcą pracować samodzielnie w przygotowanych gabinetach w Pritzwalk, Brandenburgii, na terenie Niemiec około 150 km od polskiej granicy. Biurokracją i uzyskaniem prawa do wykonywania zawodu zajmuje się towarzystwo szpitalne, które również gwarantuje miesięczny dochód. Specyficzna znajomość języka niemieckiego wymagana do aprobaty. Osoby zainteresowane prosimy o kontakt przesyłając CV oraz dokumentację kwalifikacji zawodowych na adres RA Dr. Manfred Weber, Kölnerstr. 64-66, 50226 Frechen, Niemcy, lub Dr.Weber.stb.rae@t-online.de / tel.0049-02234- 955160

Rozwijająca się Przychodnia Stomatologiczna w Siedlcach (położona przy PKP) poszukuje lekarza dentysty, ortodonta i chirurga szczękowego. Istnieje możliwość zatrudnienia lekarzy z warunkowym prawem wykonywania zawodu pod nadzorem specjalisty II stopnia. Przyjęcia prywatne oraz NFZ. Kontakt mailowy biurom@vp.pl lub telefoniczny 604536287.

ZZOZ w Cieszynie PILNIE zatrudni Lekarza Kierującego Oddziałem Pediatrycznym oraz Lekarzy Specjalistów z Pediatrii, Rehabilitacji medycznej, Neurologii, Chorób płuc, Otolaryngologii, Endokrynologii (praca w poradni), Nefrologii, Chorób Wewnętrznych, Radiologii i diagnostyki obrazowej, Chorób Zakaźnych, Ginekologii i Położnictwa, Chirurgii Ogólnej, Okulistyki oraz / lub chcących się specjalizować w tych dziedzinach, oraz lekarzy różnych specjalizacji w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym i lekarzy ogólnych/rodzinnych do pracy w POZ – nocna i świąteczna opieka zdrowotna. Kontakt 33-8549200 lub sekretariat@szpitalslaski.pl

Ogólnopolska sieć przychodni zatrudni lekarzy rodzinnych, internistów oraz pediatrów. Poszukujemy lekarzy do placówek w Węgorzewie, Jastrzębiu-Zdroju, Zebrzydowicach, Brzegu, Jaworzynie Śląskiej, Radomsku, Zielonce. Forma zatrudnienia i warunki pracy do uzgodnienia. Kontakt: lucyna@grupapandamed.pl, tel. 573440453

OGŁOSZENIA DROBNE

Akredytacje i reakredytacje do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego (przygotowanie wniosku i doradztwo) oraz rozliczanie rezydenta (SIR/SMK) - www.medutools.pl, + 48 603 187 718

DO WYNAJĘCIA – KLINIKA 100 M2 608-204-600 WARSZAWA

5 GABINETÓW DO WYNAJĘCIA – 608 204 600 MICHAŁOWICE

Sprzedam gabinety stomatologiczne z lokalami w Warszawie i Ząbkach. Tel 601226758.

Wynajmę przychodnię stomatologiczną trzystanowiskową w Sandomierzu.Tel.532 453 450

Sprzedam 100% udziałów NZOZ. Kontrakt NFZ. Małopolska

Wynajmę gabinet lekarski blisko metra Ursynów tel:660687512

UWAGA: Uprzejmie informujemy, że ogłoszenia do „Gazety Lekarskiej” przyjmujemy pod numerem telefonu: 698 297 739. Ostateczny termin przysyłania zamówień do numeru 07-08/2024 upływa 16.06.2024. Warunkiem zamieszczenia ogłoszenia jest dołączenie do zamówienia dowodu wpłaty.

Cennik ogłoszeniowy: Zatrudnię lekarza, drobne: 23 PLN za słowo + VAT 23%. Wyróżnione: 29 PLN za słowo + VAT 23%.

Konto Nr IBAN: PL 47 1240 1109 1111 0000 0516 2660. Wpłaty dokonane na inne konto niż podane nie będą uwzględniane. Bez dołączonego dowodu wpłaty zamówienie nie będzie zakwalifikowane do druku. Przyjmujemy także ogłoszenia przesyłane drogą elektroniczną: ogloszenia@gazetalekarska.pl

