

GAZETA LEKARSKA

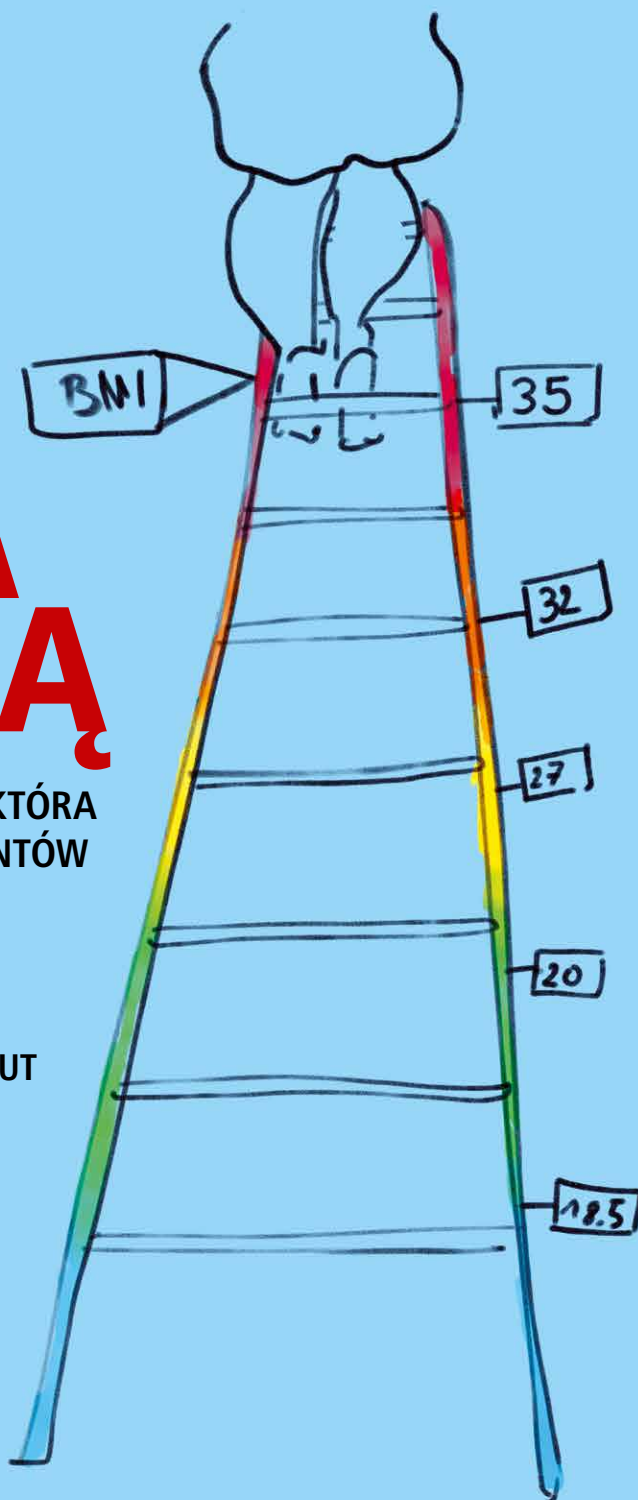
WYDANIE SPECJALNE

PISMO IZB
LEKARSKICH

POZA SKALĄ

OTYŁOŚĆ – CHOROBA, KTÓRA
ZJADA ZDROWIE PACJENTÓW
I PRZECIĄŻA SYSTEM

- DIETY NIE WYSTARCZĄ
- DZIECI TYJĄ SZYBCIEJ
- AMPUTACJA CO 95 MINUT



SAMORZĄD

BEZPIECZEŃSTWO LEKARZY
JEST NA PIERWSZYM
MIEJSCU – ROZMOWA
Z ŁUKASZEM JANKOWSKIM,
PREZESEM NRL

ONKOLOGIA

SŁOWA MAJĄ ZNACZENIE:
JAK KOMUNIKOWAĆ
TRUDNĄ DIAGNOZĘ

PRAKTYKA LEKARSKA

NIECHCIANE CHOROBY
DZIECI SĄ CORAZ CZĘŚCIEJ
PORZUCANE W SZPITALACH

PRAWO I MEDYCYNA

WITAMINOWY BIZNES:
KURACJE BEZ WARTOŚCI
MEDYCZNEJ TO ZWYKŁE
OSZUSTWO

PODATKI I FINANSE

GODZINA NA KWARTAŁ
WYSTARCZY, CZYLI JAK
INWESTOWAĆ BEZ STRESU

Państwo musi chronić lekarzy

Bezpieczeństwo lekarzy – w ostatnich tygodniach fraza ta była powtarzana wielokrotnie przez dziennikarzy, polityków, ekspertów. Dyskutowało o tym także całe środowisko lekarskie. U podstaw dyskusji legło tragiczne wydarzenie – w gabinecie lekarskim w trakcie pracy został zamordowany nasz kolega dr Tomasz Solecki, ortopeda ze Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie. Trauma, jaką wywołała ta śmierć, dotknęła rodziny, krewnych i przyjaciół zamordowanego, w tym jego współpracowników. Dziś odczuwa ją także całe nasze środowisko, zadając sobie pytania, czy musiało do tego dojść, jak przeciwdziałać takim sytuacjom i jak postawić tamę coraz częstszej agresji dotykającej lekarzy?

Tragedia z Krakowa pokazała, że forsowany dotychczas przez samorząd lekarski, a pomijany przez polityków temat bezpieczeństwa osób świadczących medyczne wsparcie jest ważny, a zagrożenia są nie tylko teoretyczne, ale jak najbardziej realne. Dotyczy to nie tylko personelu medycznego w ramach funkcjonowania szpitalnych oddziałów ratunkowych, ale nas wszystkich.

Przerażenie budzi internetowy hejt, który wylewał się na naszą grupę zawodową w komentarzach pod artykułami opisującymi krakowską tragedię. Aż trudno uwierzyć, by autorami wielu z nich byli prawdziwi pacjenci. A jeśli tak rzeczywiście jest, to znak, że wieloletnie celowe działania polityków zmierzające do zantagonizowania lekarzy i pacjentów i przerzucenia na nas odpowiedzialności za niewydolność systemu ochrony zdrowia zbierają swoje żniwo.

Nie jesteśmy jednak bezradni. W ostatnich dniach rozmawiałem w sprawie konieczności zapewnienia nam fizycznego bezpieczeństwa nie tylko z Ministerstwem Zdrowia, ale również Rzecznikami Praw Pacjenta, Rzecznikiem Praw Obywatelskich, a także Rzeczniczką Praw Dziecka. W NIL rozmawialiśmy o istniejących procedurach i ich przestrzeganiu z przedstawicielami Komendy Głównej Policji. Opracowaliśmy plakat informacyjny, który wywieszony na oddziale czy w przychodni ma – informując o prawnych sankcjach – odstraszać potencjalnych agresorów

ŁUKASZ JANKOWSKI
PREZES NACZELNEJ RADY
LEKARSKIEJ



przed napaścią. Wiemy, że działające procedury i nieuchronność kary to pierwszy, ale być może najważniejszy krok do opanowania sytuacji.

Mówiąc o bezpieczeństwie lekarza, mam na myśli nie tylko bezpieczeństwo fizyczne, ale także prawne. Praca skoncentrowana na niesieniu pomocy drugiemu człowiekowi, ratowaniu go w sytuacjach trudnych, a czasem beznadziejnych, musi mieć odpowiednie, mocne wsparcie zagwarantowane przez państwo. Ratując ludzkie życie, lekarz powinien być skoncentrowany na pacjencie, mając świadomość, że prawo daje mu szczególną ochronę przed atakami. W świadomości społecznej musi funkcjonować silnie zakorzenione poczucie nieuchronnej odpowiedzialności za jakikolwiek akt agresji wymierzonej przeciwko lekarzowi, który wykonuje swój zawód. Z drugiej strony prawo powinno dać przedstawicielom naszego zawodu pewność ochrony także w innych przypadkach. Lekarze nie powinni się obawiać konsekwencji swoich trudnych decyzji, opartych na wiedzy medycznej i podejmowanych w celu ratowania człowieka, często w ograniczonym czasie. Służyć temu ma wdrożenie postulowanego przez nas systemu klauzuli wyższego dobra, którego przyjęcie w formule proponowanej i procedowanej przez NIL (Izba przedstawiła nawet własny projekt ustawy) pozytywnie wpłynęłoby na bezpieczeństwo tak samego lekarza, jak i pacjenta.

Dotychczasowe działania samorządu lekarskiego na rzecz poprawy bezpieczeństwa lekarzy zostały poparte przez przedstawicieli

Porozumienia Organizacji Lekarskich oraz samorządy innych zawodów medycznych. Poparcie wyraziło Sympozjum Izb Lekarskich Państw Europy Środkowej i Wschodniej (ZEVA), organizacje pacjenckie skupione w Radzie przy Ministrze Zdrowia, a także Rzecznik Praw Pacjenta. Według zleconych przez nas badań we współpracy z CBOS większość pacjentów popiera wprowadzenie klauzuli wyższego dobra. Na co więc czeka rząd?

Rozmowy przynoszą powolny, ale pozytywny efekt. To na skutek naszej interwencji w Ministerstwie Sprawiedliwości z systemu prokuratorskiego zniknęły specjalne wydziały zajmujące się sprawami błędów medycznych. Wdrażane już zmiany, takie jak rozkręcający się powoli fundusz kompensacyjny, mają na celu uproszczenie procedur i skupienie się na rozwiązywaniu problemów w ramach systemu ochrony zdrowia, zamiast wprowadzania aspektu karnego w przypadkach niezawinionych błędów medycznych. To wyraźne zbliżenie do prac nad nowymi regulacjami dotyczącymi wprowadzenia wspomnianej klauzuli wyższego dobra. Nie ustajemy w wysiłkach, by stało się to jak najszybciej.

Tragedia, która tak bardzo nas poruszyła i zjednoczyła, nie może pójść na marne. Postulowane zaś zmiany, o które walczymy i o których konieczności wdrożenia nieustannie przypominamy decydentom, mają sprawić by lekarz mógł bez obaw zająć się tym, co wynika z przysięgi Hipokratesa, zamiast drżeć o swoje bezpieczeństwo, fizyczne, społeczne i prawne.

- 3 Państwo musi chronić lekarzy
Łukasz Jankowski
- 5 Denerwujące kolejki
Klaudiusz Komor
- 6 Newsy z kraju i ze świata
- 8 Nie zmieni się nic
Piotr Kościelniak

TEMAT NUMERU

- 8 Tyjemy. System nie nadąza
Otyłość prowadzi do powikłań, które kosztują miliardy złotych rocznie. Lekarze ostrzegają.
- 11 Cicha pandemia: czwarta przyczyna przedwczesnych zgonów w Polsce
- 14 Nie każdy zaczyna od ruchu
- 14 Dieta to nie magia z Instagrama
- 16 Czas odchudzić system, nie pacjenta
- 18 Antymedycyna, czyli syndrom wspierania choroby
- 20 Psycholog: kluczowy partner w leczeniu
- 21 Nie wystarczy operacja, potrzebne jest zrozumienie

AKTUALNOŚCI

- 24 Potrzeby zdrowotne czy polityka. Reforma na zakręcie
Choć zmiany w szpitalach miały być odpowiedzią na realne wyzwania systemowe, ich los wciąż pozostaje niepewny.
- 26 Taniec wokół płac

WAŻNE SPRAWY

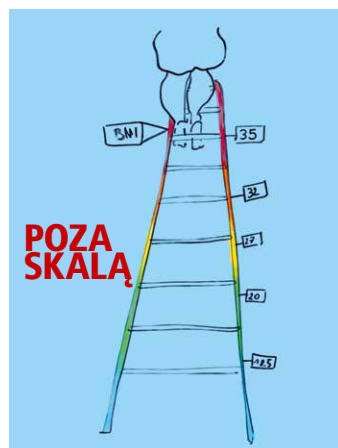
- 28 Nie tak powinien wyglądać dyżur lekarza
- 30 Bezpieczeństwo jest na pierwszym miejscu

PRAWO I MEDYCYNĄ

- 35 Witaminowy biznes, medyczna fikcja

PODATKI I FINANSY

- 36 Godzina na kwartał wystarczy. O inwestowaniu bez stresu
- 38 Fiskus już ma nie zaskakiwać zmianami



TEMAT NUMERU STRONY 8–22

Większość Polek i Polaków nie zdaje sobie sprawy, że otyłość trzeba leczyć. Każdego dnia z tego powodu umiera ok. 160 osób.

Wydanie specjalne „Gazety Lekarskiej” dociera do wszystkich lekarzy niezależnie od wyboru subskrypcji wersji elektronicznej.

- 38 Jawne ceny miały być też dla lekarzy

PRAKTYKA LEKARSKA

- 39 Bezkarność ośmiela
Paweł Barucha
- 40 Rodzinna szczoteczka to już przeszłość
- 42 Kiedy moda odbiera leki potrzebującym
Mariusz Politowicz
- 43 Niechciane
- 46 Dwanaście lekcji ze śmigłowca. Część pierwsza
Jakub Sieczko
- 48 Słowa mają znaczenie. O komunikacji diagnozy onkologicznej
- 51 Psychiatria przestała być czarną owcą medycyny
- 54 Odprawa może dawać skrzydła albo je podcinać
Anna Gołębicka
- 55 Chatbot cię wysłucha. Ale czy pomoże?

WYWIAD LEKAR(S)KI

- 58 Nie traktujmy przemocy jak normy

OŚRODEK KSZTAŁCENIA

- 64 Oswoić śmierć

SAMORZĄD ZAWODOWY

- 66 Odłożone na czas po wyborach
- 66 O tym się mówi/ Mówią o nas

PO GODZINACH

- 68 Fałszywe przebranie
Jarosław Wanecki
- 69 Japoński spokój, czyli jak błogo jest w Hakone
- 72 Błąd malarski – Na głucho
- 74 Przychodzi wena do lekarza
- 75 Szybko tam, gdzie wolno
- 76 Igrzyska jednak w Zakopanem
- 77 Radom inspiruje do zdjęć
- 78 Ogłoszenia
- 82 Jolka lekarska

JEDNYM GŁOSEM

Denerwujące kolejki

Frustracja spowodowana źle funkcjonującym systemem ochrony zdrowia jest przenoszona na lekarzy. System centralnej e-rejestracji pozwoli skrócić kolejki i ułatwi dostęp do specjalistów. Ale czy rozładuje również negatywne emocje?

Przy każdej tragedii, o której słyszymy, zawsze nasuwają się dwa pytania: dlaczego się wydarzyła i czy można było jej uniknąć? Podobnie wygląda sprawa brutalnego morderstwa naszego kolegi z Krakowa. W kwietniowym wydaniu „Gazety Lekarskiej” – jeszcze przed tymi wydarzeniami – pisaliśmy dużo o bezpieczeństwie lekarzy i pomysłach na jego poprawę.

Kluczowy wydaje się problem szacunku do zawodu lekarza w społeczeństwie. Gdy zaczynałem swoją przygodę z medycyną, również zdarzały się pyskówki i ataki słowne na lekarzy, ale przypadki ataków fizycznych były rzadkością. Tymczasem teraz co kilka dni słyszymy o fizycznych atakach na lekarzy – czy to na SOR-ach, czy to w szpitalach, czy w końcu w poradniach. Czyli to, co kiedyś w społeczeństwie było nie do pomyślenia – że można uderzyć lekarza, który próbuje nam pomóc – dzisiaj nie jest już takie jednoznaczne.

Co jakiś czas różne środowiska nieuznające wiedzy medycznej (np. antyszczepionkowcy) przeprowadzają ataki na nas. Również politycy, nie mając pomysłu na naprawę systemu ochrony zdrowia, próbują zrzucić odpowiedzialność za jego fatalny stan na lekarzy, „ich zarobki, pazerność czy brak chęci do pracy”! Trudno się dziwić agresji, kiedy w obecności kamer kandydat na prezydenta RP wkracza do szpitala i używa siły fizycznej wobec będącej w pracy lekarki, nie ponosząc oczywiście za to odpowiedzialności (przynajmniej jak dotąd).

Kiedy pytam zwykłych ludzi – nie tylko pacjentów – o to, co ich najbardziej denerwuje w systemie ochrony zdrowia, większość odpowiada, że kolejki do specjalistów. I rzeczywiście, do niektórych specjalności oczekuje się nawet ponad rok. A kiedy nadejdzie już termin wizyty, w poczekalni czeka ich kolejny szok – kolejka,

opóźnienie wizyty, czasem nawet jej przełożenie. To rzeczywiście może powodować frustrację. Oczywiście najmniej w tym wszystkim winny jest lekarz, ale to na nim skupia się i wyładowuje cały gniew pacjentów.

O kolejkach do specjalistów mówimy i my, i rządzący od wielu lat. Najnowszym sposobem na ich skrócenie ma być centralna e-rejestracja. W tej właśnie sprawie miałem okazję ostatnio uczestniczyć w spotkaniu w Ministerstwie Zdrowia. Obecnie program działa w formie pilotażu w prawie 200 podmiotach, głównie poradniach kardiologicznych. Podmioty, które zdecydowały się wejść do niego, otrzymują niewielkie gratyfikacje finansowe do każdej wizyty. Na wizytę pierwszorazową do poradni biorącej udział w pilotażu może zapisać się sam pacjent mający skierowanie przez swoje konto IKP, natomiast na wizyty kontrolne zapisuje już sam podmiot po zakończeniu porady. Pacjent otrzymuje dwukrotnie przypomnienie o zbliżającej się wizycie i jeśli wie, że nie będzie mógł się na niej zjawić, wystarczy, że odpowie na SMS przypominający. Nie musi się już kolejny raz logować na IKP. Zwolniona wizyta natychmiast wraca do puli i może być wykorzystana przez inną osobę oczekującą na termin.

KLAUDIUSZ KOMOR
WICEPREZES NACZELNEJ
RADY LEKARSKIEJ



Oczywiście, system rozróżnia skierowania pilne od planowych i nadaje pilnym odpowiedni priorytet. Jednak termin dla wizyty w trybie planowym nie może być odkładany w nieskończoność – to skierowanie również przesuwają się systematycznie na początek kolejki. Kiedy pojawia się wolny termin, system wysyła do pacjenta informację. Jeżeli nie pasuje on pacjentowi, ten odpisuje na SMS, trafia na to samo miejsce w kolejce, na którym był, a termin zostaje zaproponowany kolejnej osobie.

Wydaje się, że system jest prosty, przyjazny pacjentowi i sprawiedliwy. A czy jest skuteczny? Okazuje się, że dzięki niemu pojawiło się około 17 tys. wolnych terminów na wizyty w poradni kardiologicznej. Czyli działa!

Czy e-rejestracja rozwiąże problem kolejek? W całości na pewno nie, ponieważ nie przybędzie od tego specjalistów. Ale jeżeli kolejki skrócą się chociaż o 20 proc., to będzie to duży sukces. Tematem centralnej e-rejestracji (która według planu ma być obowiązkowa od 1 lipca 2026 r.) zajmiemy się dokładniej w kolejnym numerze „Gazety Lekarskiej”, do lektury której już dzisiaj serdecznie zapraszam. ●

NEWSY Z KRAJU I ZE ŚWIATA

SYLWIA WAMEJ, ADRIAN BOGUSKI, PIOTR KOŚCIELNIAK, MARIUSZ TOMCZAK

System do e-wyborów gotowy

Krajowa Komisja Wyborcza certyfikowała system informatyczny niezbędny do przeprowadzenia wyborów X kadencji. Oznacza to, że wybory do izb odbędą się w uzgodnionym terminie i zgodnie z regulaminem przyjętym przez Krajowy Zjazd Lekarzy. Wprowadzenie elektronicznego sposobu głosowania było jednym z głównych postulatów tej kadencji władz samorządowych.

– Krajowa Komisja Wyborcza przystąpiła do ostatniego sprawdzenia wersji systemu do głosowania elektronicznego, który ma zostać wykorzystany w wyborach X kadencji. W głosowaniu system uzyskał certyfikację – podkreślił dr n. med. Jacek Kotuła, przewodniczący Krajowej Komisji Wyborczej.

Głównym celem wdrożenia systemu elektronicznego jest uproszczenie procesu głosowania oraz zwiększenie frekwencji wyborczej wśród członków samorządu lekarskiego. W I turze wyborów będą obowiązywały również dotychczasowe metody głosowania: osobista i korespondencyjna.

Nowy dyrektor CMKP

Przewodniczący Zespołu ds. Polityki Lekowej i Farmakoterapii NIL prof. Krzysztof J. Filipiak został wybrany na stanowisko dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (CMKP). Pierwszy raz w procesie wyborów dyrektora wzięli udział przedstawiciele Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

– Kompetencje, doświadczenie oraz zaangażowanie w rozwój polityki zdrowotnej i farmakoterapii prof.



Fot.: FB/Krzysztof Filipiak

▲ **Prof. dr hab. n. med. Krzysztof J. Filipiak** jest specjalistą chorób wewnętrznych, kardiologii, hipertensjologii i farmakologii klinicznej

Filipiaka są gwarantem nowoczesnego podejścia do kształcenia przyszłych pokoleń pracowników ochrony zdrowia – skomentował wybór Łukasz Jankowski, prezes NRL.

Infolinia dla ratowników

Od 1 czerwca ratownicy medyczni oraz policjanci, funkcjonariusze Straży Granicznej i Służby Więziennej, a także ich rodziny będą mogli skorzystać z bezpłatnej pomocy psychologicznej. Ministerstwo Zdrowia ogłosiło uruchomienie specjalnej infolinii z myślą o tych osobach, ponieważ każdego dnia narażone są na agresję, stres oraz traumatyczne doświadczenia. Przez osiem godzin będzie dyżurować przy telefonie psycholog, którego zapewni Fundacja Itaka. To jeden ze efektów podpisania przez prezydenta Andrzeja Dudę nowelizacji ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, która zakłada m.in. obowiązkowe wsparcie psychologiczne dla członków zespołów ratownictwa medycznego.

17 leków do szybkiej refundacji

Ministerstwo Zdrowia zaprezentowało listę leków onkologicznych o ugruntowanej skuteczności, składającej się z 17 substancji czynnych. Wśród tych substancji są cztery leki wykorzystywane w dostępie aptecznym oraz 13 substancji czynnych stosowanych w chemioterapii. Można je stosować w terapii m.in. białaczki, raka piersi, płuc, jelita grubego, a także w leczeniu powikłań nowotworowych. Resort zdrowia szacuje, że łączna kwota ich refundacji wyniesie 134,78 mln zł.

Pierwszą listę leków o ugruntowanej skuteczności przedstawiono w październiku ubiegłego roku. Dotyczyła ona leków kardiologicznych. W drugiej połowie tego roku mają zostać opracowane kolejne listy. Pierwsza z nich obejmie leki ginekologiczne i endokrynologiczne, a kolejna gastroenterologiczne.

Bezpieczeństwo dzieci

Naczelna Izba Lekarska była gospodarzem spotkania z Państwową Komisją do spraw Przeciwdziałania Wykorzystaniu Seksualnemu Małoletnich Poniżej 15 Lat (PKDP). Spotkanie poświęcone było ochronie dzieci przed przemocą seksualną. Głównym celem inicjatywy jest włączenie treści dotyczących rozpoznawania i przeciwdziałania przemocy seksualnej wobec dzieci do podstaw programowych kształcenia na kierunkach medycznych.

– Zainteresowanie społeczne wokół tematu, który wcześniej nie istniał i dotyczył spraw trudnych

światopoglądowo, jest bardzo duże. Przerazające statystyki dotyczące molestowania seksualnego nieletnich pozwalają nam stwierdzić, iż niemalże co czwarte dziecko pojawiające się w gabinecie lekarskim czy na badaniach diagnostycznych mogło być ofiarą nadużyć na tym tle – podkreślił wiceprezes NRL Klaudiusz Komor.

Przeciw pseudomedycynie

Wzbierająca fala pseudomedycznych praktyk i szarlatanerii, która coraz częściej zagraża zdrowiu, a nawet życiu pacjentów, była tematem spotkania prasowego w siedzibie NIL. Głównymi prelegentami byli: Bartłomiej Chmielowiec, Rzecznik Praw Pacjenta, i Łukasz Jankowski, prezes NRL.

– Jesteśmy tu, by pokazać, że łączymy siły. Mamy już pewne doświadczenia z lekarzami, którzy są pociągani do odpowiedzialności dyscyplinarnej, tłumacząc się, że metody przez nich stosowane były zweryfikowane, ale gdzieś w Chinach, a oni sami nie zrobili nic złego. Podkreślali, że rady dawane pacjentom były komplementarne i nie odводzili od zwykłego leczenia. Powołują tysiące świadków po to, aby przedłużać zwykle proces, który toczy się przed sądem lekarskim. W związku z tym można uznać, że tą samą drogą dzisiaj będą szli szarlatani. Potrzebujemy szybkich działań i ochrony pacjentów, dlatego jednoczymy siłę i doświadczenie w tym procesie – mówił szef samorządu lekarskiego.

NIL i ZUS ws. orzecznictwa lekarskiego

Naczelna Izba Lekarska oraz Zakład Ubezpieczeń Społecznych będą współpracować w zakresie przyznawania certyfikatów potwierdzających umiejętności zawodowe lekarzy w dziedzinie orzecznictwa lekarskiego. NIL ma zorganizować cykl szkoleń certyfikujących, podczas których wykładowcy – eksperci ZUS – będą prowadzić

zajęcia dydaktyczne. Współpraca ma obejmować również certyfikowanie przez NIL umiejętności zawodowych lekarzy w dziedzinie orzecznictwa lekarskiego po zakończeniu szkolenia oraz spełnieniu przez nich określonych kryteriów kwalifikacyjnych.

Pandemiczne porozumienie WHO

Po trzech latach negocjacji Światowa Organizacja Zdrowia przyjęła procedury na wypadek przyszłych pandemii. Porozumienie ma zapobiegać skutkom braku koordynacji, które doprowadziły do dramatycznie wysokiej śmiertelności podczas pandemii COVID-19. Procedury zakładają wymianę informacji o próbkach wirusów i gwarancję dostępu do testów diagnostycznych i leków. Co ważne, do 20 proc. tych produktów ma być przekazywane WHO, by również biedniejsze państwa miały



▲ To zwycięstwo zdrowia publicznego i nauki – skomentował podpisanie traktatu dyrektor generalny WHO, dr Tedros Adhanom Ghebreyesus

do nich dostęp w sytuacji kryzysowej. Umowa została zaakceptowana przez 121 państw członkowskich WHO. Jedenaście krajów, w tym Polska, wstrzymało się od głosu.

Trump obniża ceny leków

Prezzydent Donald Trump podpisał rozporządzenie, które ma na celu radykalne obniżenie kosztów leków na receptę dostępnych

w Stanach Zjednoczonych. Ceny dla pacjentów mają spaść od 30 do nawet 80 proc. Rozporządzenie zakłada również reformę procesu zatwierdzania preparatów przez FDA i ułatwienia dla producentów leków generycznych i biopodobnych. Obecnie ceny leków na receptę są w USA zdecydowanie wyższe niż w innych krajach wysokorozwiniętych, czasem nawet trzykrotnie. Rocznie Amerykanie wydają na nie ok. 400 mld dolarów. Rozporządzenie może zmniejszyć tę kwotę o ok. 85 mld dolarów.

SZNUR od NFZ

Ułatwienie dostępu do leków i uproszczenie skomplikowanych procedur – to najważniejsze cele planowanej nowelizacji ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. Projekt – znano jako „szeroka nowelizacja ustawy refundacyjnej” – właśnie trafił do konsultacji społecznych i uzgodnień międzyresortowych. Był określany m.in. przez kierownictwo Ministerstwa Zdrowia jako SZNUR, ale ten niefortunny akronim prawdopodobnie odejdzie do lamusa. Wiceminister zdrowia Marek Kos przedstawił najważniejsze korzyści płynące z planowanej nowelizacji ustawy: system refundacyjny na funkcjonować lepiej, bo zostaną usunięte przepisy, które nie działają lub się nie sprawdziły; minister zdrowia zyska realny wpływ na kreowanie polityki refundacyjnej; skrócenie procedur refundacyjnych sprawi, że decyzje będą podejmowane szybciej i sprawniej; zwiększenie efektywności wykorzystania środków publicznych; większe zaangażowanie organizacji pacjenckich w procesy refundacyjne; usprawnienie negocjacji z firmami farmaceutycznymi; wprowadzenie nowych funkcjonalności informatycznych.

– Nowelizacja, którą przygotowaliśmy, to efekt krytyki poprzednich zmian z 2023 roku. To duża nowelizacja. Zawiera około stu zmian, z czego trzydzieści ma charakter deregulacyjny – powiedział Marek Kos. ●

Nie zmieni się nic

PIOTR KOŚCIELNIAK
REDAKTOR NACZELNY



Kiedy przygotowywaliśmy kwietniowe wydanie „Gazety Lekarskiej” poświęcone zagrożeniu lekarzy, pielęgniarów i ratowników hejtem i przemocą, wiedzieliśmy, że to temat niezwykle ważny. Ale nikt z nas nie przypuszczał, że wydarzenia przybiorą tak dramatyczny obrót i że stanie się to tak szybko.

Problemy finansowe NFZ, obniżenie składki zdrowotnej (a raczej próby jej obniżenia, bo prezydent Andrzej Duda na finiszu swojej drugiej kadencji ustawę zawetował), reforma szpitali, kolejki, wynagrodzenia – wszystko to zeszło na drugi plan w obliczu tragedii w Krakowie. Kwestia fizycznego bezpieczeństwa personelu medycznego nagle została dostrzeżona przez media, opinię publiczną i rządzących. Ministerstwo Zdrowia przychylniejszym okiem spojrzało na postulaty środowiska lekarskiego związane z ochroną przed hejtem i agresją. Padły obietnice.

Ale fizyczne bezpieczeństwo medyków musiało ustąpić kampanii prezydenckiej. To z jednej strony całkowicie zrozumiałe, ale obawiam się, że po wyborach ten temat już nie wróci z taką siłą, ponieważ pojawią się inne, ważniejsze (czytaj: polityczne) wyzwania. „Wiele musi się zmienić, by nie zmieniło się nic” – brzmi znany

cytat z księcia Lampedusy i diuka Palmy, Giuseppe Tomasiego. I właśnie w ten sposób rozumiem zapewnienia rządu, że do tematów związanych ze zdrowiem „wrócimy po wyborach”. Obym się mylił. Trzymam kciuki za powodzenie działań samorządu w tej sprawie.

Macie Państwo zresztą nadę mną przewagę: gdy trzymacie to wydanie „Gazety Lekarskiej” w dłoniach, wyniki chyba najważniejszych wyborów wolnej Polski są prawdopodobnie już znane. Cykl wydawniczy miesięcznika oznacza, że w chwili zamykania czerwcowego numeru dopiero czekaliśmy na debaty przed II turą. Nie możemy zatem skomentować programu nowego Prezydenta RP w obszarze dotyczącym zdrowia publicznego, finansowania systemu, wynagrodzeń, wysokości składki ani szczegółowo omówić jego poglądów na zapewnienie bezpieczeństwa lekarzy. Dlatego tym bardziej zachęcam Państwa do śledzenia profili „Gazety Lekarskiej” w mediach społecznościowych – na X i FB, a także do regularnego zaglądania na nasz portal gazetalekarska.pl, w którym pojawiają się najbardziej aktualne informacje. O pomysłach prezydenta na zdrowie też.



Otyłość to poważny problem zdrowotny w wielu państwach. Niestety, wciąż niedoceniany. Już ponad miliard osób na świecie zmaga się z tą chorobą, a eksperci alarmują, że mamy do czynienia z pandemią otyłości. Z danych Głównego Urzędu Statystycznego z 2019 r. wynika, że w Polsce występowała ona u 18,5 proc. osób powyżej 15. roku życia. To dane sprzed kilku lat, ale już wtedy eksperci byli przekonani, że Polacy będą dalej tyć.

Sieć NCD Risk Factor Collaboration oszacowała, że w roku bieżącym w Polsce otyłych będzie prawie 26 proc. kobiet i ponad 30 proc. mężczyzn w wieku 20 lat lub więcej. Czy miała rację, przekonamy się już niebawem. Tymczasem autorzy „World Obesity Atlas 2023” prognozują, że w 2035 r., czyli za mniej więcej dekadę, w naszym kraju tą chorobą naznaczonych zostanie ponad 35 proc. mężczyzn w wieku 20+ i ponad 25 proc. kobiet w tej grupie wiekowej.

MATKA INNYCH SCHORZEŃ

O tym, że otyłość – nieprzypadkowo określana jako matka innych schorzeń – jest jednym z głównych wyzwań polityki zdrowotnej w Polsce, mówi się od dawna. Wielu lekarzy zwraca uwagę, że prowadzi do rozwoju licznych chorób, zaburzeń i powikłań, rujnując zdrowie, obniżając jakość życia, a nierzadko także je skracając. Jednak ich apele to głos wołającego na puszczy, bo sytuacja chyba wymknęła się spod kontroli.

– Już w 2019 r. alarmowaliśmy w głośnym raporcie „Cukier, otyłość – konsekwencje. Przegląd literatury, szacunki dla Polski”, że w 2025 r. 28 proc. dorosłych osób będzie otyłych. Dziś wiemy, że ówczesne prognozy były niedoszacowane – mówi Paweł Florek, dyrektor Biura Komunikacji Społecznej i Promocji w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia.

W ostatnich latach NFZ jest mocno zaangażowany w monitorowanie zjawiska tycia Polek i Polaków. Od 2020 r. na mocy ministerialnego rozporządzenia

TEMAT NUMERU

Tyjemy. System nie nadąża

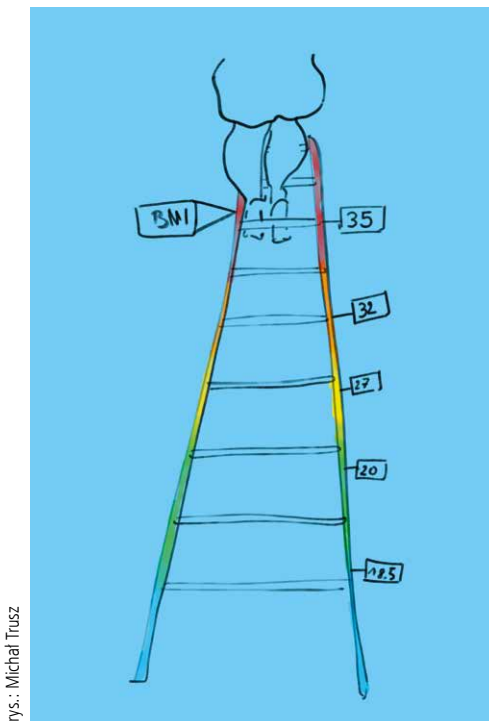
MARIUSZ TOMCZAK
DZIENNIKARZ

Otyłość prowadzi do powikłań, które kosztują miliardy złotych rocznie. Lekarze ostrzegają: bez zmiany podejścia problem będzie narastał. A za wielkimi liczbami kryje się cierpienie pacjentów.

placówki podstawowej opieki zdrowotnej są zobowiązane do przekazywania do Funduszu informacji o wzroście i masie ciała pacjentów. Na potrzebę egzekwowania tego obowiązku zwracała uwagę m.in. Najwyższa Izba Kontroli. – Jest to kluczowe z perspektywy zdrowia publicznego, bo te informacje dostarczają wiedzy o skali problemu nadwagi i otyłości w Polsce oraz mogą być podstawą do podejmowania działań systemowych w tym obszarze – podkreśla NFZ w komunikacie opublikowanym na stronie internetowej. A Paweł Florek dodaje, że chodzi też o większe zaangażowanie POZ w profilaktykę.

NA WSI GORZEJ NIŻ W NAJWIĘKSZYCH MIASTACH

Dzięki danym przekazywanym przez placówki POZ da się łatwo określić wskaźnik masy ciała, szerzej znany jako BMI (ang. Body Mass Index), znacznej liczby pacjentów w Polsce. – Mówimy o prostych do pozyskania informacjach, które służą do określenia BMI. To przydatne narzędzie do oceny ryzyka nadwagi i choroby otyłościowej u pacjentów. Gdy lekarz ma te dane, może skierować pacjenta na dodatkowe badania lub wydać zalecenia, jeśli wynik BMI wskazuje na problem zdrowotny – wyjaśnia lek. Tomasz Kołakowski z Departamentu



Świadczeń Opieki Zdrowotnej w Centrali NFZ.

Na szczegółowe opracowanie danych przekazanych do Funduszu przez placówki POZ trzeba jeszcze poczekać. Przygotuje je Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego

– Państwowy Zakład Higieny. Ale wstępne analizy są już gotowe. Znane są też pierwsze wnioski. Niektóre jeżdżą włosy na głowie:

- na otyłość choruje 28 proc. analizowanych pacjentów – 26 proc. kobiet i 31 proc. mężczyzn,
- średni wskaźnik BMI wynosi 27,5 – 26,9 u kobiet i 28,2 u mężczyzn,
- problem nasila się z wiekiem: nadwagę lub otyłość w grupie osób w wieku 18-64 lata ma 51 proc. kobiet i 70 proc. mężczyzn, a powyżej 65. roku życia 72 proc. kobiet i 78 proc. mężczyzn,
- 66 proc. mieszkańców terenów wiejskich i 57 proc. mieszkańców miast powyżej 500 tys. ma nadwagę lub jest otyłych,
- odsetek osób bez nadwagi i otyłości w ogólnej populacji województw waha się w granicach 33-39 proc.

KILKA MILIARDÓW ZŁOTYCH

Na temat zdrowotnych konsekwencji otyłości powstaje coraz więcej opracowań. Wiele interesujących informacji na ten temat płynie z ubiegłorocznego raportu „Otyłość i jej konsekwencje” wydanego przez NFZ. Licząca 45 stron publikacja jest pełna liczb, wykresów i tabel. Zdaniem dr hab. Agnieszki Mastalerz-Migas, prof. UMW, konsultant

krajowej w dziedzinie medycyny rodzinnej, systemowe koszty opieki medycznej związane z chorobami współistniejącymi i powikłaniami otyłości nieustannie rosną w zakresie refundacji leczenia oraz kosztów hospitalizacji i udzielanych świadczeń.

– Lektura raportu skłania do refleksji, jak dużym kosztem systemowym jest zbyt późne leczenie otyłości lub całkowity brak leczenia jej jako choroby. Skupiamy się na leczeniu powikłań zarówno metabolicznych, jak i układu ruchu, a to generuje gigantyczne koszty dla systemu ochrony zdrowia. Raport NFZ powinien być przyczynkiem do przemyślenia strategii leczenia zaburzeń odżywiania skutkujących nadwagą i otyłością w polskim systemie ochrony zdrowia – podkreśla dr hab. Agnieszka Mastalerz-Migas.

W raporcie omówiono tylko niektóre jednostki chorobowe będące następstwami otyłości, ale nawet i to daje wiele do myślenia, ponieważ ich leczenie kosztuje kilka miliardów złotych rocznie. W 2023 r. wartość refundacji leczenia chorób będących głównymi konsekwencjami otyłości wśród osób dorosłych (cukrzyca typu 2, nadciśnienie tętnicze, dyslipidemia, zwyrodnienia kolan wymagające endoprotezoplastyki, bezdech senny, stłuszczenie wątroby) wyniosła 6,6 mld zł. Zakładając, że otyłość nie była jedynym powodem tych chorób, koszty leczenia są mniejsze – określono je na 3,8 mld zł, ale to też niemało. Zaznaczam, że to tylko część szacowanych wydatków związanych z tą chorobą.

STOPA CUKRZYCOWA

Niektóre fakty zaprezentowane w opracowaniu mogą zaszokować zarówno znaczną część opinii publicznej, jak i środowiska lekarskiego. Należą do nich m.in. te związane ze stopą cukrzycową – jednym z najpoważniejszych powikłań cukrzycy. Stopa cukrzycowa rozwija się w wyniku skomplikowanego procesu patologicznego, a nieleczona może prowadzić do amputacji kończyny. I niestety czasami właśnie tak się dzieje.

Z danych NFZ wynika, że w naszym kraju średnio co godzinę i 35 minut dokonuje się dużej amputacji kończyny dolnej u osoby z cukrzycą. Zabieg powoduje trwałe kalectwo i stanowi ogromny dramat dla pacjentów i ich bliskich. Tylko w 2023 r. odnotowano 5,5 tys. hospitalizacji u osób z cukrzycą z procedurą polegającą na dużej amputacji kończyny dolnej. Niestety, sytuacja w całej populacji

nie ulega poprawie. Optymizmem nie napawa też fakt, że liczba pacjentów wykupujących refundowane leki stosowane w leczeniu cukrzycy lub refundowane paski do oznaczania poziomu glukozy we krwi rośnie średnio o 110 tys. rocznie.

NADCIŚNIENIE, KAMICA, BEZDECH SENNY, DYSLIPIDEMIA

Chorując na otyłość, trzeba liczyć się m.in. z podwyższonym ryzykiem zachorowania na nadciśnienie tętnicze, np. z badań Swedish Obesity Study wynika, że występuje ono u 44-51 proc. otyłych. Jeśli weźmie się pod uwagę rozpoznania główne nadciśnienia tętniczego (określone za pomocą kodów według klasyfikacji ICD-10: I10-I13, I15), to w latach 2014-2023 liczba pacjentów, którym udzielono świadczeń, wahała się między 5,3 mln i 6,9 mln – najmniej było w pandemicznym 2020 r. Gros miało udzielone świadczenie z powodu

Z danych NFZ wynika, że w naszym kraju średnio co godzinę i 35 minut dokonuje się dużej amputacji kończyny dolnej u osoby z cukrzycą

nadciśnienia w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, mimowolnie przyczyniając się do wydłużenia i tak już niemałych kolejek.

Wśród chorób związanych ze wzrostem wskaźnika BMI jest m.in. kamica żółciowa. Z danych NFZ wynika, że w 2023 r. dorosłym pacjentom udzielono łącznie 269 tys. świadczeń z rozpoznaniem głównym choroby woreczka żółciowego (kody K80, K81, K82, K83: kamica żółciowa, zapalenie pęcherzyka żółciowego, inne choroby pęcherzyka żółciowego oraz inne choroby dróg żółciowych) – to wzrost o 3,4 proc. w porównaniu do 2014 r. W tym okresie liczba hospitalizacji wzrosła z 131,5 tys. do 133,8 tys. W 2023 r. wartość refundacji świadczeń wyniosła 922,4 mln zł. W latach 2014-2023 liczba dni absencji chorobowej z powodu chorób pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych wzrosła z 1,24 mln do 1,38 mln.

Wiele osób z bezdechem sennym ma nadmierną masę ciała. Są badania, z których wynika, że aż 70 proc. pacjentów z bezdechem sennym choruje także na otyłość. Nie powinno to dziwić, ponieważ nadmierna masa ciała negatywnie wpływa na wydolność oddechową. Z danych NFZ wynika, że liczba dorosłych pacjentów, którym udzielono świadczenia w związku z rozpoznaniem zakodowanym jako G47.3 (bezdech senny) w ostatnich latach rośnie, pomijając okres pandemii COVID-19, gdy dostęp do opieki zdrowotnej był ograniczony – o ile w 2014 r. wynosiła ok. 25,4 tys. osób, to w 2023 r. wzrosła do 68,9 tys. Systematycznie rośnie też liczba hospitalizacji z tego powodu (32,4 tys. w 2023 r.). „Wartość refundacji świadczeń wzrosła ponad czterokrotnie na przestrzeni lat 2014-2023, osiągając w ostatnim roku podanego okresu 81,2 mln zł” – podkreślono w raporcie.

Sporo osób otyłych cierpi też na dyslipidemię, będącą – mówiąc w największym skrócie – zaburzeniem równowagi gospodarki lipidowej. Może ona stanowić przyczynę schorzeń sercowo-naczyniowych. W latach 2014-2023 liczba pacjentów dorosłych, którym udzielono świadczeń z powodu dyslipidemii (kod E78: zaburzenia metabolizmu lipoprotein i inne lipidemii) zwiększyła się z 1,08 mln do 1,25 mln, co stanowi wzrost o 15,35 proc., a liczba hospitalizacji z rozpoznaniem głównym dyslipidemii wzrosła o 7,2 proc. W 2023 r. kwota refundacji świadczeń w tym obszarze osiągnęła wartość 72,6 mln zł.

Nie ulega wątpliwości, że wzrost liczby pacjentów z nadmierną masą ciała i ich leczenie stanowi coraz większe obciążenie dla systemu opieki zdrowotnej i finansującego je społeczeństwa. Nowe możliwości w zakresie leczenia daje m.in. chirurgia bariatryczna. Z danych NFZ wynika, że w 2023 r. zabiegowi operacyjnego zmniejszenia objętości żołądka poddano 6,5 tys. pacjentów. Badania naukowe potwierdzają zaś, że po takim zabiegu zmniejsza się częstość występowania incydentów kardiologicznych, udarów czy nowotworów.

TEMAT NUMERU

Cicha pandemia: czwarta przyczyna przedwczesnych zgonów w Polsce

To absurd, że zajmujemy się głównie leczeniem skutków otyłości, zamiast zwalczać jej przyczyny – mówi **prof. Paweł Bogdański**, kierownik Katedry i Zakładu Leczenia Otyłości, Zaburzeń Metabolicznych i Dietetyki Klinicznej w Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu, były prezes Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości, w rozmowie z Mariuszem Tomczakiem.

Podobno otyłość zabija na świecie więcej osób niż głód.

To niestety prawda. Z powodu skali i częstości występowania tej choroby oraz licznych powikłań coraz więcej osób przedwcześnie umiera. Mamy do czynienia z pandemią otyłości.

W jaki sposób wpływa ona na długość życia?

U osób między 20. a 30. rokiem życia, które chorują na otyłość, oczekiwana utrata długości życia jest szacowana na 6-8 lat u mężczyzn i 8-10 u kobiet. Z badań międzynarodowych wynika, że otyłe dzieci będą żyły krócej niż ich rodzice. Jeśli sytuacja się nie zmieni i nie podejmiemy zdecydowanych działań, to do 2050 r. tylko z powodu choroby otyłościowej średnia długość życia w krajach należących do Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) ulegnie skróceniu o cztery lata. Szacuje się, że w latach 2019-2050 w krajach OECD nastąpi 92 mln zgonów związanych z tą chorobą i jej powikłaniami. Myślę, że te liczby są niedoszacowane, ale i tak pokazują wielki dramat.

Jak jest w Polsce?

W 2019 r. liczbę przedwczesnych zgonów z powodu choroby otyłościowej szacowano na mniej więcej 60 tys. rocznie...



foto: archiwum prywatne

...to mniej więcej tyle, ile wynosi liczba mieszkańców Leszna, Łomży, Pabianic lub Tarnowskich Gór. Każdego dnia w naszym kraju z powodu otyłości przedwcześnie umiera ok. 160 osób. To czwarta przyczyna przedwczesnych zgonów w naszym kraju. Już ok. 21 proc. Polek i Polaków zmagają się z otyłością, co oznacza, że codziennie rano ok. 9 mln osób budzi się z groźną chorobą

◀ *Ogromna większość ludzi nie rozumie, że otyłość zagraża życiu i zdrowiu i nie wolno zwlekać z pójściem do lekarza – mówi prof. Paweł Bogdański*

przewlekłą, często nie mając świadomości, że powoduje ona ogromne konsekwencje zdrowotne. Nie każdy ma taką świadomość na wczesnym etapie tej choroby. Z biegiem czasu te osoby ustawiają się w kolejkach do specjalistów z różnymi powikłaniami. To dramat naszego systemu ochrony zdrowia.

Jak mu przeciwdziałać?

Obecnie lekarze specjaliści coraz częściej zajmują się leczeniem skutków otyłości. To absurd, ponieważ przede wszystkim trzeba zająć się zwalczaniem przyczyn choroby. Jeśli chcemy doprowadzić do zmniejszenia kolejek do specjalistów, to bez zaopiekowania się pacjentami w odpowiedni sposób będziemy obserwowali ogromny wzrost liczby pacjentów z powikłaniami otyłości. Szacunki mówią, że w 2035 r. jedna trzecia polskiej populacji będzie chorowała na otyłość. Te prognozy są naprawdę zatrważające. Obawiam się, że za kilkanaście lat z sentymentem będziemy

spoglądać na obecną sytuację, choć jest ona już bardzo zła.

O tym, że będziemy mierzyć się z niewyobrażalnym tempem rozpowszechnienia otyłości, świadczy wzrost nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży. Pod tym względem jesteśmy niestety europejskim liderem – w Polsce dzieci tyją najszybciej na kontynencie, co będzie skutkowało dramatycznym wzrostem częstości występowania otyłości wśród dorosłych. Tymczasem część rodziców i dziadków myśli, że ich dzieci i wnuki kiedyś z tego wyrosną.

Jakie są największe wyzwania w społecznym postrzeganiu tej choroby?

Ogromna większość mieszkańców nie rozumie, że otyłość zagraża życiu i zdrowiu i nie wolno zwlekać z pójściem do lekarza. Najczęściej jest traktowana jako problem kosmetyczny i efekt zaniedbania, dlatego wiele osób bagatelizuje tę chorobę, np. żartując z zaokrąglonego brzuszka. Większość Polek i Polaków nie zdaje sobie sprawy, że otyłość trzeba leczyć. Mimo że na ten temat wiele mówimy w czasie konferencji naukowych, mimo że Polskie Towarzystwo Leczenia Otyłości prowadzi akcje zwiększające świadomość, a w mediach pojawia się coraz więcej alarmujących materiałów, sytuacja nie ulega poprawie.

Co jest właściwie przyczyną otyłości?

Obecnie definiujemy ją jako zaburzoną homeostazę energetyczną organizmu. To bardzo złożony proces regulowany m.in. przez ośrodek głodu, sytości i nagrody oraz wiele różnych procesów metabolicznych. To misterny mechanizm podlegający kontroli m.in. wielu hormonów w układzie nerwowym czy substancji pochodzących z jelita. Oczywiście, mówię to w wielkim uproszczeniu.

Jak ktoś nie choruje, to ten mechanizm funkcjonuje prawidłowo i w ogóle o nim nie myślimy – czasem zjemy trochę więcej, czasami trochę mniej, a nasza waga utrzymuje się na stałym poziomie. U niektórych osób dochodzi jednak do zaburzeń

w funkcjonowaniu homeostazy energetycznej i ośrodek głodu przestaje prawidłowo działać, np. wstajemy rano i czujemy się tak głodni, że nie potrafimy zahamować tego uczucia, bo jest to poza naszą kontrolą, albo nie odczuwamy sytości i zaczynamy jeść, i trudno nam skończyć. Zdarza się też, że układ nagrody zmusza nas, byśmy w taki sposób odreagowali.

Skąd to wynika?

Są różne przyczyny. Mamy jednak coraz więcej dowodów na to, że za powstawanie zaburzeń równowagi homeostazy w organizmie odpowiada m.in. żywność wysokoprzetworzona.

Większość Polek i Polaków
nie zdaje sobie sprawy, że otyłość
trzeba leczyć. Każdego dnia z tego powodu
umiera ok. 160 osób

Ale nie bez znaczenia są inne czynniki, np. przebudźcowany świat. Liczba sygnałów i informacji docierających do naszego mózgu jest ogromna, obecnie jednego dnia dociera ich do nas tyle, ile kilkadziesiąt lat temu dotarłoby w ciągu miesiąca. Tym bodźcom często towarzyszy stres czy lęk, co wpływa m.in. na centralny układ nerwowy.

Ważne są także predyspozycje – czynniki genetyczne i epigenetyczne, czyli takie, które dziedziczymy po rodzicach, ale nie poprzez geny. Popełniane są błędy w okresie wczesnodziecięcym, często nieuświadomione, w okresie tysiąca dni programowania metabolicznego. Oczywiście ważna jest niewystarczająca ilość ruchu i za duża ilość jedzenia – ultraprzetworzona żywność przyczynia się do regulowania niezwykle subtelnego mechanizmu równowagi homeostatycznej.

Chcę jednak wyraźnie podkreślić, że otyłość nie jest winą

pacjenta. To, że mając zaburzoną równowagę homeostazy organizmu, pacjent zjada zdecydowanie za dużo, nie jest przyczyną, lecz objawem choroby. To nie jest świadomy wybór pacjenta. Przyczyną jest to, że ośrodki regulacyjne przestały działać we właściwy sposób.

W debacie publicznej coraz częściej zwraca się uwagę na to, co trafia na nasze talerze.

I bardzo dobrze, bo to ważna kwestia. Ale to nie tak, że mamy do czynienia z pandemią otyłości, bo nagle wszyscy zaczęli więcej jeść i przestali się ruszać. Dzisiejsza nauka jednoznacznie wskazuje, że problem występuje w sferze endogennej. Otyłość to niezwykle podstępna choroba dewastująca zdrowie i skracająca życie, która prowadzi do rozwoju ponad 200 potencjalnych chorób, zaburzeń i powikłań. Nie ma żadnej innej choroby o tak dużej liczbie skutków dla naszego organizmu.

Które są najgroźniejsze?

U kobiet ze wskaźnikiem BMI powyżej 35 otyłość zwiększa 90-krotnie częstotliwość wystąpienia cukrzycy typu 2. To wzrost aż o 9 tys. procent. Zdecydowana większość pacjentów z cukrzycą typu 2 choruje na nią, ponieważ chorują na otyłość. Cukrzyca typu 2 jest właściwie klasycznym powikłaniem choroby otyłościowej.

Każdego dnia 11 mln Polek i Polaków wstaje z łóżka z podwyższonym ciśnieniem tętniczym. Szacuje się, że ponad połowa takich przypadków jest związana z otyłością. Prowadzi to do przedwczesnego starzenia się układu sercowo-naczyniowego i sprzyja rozwojowi długiej listy chorób, np. przyspiesza miażdżycę w naczyniach krwionośnych, co może skutkować udarem mózgu, zwiększa ryzyko zawału i niewydolności serca, migotania przedsionków oraz wystąpienia choroby żyłno-zakrzepowej. Warto pamiętać, że choroby układu sercowo-naczyniowego stanowią podstawową przyczynę przedwczesnych zgonów na świecie. W naszym kraju też.

► W Polsce dzieci tyją najszybciej na kontynencie, jesteśmy europejskim liderem

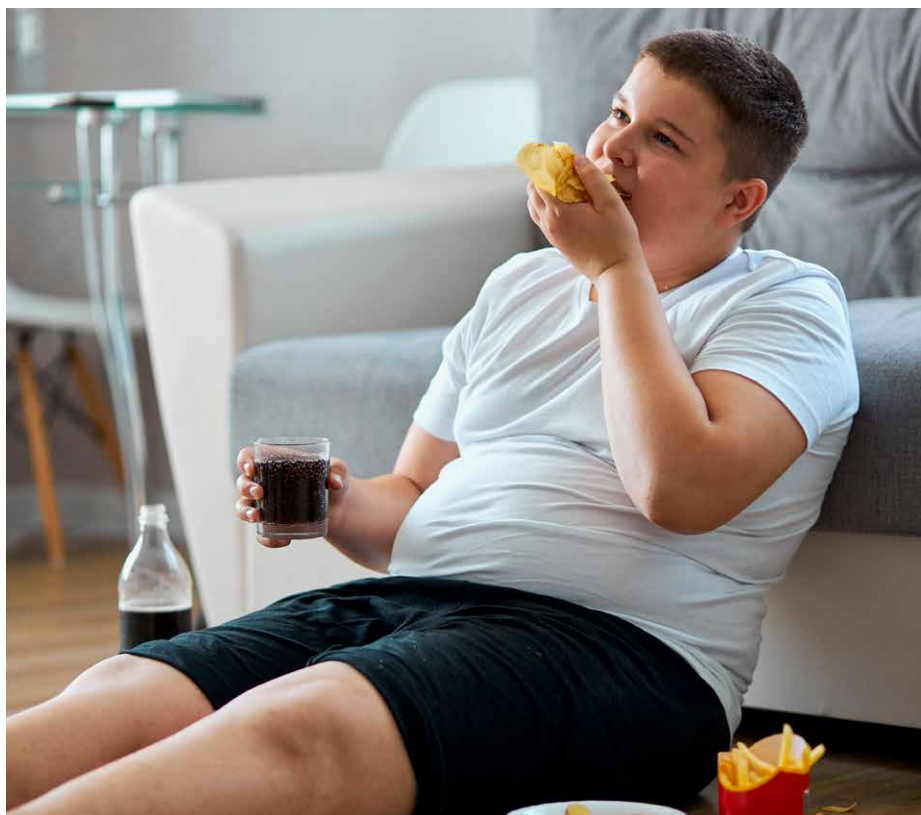
A nowotwory?

Otyłość zwiększa ryzyko wystąpienia kilkunastu typów nowotworów. To kolejne tsunami, bo choroba nowotworowa już teraz jest jedną z dwóch kluczowych przyczyn zgonów w naszym kraju. Szacuje się, że otyłość odpowiada za 40 proc. przypadków zachorowań na raka: przełyku, jajnika, piersi, trzonu macicy, prostaty, wątroby i nerki. Co gorsza, otyli pacjenci mają później wykrywane nowotwory z powodu ograniczeń anatomicznych i problemów diagnostycznych, które są związane z nadmierną masą ciała, oraz mają gorsze rokowania w powrocie do zdrowia.

Poza tym otyłość dramatycznie zwiększa ryzyko wystąpienia chorób zwyrodnieniowych stawów biodrowych i kolanowych oraz kręgosłupa, co powoduje dłuższe kolejki do ortopedów i wiąże się z większymi wydatkami związanymi z rehabilitacją i niepełnosprawnością. W Wielkiej Brytanii ponad 70 proc. wszystkich operacji wszczepienia endoprotez wykonywanych u kobiet to skutki choroby otyłościowej. Jakbyśmy prześledzili losy takich pacjentek – są one naznaczone bólem, cierpieniem, oczekiwaniem w kolejce do lekarzy, ostrykiwaniem kolan, czekaniem na wszczepienie endoprotezy i na rehabilitację – to łatwo zrozumieć, dlaczego należy zrobić wszystko co tylko możliwe, by walczyć z pandemią otyłości.

W jaki jeszcze sposób nadmierna masa ciała wpływa na nasze zdrowie?

Otyłość prowadzi do uszkodzenia nerek i wątroby, zwiększając ryzyko przewlekłej choroby nerek i stłuszczenia wątroby prowadzącego do zapalenia i marskości wątroby. Zwiększa też ryzyko wystąpienia depresji. Wcześniej czy później zmagają się z nią prawie 60 proc. pacjentów. Ponadto otyłość zwiększa ryzyko wystąpienia bezdechu sennego. Brytyjczycy oszacowali, że 10 proc. wypadków z nieznanymi przyczyn w ruchu drogowym to skutki



nierozpoznanego i nielezonego zespołu bezdechu w czasie snu, którego podstawową przyczyną jest właśnie otyłość.

Poza tym zwiększa ona ryzyko niepełności u kobiet i mężczyzn. A to oznacza, że przy obecnej sytuacji demograficznej w Polsce i pandemii otyłości można się spodziewać dalszego spadku urodzeń. Koszty społeczne tej choroby są ogromne.

A koszty ekonomiczne?

Leczenie osób chorujących na otyłość i ich hospitalizacja stanowi duży wydatek dla systemu ochrony zdrowia. Przypominam, że otyłość prowadzi do rozwoju ponad 200 różnych chorób, zaburzeń i powikłań, a to sporo kosztuje. Osoby chorujące na otyłość mają częstszą absencję w pracy, są mniej produktywne, częściej przechodzą na renty i szybciej odchodzą na emeryturę. Dziewczynki i chłopcy z otyłością mają też niższe szanse na uzyskanie wyższego wykształcenia niż ich

rówieśniczek i rówieśnicy z prawidłową masą ciała.

Gdyby Pan Profesor miał czarodziejską różdżkę i mógł zrobić jedną rzecz, aby ograniczyć występowanie chorób, które poświęcił Pan wiele lat swojej pracy, to co by to było?

Trudno wybrać jedną. Potrzeba wielu działań w różnych obszarach. Nie ulega jednak wątpliwości, że należy zrobić wszystko, by zatrzymać lawinowy wzrost zachorowań. Gdybym musiał ograniczyć się tylko do jednej kwestii, to skoncentrowałbym się na ultraprzetworzonej żywności.

Moim zdaniem należy m.in. powołać zespół niezależnych ekspertów, którzy bardzo szczegółowo przeanalizują jakość tego, co jemy, sprawdzą, w jaki sposób to wpływa na zdrowie Polek i Polaków, a następnie zarekomendują wprowadzenie odpowiednich zmian. Zmiana przepisów prawa jest konieczna. Bez tego nie zatrzymamy tej pandemii. ●

TEMAT NUMERU

Nie każdy zaczyna od ruchu

SYLWIA WAMEJ
DZIENNIKARKA

Nowoczesne leki stosowane w terapii osób z nadmierną masą ciała zwiększają skuteczność leczenia. Ich dobór powinien być jednak indywidualny, przemyślany i oparty na rzetelnej diagnostyce.

Jednym z filarów skutecznego leczenia otyłości pozostaje farmakoterapia – obok zmiany stylu życia, wsparcia psychologicznego oraz w wybranych przypadkach chirurgii bariatrycznej.

– Leczenie powinno opierać się na trzech podstawach: medycznej terapii żywieniowej, indywidualnie dobranej aktywności fizycznej, terapii behawioralnej oraz w uzasadnionych przypadkach farmakoterapii i chirurgii bariatrycznej – mówi prof. Lucyna Ostrowska, prezes Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości (PTLO). – Nowoczesne leki znacznie zwiększają skuteczność terapii i mogą doprowadzić do remisji chorób współistniejących. Nie istnieje jednak preparat, który samodzielnie „wyleczy” każdego pacjenta.

Dobór leku wymaga indywidualizacji – zależy od stopnia zaawansowania choroby, jej przyczyn, obecności powikłań, a także od skuteczności, przeciwwskazań i profilu bezpieczeństwa danej substancji.

CELEBRYCKA MODA

Podczas III Kongresu Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości prof. Lucyna Ostrowska apelowała, by leków na otyłość nie promowali celebryci.

– Ich stosowanie przez osoby bez wskazań medycznych może prowadzić do rozregulowania metabolizmu. To nie są preparaty odchudzające, ale leki stosowane w leczeniu konkretnej choroby. Leki te nie mogą być bezkarnie stosowane, kupowane w receptomatach, by schudnąć. Apeluję do celebrytów: nie reklamujcie ich – podkreślała.

DOSTĘPNE PREPARATY

Zgodnie z europejskimi wytycznymi z 2019 r. leczenie farmakologiczne można rozważyć u osób z BMI ≥ 30 kg/mkw. bez chorób

towarzyszących oraz przy BMI ≥ 27 kg/mkw. w przypadku współwystępowania chorób wynikających z otyłości. W polskich wytycznych farmakoterapię traktuje się jako dodatkową formę leczenia, zalecaną u pacjentów z BMI ≥ 30 kg/mkw. Dopuszczane jest także leczenie farmakologiczne pacjentów z BMI 27 kg/mkw. i współistnieniem ≥ 1 choroby związanej z otyłością, u których leczenie nefarmakologiczne nie pozwoliło na osiągnięcie redukcji masy ciała.

W Polsce stosuje się cztery preparaty:

- Orlistat – inhibitor lipaz przewodu pokarmowego, przyjmowany trzy razy dziennie w dawce 120 mg;
- Naltrekson + bupropion – lek łączony, działający przez pobudzanie neuronów anoreksygennych; terapia zgodnie z zaleceniami PTLO rozpoczyna się od jednej tabletki (8 mg/90 mg), a dawka zwiększana jest stopniowo co tydzień do maksymalnie czterech tabletek dziennie;
- Liraglutyd – analog GLP-1 zwiększający uczucie sytości, poprawiający kontrolę glikemii; leczenie zaczyna się od dawki 0,6 mg dziennie podskórnie, zwiększanej stopniowo do 3 mg;
- Tirzepatyd, który jest podwójnym agonistą receptora glukozozależnego peptydu insulinotropowego GIP oraz receptora glukagonopodobnego peptydu-1 (GLP-1), zmniejsza łaknienie i zwiększa uczucie sytości. Początkowa dawka wynosi 2,5 mg raz w tygodniu.

Farmakoterapia nie jest jednak odpowiednia dla wszystkich. PTLO nie zaleca jej stosowania u kobiet w ciąży, karmiących piersią oraz u osób z nadwrażliwością na składniki preparatu.

Choć farmakoterapia w przypadku choroby otyłościowej jest bardzo potrzebna, wyłączona jest z finansowania ze środków publicznych.

Jak lekarze, którzy diagnozują u pacjentów otyłość, powinni z nimi rozmawiać o dietach i zmianie stylu życia?

Lekarze w podstawowej opiece zdrowotnej nie mają przestrzeni na edukację żywieniową, ale też nie posiadają dostatecznej wiedzy, którą dostarczają pięcioletnie studia dietetyki. Myślę, że można zasugerować pacjentowi, by zaczął działać interdyscyplinarnie i wprowadzał nawyki dotyczące zmiany stylu życia, ale też skierować go do dietetyka klinicznego, który już indywidualnie będzie z nim pracować. Połączenie dietetyki, aktywności fizycznej, często i psychoterapii przynosi największe rezultaty długoterminowe i jest zmianą na stałe. To ogromna machina do pracy z pacjentem w gabinecie dietetycznym. Ważne, by była to wykwalifikowana osoba po studiach, a nie żaden coach po kursie, który może zrobić tylko krzywdę chorej osobie. Nie mogą to być także żadne rozmowy z chatem GPT czy inne gotowe rozwiązania. To nie pomoże, a jedynie zaszkodzi.

A jak lekarz może zmotywować pacjenta z otyłością?

Powinien mniej edukować na temat samego żywienia, a motywować do tego, by leczyć schorzenia współistniejące, które często blokują chudnięcie. To choroby tarczycy, insulinooporność, cukrzyca, zaburzenia hormonalne, jak zespół policystycznych jajników. Schorzeń jest bardzo dużo i trzeba poddać je leczeniu.

W ostatnim czasie wiele osób sięga po Ozempic, stosowany w leczeniu cukrzycy, mimo że go nie potrzebuje, myśląc, że to dobre rozwiązanie na odchudzanie. Leki typu Ozempic powodują, że pacjent przestaje jeść, bo nie ma apetytu. Często do dietetyków trafiają również osoby, które nie mają nadmiernego apetytu i nie jest to główną przyczyną ich choroby. A środki takie jak Ozempic jeszcze bardziej obniżają apetyt. Pacjent prawie przestaje jeść i spada mu masa mięśniowa. Pojawiają się rozmaite niedobory i wzrasta tkanka tłuszczowa.

TEMAT NUMERU

Dieta to nie magia z Instagrama

Pacjentom, którzy przez lata mieli złe nawyki, nie dbali o siebie i doprowadzili do wielu problemów zdrowotnych, potrzebny jest czas i dyscyplina – mówi doktor nauk o zdrowiu i dietetyk kliniczny **Hanna Stolińska** w rozmowie z Sylwią Warnej.

Sama mam takich pacjentów. Przy zażywaniu tego typu leków pacjent ma do czynienia z nauką jedzenia, wmuszania go w siebie, regularności odpowiednich posiłków oraz aktywności fizycznej, by pobudzać mięśnie do pracy.

Dostęp do dietetyków na NFZ jest bardzo ograniczony. Co mogą zrobić osoby z otyłością, których na prywatną wizytę nie stać?

W niektórych poradniach, m.in. diabetologicznych czy szpitalach, można skorzystać z pomocy dietetyka, lecz nie jest to kompleksowe podejście. Nie można wszystkiego przekazać w piętnaście minut, tak by odpowiedzialnie podejść do problemu.

Jak wygląda leczenie otyłości w gabinecie dietetycznym?

Z pacjentem przeprowadzany jest wywiad zdrowotny, żywieniowy oraz dotyczący stylu życia i jego elementów, jak sen, sport, suplementacja. Wykonywana jest analiza składu ciała i rozpisywane są indywidualne zalecenia. Pacjent prowadzi dziennik żywieniowy, widujemy się co 2-3 tygodnie, by rozwiązywać bieżące potrzeby.

Czy są jakieś uniwersalne wskazówki dotyczące jedzenia?

Warto podkreślać najważniejsze rzeczy, jak regularność jedzenia, odpowiednia liczba posiłków – cztery w ciągu dnia, zwiększenie ilości warzyw w diecie oraz zredukowanie ilości owoców. Trzeba też położyć nacisk na produkty białkowe, bo one dają uczucie sytości, podkrecają metabolizm i są wyznacznikiem tego, czy pojawia się masa mięśniowa. W jadłospisie osób z otyłością ważne jest chude mięso, chudy nabiał, jaja, rośliny strączkowe oraz ryby. Duży nacisk



foto: archiwum własne

◀ *Nasz mózg nie współpracuje z nami, on chce tylko dopaminy m.in. z dobrego jedzenia – podkreśla dietetyk kliniczny **Hanna Stolińska***

się, że 90 proc. pacjentów wraca do wagi wyjściowej lub waży więcej. Naturalne jest, że szukamy rozwiązań, które nas mogą zmotywować. Niestety, modne diety często budzą dużo irytacji i powodują zmęczenie. Gdyby te diety cud działały, wszyscy bylibyśmy piękni, młodzi i szczęśliwi. A tak nie jest. Najlepsza dieta to taka, którą pacjenci mogą stosować długo-terminowo. Dbanie o siebie jest naszym obowiązkiem, ale także przyjemnością. To nie może być kara.

Otyłość da się pokonać?

Jeśli pacjenci przez lata mieli złe nawyki, nie dbali o siebie i doprowadzili do wielu problemów zdrowotnych, trzeba dać sobie trochę czasu i przede wszystkim dyscypliny. Sama motywacja to za mało, bo ona się zmienia co pięć minut. Nasz mózg jest plastyczny i nie współpracuje z nami. On chce tylko dopaminy z m.in. dobrego jedzenia. Trzeba wprowadzić więc dyscyplinę. Warto też zmienić myślenie o dbaniu o swoje zdrowie. Karą dla pacjenta nie może być to, że nie zje frytek. Ma być mu przyjemnie, że sięgnie po pieczoną rybę z warzywami, kaszą czy brązowym ryżem, bo takie danie jest dobre dla jego ciała. W odchudzaniu jest dużo psychologii, ale także kwestii zmiany smaków, urozmaicenia diety, czy dbania o mikrobiom jelitowy – osoby z otyłością mają zaburzenia dysbiozy jelitowej. ●

powinien być położony na to, by osoba z chorobą otyłościową przestała jeść słodczyce i żywność przetworzoną, przygotowywała regularnie posiłki w domu i nie spożywała gotowych dań.

Wiele osób z nadmierną masą ciała korzysta z modnych diet. Jak tłumaczyć, że nie dadzą one upragnionego efektu?

Gdy patrzę na to, co reklamują celebryci i influencerzy, jestem przerażona tym, jak bardzo ludzie nie biorą odpowiedzialności za zdrowie, a czasem nawet życie drugiego człowieka. Pacjenci często szukają cieszących się popularnością diet, które mają dać efekt „wow”. Tyle że one nie zmieniają nawyków żywieniowych i nie spowodują długoterminowej utraty masy ciała. Często problemem nie jest samo schudnięcie, tylko utrzymanie później wagi. Okazuje

TEMAT NUMERU

Czas odchudzić system, nie pacjenta

Otyłość to nie wybór, to choroba, której nie widać w systemie ochrony zdrowia. Brakuje infrastruktury, refundacji i edukacji medycznej. Jeśli nic nie zmienimy, będziemy mieli falę powikłań, wykluczeń i zgonów – ostrzega dr n. med. **Agnieszka Gorgoń-Komor**, kardiolog i wiceprzewodnicząca senackiej Komisji Zdrowia, w rozmowie w Sylwią Wamej.

Jako senator i kardiolog jest Pani zaangażowana w działania dotyczące otyłości. Skąd to zaangażowanie?

Zajęłam się zgłębianiem tej tematyki głównie jako lekarz i przy okazji polityk. Wiele pacjentów zmagających się z chorobą otyłościową miało poczucie, że medycy ich nie rozumieją. Dostrzegłam, jak bardzo brakuje wiedzy i edukacji w tym zakresie – zarówno wśród lekarzy, jak i pacjentów. Otyłość była przez lata przezroczysta, nie zauważaliśmy jej jako realnego zagrożenia. Pacjenci słyszeli: „najpierw się odchudź, potem wróc na zabieg ortopedyczny”. W efekcie do operacji często nie dochodziło, a rokowania pacjenta się pogarszały. Choroba otyłościowa to schorzenie metaboliczne, które powoduje ponad 200 innych jednostek chorobowych. Wydajemy ogromne środki na leczenie jej powikłań, zamiast działać u źródła.

W maju 2024 r. w Senacie zaprezentowano wystawę „Nie oceniaj mnie! To nie moja wina! #ChorujęNaOtyłość”. Czy wpłynęła na sposób postrzegania choroby przez lekarzy i polityków?

Wystawa powstała we współpracy z Fundacją na rzecz Leczenia Otyłości. Przedstawialiśmy historie pacjentów i wysłuchiwalismy ich doświadczeń. W gabinecie często brakuje czasu na taką rozmowę. Ta inicjatywa pokazała, jak niska jest nasza świadomość otyłości. Zwróciłam się do Naczelnej Izby Lekarskiej z postulatem, by to właśnie środowisko medyczne zdobywało wiedzę i uczyło się, czym naprawdę jest ta choroba. Otyłość to nie tylko nadmiar kilogramów, ale także zaburzenia psychiczne, problemy z regulacją ośrodką sytości. Tkanka tłuszczowa to tkanka zapalna. Osobie ważącej 120 kg nie można po prostu powiedzieć: „idź na siłownię” – ona często nie da rady przejść nawet kilku kroków. Potrzebujemy kompleksowej edukacji, zmiany nawyków żywieniowych i skutecznej profilaktyki



fot.: archiwum prywatne

już od najmłodszych lat. Mamy 9 mln chorych, a leczy się tylko 1 proc. – to zatrważające dane.

Jakie działania podejmuje senacka Komisja Zdrowia na rzecz pacjentów z chorobą otyłościową?

Wspólnie z organizacjami pacjentów i Fundacją na rzecz Leczenia Otyłości powołaliśmy zespół przy Radzie ds. Zdrowia Publicznego. Składa się on z trzech podzespołów: ds. zmian systemowych, którego jestem przewodniczącą, ds. leczenia, kierowanego przez prof. Lucynę Ostrowską, która ma stały kontakt z pacjentami, oraz ds. profilaktyki i prewencji. Leczenie to część profilaktyki wtórnej. Jeśli nie podejmiemy tych działań, będziemy mieli do czynienia z rosnącą liczbą przedwczesnych zgonów, alienacją społeczną i rosnącą absencją zawodową. Z danych ZUS wynika, że tylko w pierwszym kwartale

◀ Jeśli nie zaczniemy leczyć otyłości, będą umierali coraz młodszy ludzie – uważa dr n. med. **Agnieszka Gorgoń-Komor**

2024 r. wystawiono 4586 zwolnień lekarskich z kodem E66 (otyłość), co przełożyło się na ponad 75 tys. dni absencji. Wierzę, że leki na otyłość stanowią i będą refundowane. To jeden z naszych celów.

Co dalej z programem KOS-BAR? KOS-BAR to program kompleksowej opieki nad pacjentami z otyłością olbrzymią, kwalifikowanymi do leczenia chirurgicznego. Pilotaż został zakończony – teraz analizujemy dane i walczymy o wpisanie operacji bariatrycznych do koszyka świadczeń gwarantowanych. Chcemy, by były dostępne dla pacjentów, bo znacząco poprawiają rokowania, a osobom z otyłością olbrzymią jest po prostu łatwiej. Współpracujemy również z Komisją SANT ds. Zdrowia przy Parlamencie Europejskim. Moim celem jest zdjęcie z otyłości etykiety wstydu i uczynienie z niej choroby, którą traktujemy poważnie – jak każdą inną.

Jakie największe wyzwania widzi Pani dziś w leczeniu otyłości w Polsce?

Brakuje infrastruktury. Nie mamy karettek bariatrycznych – pacjentów z pomocą transportuje ochotnicza straż pożarna. Brakuje łóżek dla osób ważących powyżej 140 kg, brakuje odpowiednio wyposażonych bloków operacyjnych. To poważne braki, które nie przystają do skali problemu. Musimy zacząć mówić o tym głośno i działać – systemowo i z empatią. ●

TEMAT NUMERU

Antymedycyna, czyli syndrom wspierania choroby

MAREK KRZYSTANEK

PROF. DR HAB. N. MED. I N. O ZDROWIU*

Zalecenia farmakologiczne i pozafarmakologiczne są integralnymi elementami całości procesu leczenia. Stosowanie się tylko do jednych, bez uwzględnienia drugich, zmniejsza możliwości, jakie daje współczesna medycyna.

Wodzyskaniu zdrowia kluczową rolę odgrywa leczenie farmakologiczne. Leki służą jednak przede wszystkim do odzyskania zdrowia, czyli zdolności do samoregulacji organizmu, a nie do jego utrzymania. Utrzymanie zdrowia zależy nie od lekarza, ale od pacjenta. W tym aspekcie rola lekarza zaczyna się i kończy na edukacji medycznej i przekazywaniu zaleceń pozafarmakologicznych, które zrealizować może już tylko pacjent.

OTOCZENIE MA ZNACZENIE

Zalecenia pozafarmakologiczne są podstawą prozdrowotnych zaleceń odnoszących się do zdrowego stylu życia. Jak wykazały badania Marca Lalonde'a, styl życia determinuje stan zdrowia człowieka pięć razy bardziej niż organizacja i poziom opieki medycznej. Uzasadnia to prowadzenie edukacji medycznej dotyczącej medycznie zdrowego stylu życia – inwestycja czasu lekarza w tę edukację może przynieść większy wpływ na zdrowie pacjentów niż same zalecenia farmakologiczne.

Medycznie zdrowy styl życia jest w istocie realizacją najbardziej pożądanej i zalecanej formy medycyny, czyli medycyny profilaktycznej, jako uzupełnienia obecnej medycyny reparacyjnej, medycyny redukcji szkód i medycyny wczesnej interwencji.

Przestrzeganie zaleceń farmakologicznych i pozafarmakologicznych jest odpowiedzialnością dorosłego pacjenta, a na adherencję terapeutyczną może mieć wpływ wiele czynników: od osobowości

Każdy lekarz wielokrotnie obserwował u swoich pacjentów elementy syndromu wspierania choroby; pora wnieść to do świadomości świata medycznego

chorego, jego wczesnodziecięcych i kulturowych uwarunkowań podstaw zdrowotnych, do farmakoekonomiki i organizacji systemu opieki służby zdrowia, obejmującej nowoczesne formy monitorowania i wspierania stosowania się pacjenta do zaleceń. Bardzo ważnym aspektem adherencji terapeutycznej jest postawa otoczenia i mobilizowanie pacjenta przez jego znajomych i bliskich do regularnego zażywania leków i przestrzegania systematycznych wysiłków związanych z zaleceniami pozafarmakologicznymi, na co dzień określanymi zdrowym

stylem życia. Stwierdzenia te wydają się banalne, jednak jak twierdził już Spinoza, gdyby to było takie proste, już dawno zostałyby zrealizowane.

W odniesieniu do ważnej roli otoczenia chorego w odzyskaniu i utrzymaniu zdrowia, w medycynie somatycznej obserwuję nienazwane dotychczas zjawisko przypominające opisany w uzależnieniach chemicznych i behawioralnych syndrom współuzależnienia. Jednym z elementów tego złożonego zjawiska jest system zachowań osób z bezpośredniego otoczenia chorego, najczęściej rodziny. Zamiast sprzyjać trzeźwości i zachowaniu abstynencji, są one wyrazem akceptowania choroby pacjenta i wręcz przeciwnie – podtrzymują i utrwalają jego chorobę.

WSPÓLUZALEŻNIENIE

Zjawisko przypominające cechy współuzależnienia, w medycynie somatycznej określane jako syndrom wspierania choroby – i w tym ujęciu zespół współuzależnienia – byłoby jednym z jego rodzajów. Syndrom wspierania choroby polega na zaadaptowaniu się (przyzwyczajeniu się) otoczenia do choroby somatycznej pacjenta,

► Rodzina i osoby z bliskiego otoczenia nie mogą akceptować tego, że w domu osoby chorej z cukrzycą typu 2 kupowane są słodycze

niereagowaniu na objawy oraz na lekceważeniu istniejących czynników ryzyka nasilania się i/lub utrwalania się objawów.

Podobnie jak we współzależnieniu rodzina może wypierać problem chorego (czyli myśleć, że już go nie ma, pomimo że nic się w stanie pacjenta nie zmieniło), wierzyć w jego zapewnienia, że dobrze się czuje, że zmienił swój tryb życia albo dietę. Otoczenie chorego może chcieć wierzyć w zapewnienia i obietnice, wytwarzając dla siebie i dla osób spoza rodziny fałszywy obraz i przekonania na temat stanu chorego, które usprawiedliwiają brak reagowania i podejmowania przez nich działań.

Podobnie jak w zespole współzależnienia w syndromie wspierania choroby rodzina może ukrywać lub minimalizować problem przed otoczeniem, ograniczając liczbę kontaktów chorego z osobami spoza rodziny i przedstawiając jego problem w sposób zdawkowy lub uspokajający. W syndromie wspierania choroby między chorym i rodziną może dochodzić do konfliktów oddalających emocjonalnie jej członków od chorego i powodujących stałe napięcie w relacjach, z powodu którego w rozmowach nie porusza się tematu choroby. On jednak stale istnieje i powoduje niepewność, lęk, dezorganizację i zakłócenie życia rodziny. Wreszcie może dochodzić do stopniowego wyłączenia chorego z życia rodziny i przejmowania jego dotychczasowych ról i obowiązków. Rodzina może przestać mieć w stosunku do niego oczekiwania oraz pretensje i zacząć traktować go z litością, pobłażliwie i opiekuńczo. Może to skutkować wyłączeniem chorego z rodziny i traktowaniem go, jakby go w niej nie było.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ CHOREGO

Istotą syndromu wspierania choroby jest branie odpowiedzialności za chorobę członka rodziny, na której leczenie ma wpływ jedynie sam chory. Akcją prawną i medycznym jest wyłączna odpowiedzialność dorosłego człowieka za swoje zdrowie, dlatego rodzina pacjenta nie jest odpowiedzialna za skuteczność leczenia choroby



foto.: Shutterstock.com

somatycznej i nie może obwiniać siebie albo być obwiniana za decyzje osoby chorej. Z drugiej strony rodzina i otoczenie chorego musi mieć świadomość, że brak reakcji na nieprzestrzeganie zaleceń farmakologicznych i pozafarmakologicznych oraz na obecność czynników ryzyka nasilenia i utrwalenia choroby somatycznej w otoczeniu i życiu chorego nie służy choremu, tylko mu szkodzi.

W syndromie wspierania choroby rodzina lub bliskie otoczenie bierze odpowiedzialność za chorobę pacjenta, mając w stosunku do świata zewnętrznego poczucie winy za jego chorobę.

Z kolei w prozdrowotnym ujęciu rodzina powinna uświadomić sobie, że chory jest odpowiedzialny za swoje zdrowie, i wymagać od niego przestrzegania zaleceń farmakologicznych i pozafarmakologicznych. Rodzina i osoby z bliskiego otoczenia nie mogą akceptować tego, że w domu osoby chorej na chorobę niedokrwinną serca na stole leżą papierosy, a na balkonie stoi popielniczka, chory z cukrzycą typu 2 kupuje (albo są mu kupowane) słodycze, a osoba otyła (dziś: z chorobą otyłościową)

spędza całe popołudnia przed telewizorem, jedząc przekąski.

Nie oznacza to również, że osoba chora może oczekiwać od otoczenia, że skoro ona jest chora, to otoczenie też musi zmienić swoją dietę czy aktywność, tak samo jak nie może wymagać, żeby osoby z otoczenia zażywały jej leki. Musi rozumieć, że to jej choroba wymaga przestrzegania określonych zaleceń i w jej przypadku przestrzeganie tych zaleceń jest niezbędną koniecznością; dla osób zdrowych zalecenia prozdrowotne pozostają w sferze zaleceń profilaktycznych.

Jest to pierwszy na świecie opis syndromu wspierania choroby. Jestem pewien, że każdy lekarz wielokrotnie obserwował jego elementy u swoich pacjentów. Pora wnieść go do świadomości świata medycznego, popularyzować wiedzę o nim, badać go, a poprzez edukację otoczenia chorego przeciwdziałać temu szkodliwemu dla pacjentów zjawisku. •

*Prof. dr hab. n. med. i n. o zdrowiu Marek Krzystanek jest kierownikiem Katedry i Kliniki Rehabilitacji Psychiatrycznej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

TEMAT NUMERU

Psycholog: kluczowy partner w leczeniu

DOROTA MINTA

Relacja oparta na empatii i zaufaniu, język wolny od oceny oraz uwzględnienie kondycji psychicznej pacjenta – to podstawy skutecznego leczenia otyłości. Bez tego trudno o trwałą zmianę stylu życia i utrzymanie efektów leczenia.

Empatia i szacunek w relacji lekarza, rehabilitanta, dietetyka czy psychologa z pacjentem to nie tylko wyraz profesjonalizmu. To nieodzowne elementy skutecznego leczenia choroby otyłościowej. Podejście oparte na zrozumieniu wzmacnia motywację pacjentów do wprowadzania trwałych zmian, co przekłada się na lepsze wyniki zdrowotne.

JAK ROZMAWIAĆ Z PACJENTEM Z OTYŁOŚCIĄ

Pacjenci z otyłością często doświadczają stygmatyzacji, również w środowisku medycznym. Dlatego tak istotna jest świadoma, wspierająca komunikacja:

- **bez odniesień do wyglądu** – rozmowa powinna się koncentrować na zdrowiu i samopoczuciu pacjenta, a nie na sylwetce,
- **styl życia ważniejszy niż waga** – zamiast skupiać się na utracie wagi, warto rozmawiać o korzyściach zdrowotnych,
- **indywidualne podejście** – zalecenia powinny uwzględniać możliwości, preferencje i sytuację życiową pacjenta,
- **dialog motywujący** – pomagajmy pacjentowi odkryć jego własne powody do zmiany,
- **wspierający język** – zamiast „musi pan schudnąć”, lepiej: „porozmawiajmy, co możemy zrobić, by poprawić pana samopoczucie”,
- **aktywne słuchanie** – pytania otwarte, np. „czego się pani najbardziej obawia?”, pomagają zrozumieć pacjenta,
- **bez oceniania** – nie należy przypisywać winy, lecz wspólnie planować kroki prowadzące do poprawy zdrowia,

• **współpraca z zespołem terapeutycznym** – warto proponować współpracę z dietetykiem, psychologiem, fizjoterapeutą.

CO SPRAWDZIĆ

Leczenie otyłości powinno rozpocząć się od dokładnej oceny stanu zdrowia pacjenta, w tym kondycji psychicznej. Wielu pacjentów z chorobą otyłościową zmagających się z zaburzeniami odżywiania, depresją, lękiem czy

jest pogłębioną diagnozą i specjalistyczną psychoterapią. Rozpoznanie C-PTSD jest istotne, ponieważ objawy tego zaburzenia mogą wpływać na zdolność pacjenta do wprowadzania i utrzymywania zdrowych nawyków i trwałej zmiany stylu życia. Są przypadki, w których należy odsunąć w czasie termin operacji bariatrycznej, by skoncentrować się na zdrowiu psychicznym pacjenta. Powinien o tym decydować zespół specjalistów, w tym psycholog/psychoterapeuta.

TO NIE SPRINT

Leczenie otyłości to proces długofalowy – pacjenci często doświadczają nawrotów choroby, co może prowadzić do frustracji i zniechęcenia. Długotrwała opieka psychologiczna, także w czasie remisji, zwiększa szansę na utrzymanie efektów. Psycholog wspiera pacjenta w budowaniu poczucia sprawczości, wzmacnia motywację i pomaga utrzymać zdrowy styl życia.

Pacjenci powinni być na każdym etapie terapii edukowani w obszarze dbania o kondycję psychiczną. Praca nad rozwojem osobistym, odkrywanie nowych pasji czy zmiany zawodowe przyczyniają się do zwiększenia satysfakcji z życia i zmniejszenia ryzyka nawrotu. Niedoceniane jest wykorzystanie potencjału najbliższych osób. Psychologia dysponuje gotowymi rozwiązaniami, choćby terapia systemowa. W leczeniu otyłości ta forma pracy ciągle nie jest jednak wykorzystywana. •

Zanim pacjent schudnie, musi poczuć, że zasługuje na zmianę – w tym pomaga psycholog

skutkami traumy. Dlatego ważne jest, aby już na etapie inicjacji leczenia uwzględnić potrzebę pogłębionej diagnozy i wsparcia psychologicznego. Obecnie można mieć poczucie, że zarówno sama ocena, jak i późniejsze wsparcie psychologa czy psychoterapeuty nie są wystarczające.

Badania pokazują, że niektóre osoby z chorobą otyłościową mogą cierpieć na kompleksowy zespół stresu pourazowego (C-PTSD), wynikający z długotrwałego narażenia na traumę czy przemoc, objawiający się m.in. trudnościami w regulacji emocji, zniekształconym obrazem siebie i problemami w relacjach. W takich przypadkach potrzebna

TEMAT NUMERU

Nie wystarczy operacja, potrzebne jest zrozumienie

O braku kompleksowej opieki, niewystarczającym wsparciu psychologicznym i o tym, jak wyglądała droga do remisji z 85 kilogramami mniej i nowym podejściem do zdrowia, opowiada **Michał Bonarowski**, autor poradnika dla pacjentów bariatrycznych, w rozmowie z Dorotą Mintą.

Chorujesz na chorobę otyłościową od dzieciństwa. Masz za sobą wiele prób redukcji wagi. Przez ostatnie sześć lat wykonałeś ogromną pracę, zredukowałeś aż 85 kg masy ciała. Z jakimi reakcjami lekarzy się spotykałeś, kiedy rozmawiali z Tobą, pacjentem z otyłością?

Przed podjęciem decyzji o leczeniu otyłości spotykałem się z różnymi specjalistami, jednak rozmowy na temat leczenia otyłości były rzadko inicjowane przez lekarzy. Często skupiano się na leczeniu objawów towarzyszących otyłości, a właściwie na komentowaniu mojej masy ciała. Słyszałem typowe zdania: „musi pan schudnąć”, „trzeba przejść na dietę i uprawiać sport”. Z drugiej strony zdarzało się, że moje dolegliwości lekarze tłumaczyli dużą wagą. Część tych stwierdzeń miała charakter dyskryminujący, obwiniający. Pamiętam, że blisko dziesięć lat temu jeden z lekarzy zaproponował operację bariatryczną. Nieco później inny proponował zastrzyki z analogami GLP-1. W obu przypadkach nie dostałem ani uzasadnienia takiego zalecenia, ani całościowej informacji o tych rodzajach leczenia. Dziś z perspektywy lat widzę, że propozycje były słuszne, ale zabrakło wyjaśnienia, co, po co i jak będzie leczone. Chęci były dobre, ale w sposobie komunikowania się lekarzy ze mną brakowało nie tylko stwierdzenia, że jestem chory, ale także, że można podjąć kompleksowe leczenie.

Co skłoniło Cię do podjęcia decyzji o rozpoczęciu zmagania z chorobą otyłościową?



foto: archiwum własne

Decyzja o redukcji masy ciała dojrzewała we mnie przez wiele lat. Od dzieciństwa zmagalem się z otyłością i przez dekady podejmowałem liczne próby odchudzania: diety, ćwiczenia, konsultacje z różnymi specjalistami. Schemat był klasyczny i właściwy dla większości pacjentów bez prawidłowej opieki: każda z metod przynosiła chwilowe efekty, ale ostatecznie kończyła się powrotem do poprzedniej wagi lub nawet jej zwiększeniem. To był nieustanny cykl nadziei i rozczarowań, który z czasem zaczął odbijać się nie tylko na moim zdrowiu fizycznym, ale i psychicznym.

Jedzenie było dla mnie nie tylko źródłem energii, ale także mechanizmem radzenia sobie

◀ W naszym systemie leczenia, zarówno publicznym, jak i prywatnym, to wciąż pacjent musi zadbać o właściwe wsparcie psychologiczne – mówi **Michał Bonarowski**

z emocjami. W chwilach stresu, smutku czy zmęczenia sięgałem po nie i to na krótko poprawiało nastrój, ale w dłuższej perspektywie pogłębiało problem. Paradoksalnie, nie bez znaczenia dla zaawansowania choroby było w moim przypadku to, że nie wpływała ona na drastyczne obniżenie mojej samooceny czy izolację społeczną. Zawsze byłem aktywny zawodowo i towarzysko. Odnosiłem sukcesy, robiłem rzeczy kreatywne, interesujące, brałem udział w wielu nowatorskich projektach, czyli nie dotknęły mnie problemy wielu osób z chorobą otyłościową. W kręgu ludzi, z którymi się spotykałem i spotykam, nie obawiałem się ocen i negatywnych, prześmiewczych komentarzy na temat mojego wyglądu. Wydawałoby się, że żyjąc w przyjaznym otoczeniu, powinienem znaleźć siłę na rozpoczęcie leczenia. Zajęło mi jednak lata, zanim zrozumiałem, że powinienem zająć się swoim dobrostanem kompleksowo.

Od czego zacząłeś?

Nie jestem lekarzem ani dietetykiem, ale dziennikarzem od wielu lat, więc podszedłem do mojego procesu zmiany właśnie z rzetelnością reporterską. Zacząłem szukać solidnych, rzetelnych

informacji w naukowych i popularno-naukowych źródłach. Miałem poczucie, że muszę znaleźć rozwiązanie „na wymiar”, dla mnie. Jestem smakoszem, cenię wysoką jakość jedzenia. Przy wyborze kieruję się lokalnością i sezonowością, doceniam kunszt rzemieślniczych wytwórców jedzenia. Niestety, także te produkty, choć jakościowo wysokie, w nieodpowiednim zestawieniu czy w zbyt dużej ilości mogą powodować, że bilans energetyczny będzie niekorzystny. Z mojej historii wiedziałem, że okresowe diety nie działają, że to musi być trwała zmiana. W toku wielu doświadczeń wypracowałem sobie metodę, która przyniosła efekty. Była bardzo prosta: obliczyłem moje zapotrzebowanie kaloryczne i zbudowałem plan żywienia, w którym był minimalny deficyt kaloryczny. Wylimitowałem przy tym produkty wysokoprzetworzone, tłusto-słono-słodkie przekąski oraz te z wysokim indeksem glikemicznym. Do tego szukałem najlepszej dla mnie formy ruchu, co przy 170 kg wagi było sporym wyzwaniem. W moim przypadku sprawdziło się chodzenie.

Te dość proste rozwiązania przyniosły efekt: zredukowałem masę ciała o 40 kilogramów w ciągu trzech lat. Warto wspomnieć, że miałem wtedy wsparcie lekarzy: internisty, endokrynologa i mimo braku cukrzycy – diabetologa. Z perspektywy lat oceniam ich wsparcie medyczne bardzo wysoko, ale nie była to w żadnym stopniu skoordynowana opieka. To ja z uporem krążyłem od jednego lekarza do innego, z jednego badania na drugie. Proces diagnostyczny był bardzo rozbudowany, ale nie miałem poczucia, że ktoś łączy wszystkie wątki mojego leczenia. Po trzech latach sukcesów w redukcji i kilkudziesięciu kilogramach mniej moja masa ciała przestała się zmieniać. Poczulem, że dalej nie dam już rady. Stałem przed ścianą.

Czy od razu rozważyłeś operację bariatryczną?

Skoro przez wiele lat uważałem, że dam radę sam pokonać chorobę otyłościową, a do tego miałem sukcesy w samodzielnej redukcji, to odrzucałem koncepcję poddania się bariatrii. Do tego informacje, które miałem o operacjach bariatrycznych, były niejednoznaczne: wynikało z nich, że to skuteczna metoda redukcji masy ciała, ale opisom towarzyszyły ostrzeżenia przechodzące w kumulację lęków o powikłania. Z perspektywy lat widzę, że to były informacje bardzo na wyrost.

Znaczenie miała też kultura, w której jesteśmy zanurzeni. W programach telewizyjnych czy w internecie widzimy ludzi z otyłością olbrzymią, dla których jedynym ratunkiem – tak się to określa, podkreślając ostateczność tego rozwiązania – jest właśnie operacja bariatryczna. W takiej sytuacji nie czułem się jednym z tych nieszczęśników wających nawet i ponad 200 kg, skoro tak dzielnie samodzielnie redukowałem. Jednak w pewnym momencie poczułem, że potrzebuję stanowczego rozwiązania.

I trafiłeś do programu opieki koordynowanej KOS-BAR.

Miałem niesamowite szczęście – w 2023 r. był to wciąż pilotaż, ale jawił mi się jako program porządnie skonstruowany i przede wszystkim łączący wszystkie wątki diagnostyki i leczenia. Nadal jednak nie byłem wolny od obaw. Były to dla mnie potencjalne powikłania pooperacyjne oraz radykalna zmiana stylu życia. Zastanawiałem się, czy będę w stanie dostosować się do nowych nawyków żywieniowych, czy poradzę sobie z ograniczeniami i czy nie pojawią się komplikacje zdrowotne. Z drugiej strony miałem nadzieję na poprawę jakości życia, zwiększenie energii, lepsze samopoczucie i przede wszystkim – odzyskanie kontroli nad własnym ciałem. Tym, co obawy pogłębiało, było to, że nie miałem poczucia, że informacje, które do mnie docierają, są pełne, a czasem miałem wrażenie, że są wręcz sprzeczne. Zawodowo potrafię prowadzić pogłębiony research, docierać do ekspertów czy wyników badań, raportów. Dodatkowo potrafię też dziennikarsko oceniać rzetelność informacji. Ale wielu chorych nie ma takich kompetencji, często są zostawieni sami sobie w zmaganiu z chorobą i szumem informacyjnym obejmującym nie tylko bariatrię, ale całe leczenie choroby otyłościowej.

Dlatego podjąłeś się napisania książki dla pacjentów przygotowujących się do operacji bariatrycznych. Co w niej znajdziemy?

Mam poczucie, że brakuje jasnego przekazu dla osób takich jak ja. To

stał decyzja o napisaniu książki będącej poradnikiem dla pacjentów rozważających leczenie bariatryczne, planujących je i mu się poddających. Chcę, by zgromadziła wszystkie ważne i potrzebne informacje, choć podane z perspektywy pacjenta, a nie specjalisty. Opieram się w dużej mierze na własnych doświadczeniach, ale korzystam też ze źródeł naukowych i książek. Chcę pokazać sam proces terapii od momentu podjęcia decyzji o rozpoczęciu leczenia, rehabilitację, sam czas operacji i żmudnego dochodzenia do fazy remisji. Bardzo mi zależało, żeby zawrzeć w niej też to, co mówią najlepsi eksperci, dlatego przeprowadziłem wywiady ze specjalistami – nie tylko bariatrii – żeby obraz dla czytelników był najpełniejszy.

Patrząc z perspektywy dwóch lat, wiem, że decyzja o operacji bariatrycznej była jednym z najważniejszych kroków w moim życiu. Załuję, że nie podjąłem jej wcześniej. Dzięki temu wciąż odzyskuję zdrowie, większą pewność siebie i radość z codziennego życia. Jestem w remisji, ale zdaję sobie sprawę z tego, że muszę aktywnie dbać o utrzymanie tego stanu, ale też uczyć się tego, jak zachować się w sytuacjach kryzysowych. Moją generalną refleksją z perspektywy lat przed leczeniem i w jego trakcie jest to, że wciąż za mało uwagi poświęca się aspektom psychicznym. Właściwie każdy etap leczenia wymaga solidnego wsparcia psychologicznego, a czasem i psychiatrycznego. Nawet jeśli pacjentowi leżącemu się na chorobę otyłościową uda się zredukować masę ciała i utrzymać ją w normie przez lata po operacji, to i tak wszystkie nierozwiązane problemy psychologiczne prędzej czy później powrócą. To jest jedno z wielu wyzwań, z których pacjenci, a czasem i specjaliści, nie zawsze zdają sobie sprawę. Część lekarzy i specjalistów, z którymi zetknąłem się w czasie leczenia i pisania książki, ma tę wiedzę. Ale w naszym systemie leczenia, zarówno publicznym, jak i prywatnym, to wciąż pacjent musi zadbać o właściwe wsparcie psychologiczne. ●

AKTUALNOŚCI

Potrzeby zdrowotne czy polityka. Reforma na zakręcie

MARIUSZ TOMCZAK
DZIENNIKARZ

Choć zmiany w szpitalach miały być odpowiedzią na realne wyzwania systemowe – niedobory kadrowe, demografię i nierówną dostępność świadczeń – ich los wciąż pozostaje niepewny, a oficjalne tłumaczenia rozmiągają się z rzeczywistością.

Wnarracji Ministerstwa Zdrowia reforma szpitalnictwa przyniesie same korzyści. Nie dość, że działalność mniejszych placówek zostanie dopasowana do realnych potrzeb ludności, to dodatkowo z Krajowego Planu Odbudowy popłynię strumień pieniędzy. Pierwsza obietnica wydaje się na wyrost. Z kolei transfer środków unijnych nie rozwiąże kluczowych problemów w polskich szpitalach, bo będzie to tylko zastrzyk finansowy.

TO TYLKO PRETEKST

Jeszcze na początku kwietnia minister zdrowia Izabela Leszczyna zapewniała w rozmowie z dziennikarzami, że projekt reformy cieszy się poparciem premiera Donalda Tuska. Mówiła pełna optymizmu, że „do trzech razy sztuka”. Jednak 8 kwietnia w czasie posiedzenia Rady Ministrów projekt został zablokowany. Formalnie skierowano go do ponownego rozpatrzenia przez Stały Komitet Rady Ministrów, choć wcześniej szefowa resortu zdrowia wyrażała przekonanie, że „za trzecim razem się uda”.

Mimo że polityczne – a raczej, mówiąc bez ogródek, partyjne – tło decyzji z 8 kwietnia jest oczywiste, osoby związane z kręgami rządowymi oficjalnie mówiły coś innego. Podobno sporną kwestią był brak przepisów uchylających

udzielanie pozwoleń na pracę dla lekarzy spoza Unii Europejskiej w ramach tzw. systemu uproszczonego. Ten temat od dawna podnosi samorząd lekarski, zwracając uwagę m.in. na to, że lekarze z państw trzecich, którzy posiadają decy-

W sprawie reformy szpitalnictwa kwestie zdrowotne silnie przenikają się z aspektami ekonomicznymi, a w tle jest polityka

zję ministra zdrowia wydaną na podstawie trybu uproszczonego, są wyłączeni z odpowiedzialności zawodowej. Zdarzały się też przypadki, że takie osoby pomagały wystawiać na masową skalę recepty w tzw. receptomatach.

CZY POWRÓCI SPÓR O PORODÓWKI?

Wśród ważnych kwestii związanych z reformą jest m.in. kształt regulacji dotyczących oddziałów położniczo-ginekologicznych. Kilka miesięcy temu Ministerstwo Zdrowia wycofało się z pomysłu wprowadzenia minimalnego kryterium 400 porodów rocznie,

mającego przesadzać o utrzymaniu porodówki w danym szpitalu. Nie wiadomo jednak, czy w nowym, czwartym już, projekcie nie znajdzie się taki pomysł w celu dostosowania oferty placówek do zmian demograficznych. Dane nie kłamią: w Polsce liczba porodów spada (w 2017 r. było ich 393 tys., a w 2023 r. 266 tys.). A widoków na poprawę sytuacji na razie nie ma.

400 porodów uznano za swoistą gwarancję, że matki i dzieci znajdują się pod opieką personelu z odpowiednim doświadczeniem, które – jak przekonują nie tylko urzędnicy – trudno uzyskać, kiedy na oddziale położniczo-ginekologicznym nie ma ani kobiet w ciąży, ani noworodków. Z danych udostępnionych w 2024 r. przez Ministerstwo Zdrowia wynika, że wspomnianego kryterium nie spełniała ponad jedna trzecia szpitali z oddziałami położniczo-ginekologicznymi. Zagłębiając się bardziej w szczegółowe dane, okazuje się, że w niektórych województwach (podlaskie, warmińsko-mazurskie, świętokrzyskie, zachodniopomorskie) dotyczy to większości porodówek.

W CENIU WYBORÓW

Ponieważ nic tak nie przemawia do wyobraźni jak liczby, posłużę się

kilkoma konkretnymi przykładami. W woj. warmińsko-mazurskim prognozuje się 400 porodów rocznie nie przekroczyłyby 10 oddziałów położniczo-ginekologicznych (w Bartoszycach, Biskupcu, Giżycku, Iławie, Mrągowie, Nowym Mieście Lubawskim, Olecku, Ostródzie, Pisz i Szczytnie), a w woj. świętokrzyskim – siedem (w Busku-Zdroju, Jędrzejowie, Końskich, Opatowie, Ostrowcu Świętokrzyskim, Skarżysku-Kamiennym i Staszowie). Z kolei na Lubelszczyźnie kryterium nie spełniłyby porodówki zlokalizowane w szpitalach w Bełżycach, Hrubieszowie, Janowie Lubelskim, Krasnymstawie, Kraśniku, Parczewie, Radzyniu Podlaskim, Tomaszowie Lubelskim oraz we Włodawie. Taki przypadek jest nawet w stolicy województwa.

Lista ta unaoacza, że nie chodzi o pojedyncze placówki. Nic dziwnego, że strach przed wprowadzeniem zmian w tym obszarze jest spory i ma nierzadko ponadpartyjny charakter. Głosy sprzeciwu docierają zresztą m.in. ze strony osób związanych z obozem władzy. Być może właśnie dlatego kilka miesięcy temu zdecydowano, by nie straszyć opinii publicznej tym tematem. Roztrząsanie go nie pomogłoby wiceprzewodniczącemu Platformy Obywatelskiej Rafałowi Trzaskowskiemu. W czasie kampanii wyborczej mogłoby to zostać wykorzystane jako straszak, wpływając na decyzje podejmowane przy urnach wyborczych. Wszystko wskazuje zatem na to, że czwarty projekt reformy szpitalnictwa został celowo przetrzymany do okresu po wyborach prezydenckich.

CÓŻ SZKODZI OBIECAĆ

Zmiany przygotowywane przez rząd mają przyczynić się do koncentracji świadczeń, zwłaszcza zabiegowych, w ośrodkach dysponujących większym potencjałem kadrowym oraz do ograniczenia liczby placówek utrzymujących stałą gotowość w trybie ostrym. Projektowane regulacje mają umożliwić związkowi samorządu terytorialnego tworzenie i prowadzenie szpitali, co w praktyce może oznaczać łączenie placówek i likwidację niektórych oddziałów w jednej z nich, by się nie dublowały.

Poza tym placówki mogłyby za zgodą prezesa NFZ zamienić niektóre świadczenia udzielane w trybie pełnej hospitalizacji na leczenie planowe lub jednodniowe oraz przekształcić



Fot. KPRM

◀ Twarzą zmian w szpitalach jest minister Izabela Leszczyna, ale o ich kierunku zdecyduje premier Donald Tusk

się dokontraktować niezależnie od tego, czy to ma rację bytu z perspektywy efektywności, jakości zarządzania i jakości udzielanych usług medycznych, potrzeb medycznych, które na danym terenie są zgłaszane – powiedział Jakub Szulc, wiceprezes NFZ, podczas jednej z debat w ramach XVII Europejskiego Kongresu Gospodarczego w Katowicach.

NIE MA UCIECZKI OD EKONOMII

Na wypowiedź Jakuba Szulca należy zwrócić uwagę nie tylko z racji pełnionej przez niego funkcji wiceszefa NFZ, ale również z uwagi na związki z obozem władzy – przez trzy kadencje był posłem na Sejm wybranym z list PO. Ma też dużą znajomość spraw dotyczących ochrony zdrowia – w latach 2008-2012 był sekretarzem stanu w Ministerstwie Zdrowia, gdzie nadzorował m.in. Fundusz, w którym dziś pracuje. Nie bez znaczenia jest też jego wykształcenie ekonomiczne.

Nie jest tajemnicą, że wielu lekarzy nie lubi, gdy o sprawach ochrony zdrowia decydują ekonomiści. Gdyby jednak spojrzeć z lotu ptaka na planowaną reformę szpitalnictwa, której twarzą jest minister Izabela Leszczyna, to – pomijając kwestie stricte związane z ratowaniem zdrowia i życia pacjentów – ogniskuje się ona wokół problemu rzadkości (w ekonomii jest to pojęcie związane z ograniczoną ilością zasobów w stosunku do nieograniczonych potrzeb). W bardziej efektywny sposób mają zostać wykorzystane kadry, infrastruktura i sprzęt. Niestety, nie wiadomo, jakie będą kolejne kroki w drodze do „wzięcia z powrotem odpowiedzialności przez państwo” i w jaki sposób to wpłynie na środowisko zawodowo związane z ochroną zdrowia. W niektórych kręgach pojawiają się obawy, że to może być początek częściowej prywatyzacji. ●

szpitalne oddziały ratunkowe w izby przyjęć. Nie wiadomo, czy nowy projekt reformy będzie uwzględniał łączenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, szerzej znanych pod skrótem SPZOZ, ze spółkami. Wiadomo za to, że od dawna sceptycznie do tego podchodzi nawet część wojewodów.

PIERWSZY KROK DO...?

W dyskusji na temat zmian w szpitalnictwie padają różne opinie. Jedną wydaje się warta szczególnej uwagi.

– Traktuję reformę struktury i reformę organizacji lecznictwa szpitalnego wyłącznie jako pierwszy krok i narzędzie do osiągnięcia celu, którym jest wzięcie z powrotem przez państwo odpowiedzialności za usługi medyczne, za zakupy usług medycznych na terenie całego kraju. Dzisiaj to nie wynika z regulacji ani z map potrzeb zdrowotnych, a z tego, kto i co historycznie miał zakontraktowane i co komu historycznie udało

AKTUALNOŚCI

Taniec wokół płac

MAŁGORZATA SOLECKA
DZIENNIKARKA

Coraz mniej studentów medycyny deklaruje chęć emigracji, ale ich decyzje zależą od warunków pracy w kraju. Tymczasem przed systemem ochrony zdrowia kolejna odsłona debaty o wynagrodzeniach minimalnych – bez gwarancji, że znajdą się pieniądze na ustawowe podwyżki.

Zespół prof. Macieja Duszczyka z Ośrodka Badań nad Migracjami oraz Wydziału Nauk Politycznych i Studiów Międzynarodowych Uniwersytetu Warszawskiego od kilku lat bada nastroje studentów ostatnich lat kierunku lekarskiego uczelni zrzeszonych w KRAUM pod kątem ewentualności podjęcia decyzji dotyczącej emigracji i pracy za granicą. Od 2022 r., gdy chęć wyjazdu zadeklarowało 20 proc. ankietowanych, nastawienie wyraźnie się zmieniło. W 2023 r. odpowiedź „na pewno wyjadę” wybrało 18 proc., w kolejnym roku – 13 proc, a w tym już tylko 11 proc. badanych (na skali 0-10 brano pod uwagę wskazania 8-10). Jednocześnie coraz większa grupa studentów decyduje się na odpowiedź „na pewno nie wyjadę” – w tym roku co piąty.

Co więcej, osoby, które zamierzają wyjechać, nie planują wyjazdu od razu po ukończeniu studiów, lecz dopiero po odbyciu stażu lub wręcz ukończeniu specjalizacji.

– To kluczowa informacja, bo oznacza, że decyzje będą zależeć od tego, jak młodzi lekarze ocenią polski system, gdy się już z nim zetkną jako pełnoetatowi pracownicy – wskazuje dr Dominika Pszczółkowska z zespołu prowadzącego badania.

PIENIĄDZE I HEJT

Co skłania młodych lekarzy do emigracji? Wynagrodzenie, czas i warunki pracy, organizacja systemu opieki zdrowotnej, sytuacja społeczno-polityczna. I choć ten ostatni czynnik od 2023 r. stracił nieco na znaczeniu, warto pamiętać, że odnosi się on nie tylko do „dużej” polityki, ale również do takich aspektów, jak nastawienie

wobec lekarzy czy hejt. Nietrudno zgadnąć, że tragiczne wydarzenia w Krakowie i powrót do dyskusji na temat agresji wobec pracowników ochrony zdrowia i bezpieczeństwa medyków mogą wzmocnić – w kolejnych badaniach – ten czynnik.

Nie ma jednak również wątpliwości, że główne czynniki dotyczą warunków pracy, czyli wynagrodzeń

Już dziś kosztów wzrostu wynagrodzeń nie pokrywa składka zdrowotna, a planowane zwiększenie zatrudnienia może całkowicie rozsadzić budżety świadczeniodawców

analizowanych łącznie z czasem pracy. – Dla młodych ludzi ważny jest nie tylko poziom wynagrodzeń, lecz całokształt warunków pracy w ochronie zdrowia: to czy będą mogli wykonywać swoją pracę skutecznie, jednocześnie godząc to z życiem prywatnym – komentuje dr Pszczółkowska.

Już dwa lata temu autorzy badania zwracali uwagę, że wynagrodzenia lekarzy wzrosły i ustabilizowały się na poziomie, który przesuwając ciężar właśnie na czas pracy. Przyszli lekarze (a także młodzi lekarze, którzy już wykonują zawód) nie chcą

powielać schematów, dobrze znanych starszym pokoleniom kolegów.

NA CO MOGĄ LICZYĆ SZPITALA

Takie jest tło dyskusji o wynagrodzeniach minimalnych w ochronie zdrowia, która na nowo rozpocznie się 9 czerwca od spotkania Trójstronnego Zespołu ds. Ochrony Zdrowia. O spotkanie poświęcone ustawie „podwyżkowej” wnioskowała strona społeczna, czyli organizacje pracodawców oraz związki zawodowe (samorząd lekarski nie jest uwzględniony jako strona społeczna).

Dyskusja oczywiście nie będzie dotyczyć tegorocznych podwyżek, będą one zrealizowane w kształcie obowiązujących przepisów. Jedyne pytanie, na które odpowiedzi nie było w połowie maja, dotyczy wariantu podwyższenia wycen, czyli tego, ile pieniędzy Narodowy Fundusz Zdrowia przekaże szpitalom na pokrycie ustawowych zobowiązań. W grę wchodzi trzy warianty w przedziale od ponad 9 mld zł do blisko 19 mld zł w skali roku, co przekładałoby się na zwiększenie wycen od niespełna 5 mld zł do ponad 9 mld zł w drugim półroczu 2025 r.

Szpitala zabiegają, by – wzorem lat wcześniejszych – płatnik podniósł wyceny według wariantu maksymalnego, ale wielkim hamulcowym może okazać się Ministerstwo Finansów, a raczej możliwości budżetu. Coraz częściej można usłyszeć, że wszystko, na co będą mogli liczyć świadczeniodawcy,

► Dla młodych ludzi ważny jest nie tylko poziom wynagrodzeń, lecz całokształt warunków pracy

to 6,5-7 mld zł, czyli wariant pośredni. To będzie oznaczać przerzucenie sporej części kosztów obligatoryjnych podwyżek na świadczeniodawców. Być może z możliwością pewnego wsparcia w miarę pojawiających się nowych, punktowych odsłon finansowej zapaści.

RZĄDOWE UNIKI

Spotkanie 9 czerwca ma dotyczyć przyszłości ustawy o wynagrodzeniach minimalnych. Strona społeczna chce rozmawiać z rządem na temat realizacji ustawy w przyszłym roku i kolejnych latach. Organizacje pracodawców i związki zawodowe chcą obok decydentów z Ministerstwa Zdrowia również obecności przedstawiciela Ministerstwa Finansów, którego z całą pewnością czekają trudne pytania dotyczące braku podpisu pod planem finansowym NFZ. Przy czym wśród tematów, jakie chcą poruszać pracodawcy i związki zawodowe, wspólny jest w zasadzie tylko jeden, dotyczący zapewnienia źródeł finansowania podwyżek.

Bo tu akurat nie ma żadnej wątpliwości: kosztów wzrostu wynagrodzeń już w tej chwili nie pokrywa wzrost przychodów ze składki zdrowotnej. Każde to postawić ogromny znak zapytania przy planowanym wzroście liczby zatrudnionych w systemie publicznym. Z jednej strony zwiększenie zatrudnienia jest konieczne, choćby dlatego że zmagamy się z kryzysem kadrowym, rosną też bardzo szybko potrzeby zdrowotne starzejącego się społeczeństwa. Z drugiej – budżet na wynagrodzenia już w tej chwili rozsadza finanse świadczeniodawców, a tak naprawdę – systemu ochrony zdrowia. Bez znacząco wyższych nakładów trudno sobie wyobrazić nawet utrzymanie tych zasobów, którymi w tej chwili publiczny system dysponuje.

Co prawda, weto prezydenta Andrzeja Dudy zatrzymało ustawę obniżającą składkę zdrowotną dla przedsiębiorców, ale wiele wskazuje, że temat może wrócić. A nawet jeśli nie, skala niedoborów jest o wiele większa niż 4-5 mld zł przychodów z tytułu zawetowanej składki. Tematem debaty publicznej powinno być – tak szybko, jak to możliwe – zwiększanie finansowania. Po stronie polityków nie widać jednak żadnej gotowości do podjęcia tego tematu.



foto: Shutterstock.com

Pracownicy ochrony zdrowia chcą rozmawiać ze stroną rządową o takich rozwiązaniach, które nie tylko utrzymają poziom wynagrodzeń, ale przede wszystkim zagwarantują coroczny ich wzrost, a także wyrównają widoczne gołym okiem luki, skorygują błędy popełnione przy uchwalaniu ostatniej nowelizacji ustawy w 2022 r. Wspólnego stanowiska nie ma i prawdopodobnie nie będzie również po stronie pracowniczej, nie mówiąc o całej stronie społecznej. Bo organizacje pracodawców widzą konieczność zmian w ustawie o wynagrodzeniach minimalnych, ale wektor tych zmian jest zupełnie inny.

PŁACA MAKSYMALNA?

Spektrum propozycji jest pozornie dość szerokie – od uchylenia (wygaszenia) ustawy po opracowanie mechanizmu waloryzacji chroniącej wynagrodzenia przed spadkiem wartości, ale bez podwyżek, z kilkoma wariantami pośrednimi. I przede wszystkim z postulatem wprowadzenia siatki wynagrodzeń maksymalnych. O takim rozwiązaniu rozmawiano już dziewięć lat temu, gdy za czasów ministra Konstantego Radziwiłła ruszały pierwsze prace nad ustawą. Postulat wprowadzenia „widełek” czy też siatki płac maksymalnych (albo maksymalnych wynagrodzeń, bez względu na formę zatrudnienia) powracał w kolejnych latach. Od dwóch jest już stałym elementem dyskusji.

– Skoro nauczyciele, pracownicy służby cywilnej, służby mundurowe nie mają uwolnionych wynagrodzeń, to czy pracownicy medyczni także nie powinni podlegać regulacji? Na pewno jakaś interwencja powinna zostać wprowadzona – stwierdził w maju w rozmowie z „Rynkiem Zdrowia” wiceprezes NFZ Jakub Szulc. To nie nowość, wiceszef NFZ mówi o tym pomyśle otwarcie już od dobrych kilku miesięcy.

Pytanie, czy to są jedynie słowa, deklaracje, czy może twarde pomysły lub wręcz propozycje nowych przepisów? Wsłuchując się w to, co w sprawie ustawy o wynagrodzeniach minimalnych miała do powiedzenia w połowie maja minister zdrowia Izabela Leszczyna, trzeba zakładać, że na razie strona rządowa zamierza poprzestać na roli obserwatora. To nic nowego, bo taką postawę resort przyjmował już od kilku miesięcy podczas kolejnych posiedzeń zespołu trójstronnego i w innych gremiach poruszających temat wynagrodzeń.

– Ustawa wymaga poprawy, ale to nie znaczy, że minister zdrowia zapowiedział zmiany w tej ustawie – oświadczyła dziennikarzom Izabela Leszczyna, potwierdzając termin czerwcowych rozmów z partnerami społecznymi i jednocześnie podkreślając, że to strona społeczna wniosowała o zwołanie spotkania. ●

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

WAŻNE SPRAWY

Nie tak powinien wyglądać dyżur lekarza

MARIUSZ TOMCZAK
DZIENNIKARZ

To miał być zwyczajny dzień. 47-letni ortopeda Tomasz Solecki wyszedł z domu, ale już do niego nie wrócił. Śmierć zastała go w gabinecie ambulatoryjnym. Zginął od ciosów zadanych nożem.

We wtorek 29 kwietnia 35-letni mężczyzna wtargnął do jednego z gabinetów Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie. Zaczął się awanturować z ortopedą, a następnie wyciągnął nóż i zaatakował. Lekarz, mimo udzielenia szybkiej pomocy, zmarł. – Kolega był do nas przewieziony zaraz po tym, co wydarzyło się w poradni ortopedycznej. Stwierdziłszy liczne rany kłute klatki piersiowej, brzucha, kończyn górnych i dolnych – mówił poruszony tragedią Rafał Depukat, kierownik bloku operacyjnego.

Napastnikiem okazał się funkcjonariusz Służby Więziennej. – Proszę was, mówcie o Tomku, że to był porządny chłopak – zaapelował Marcin Jędrychowski, dyrektor Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, dodając, że ugodzony nożem ortopeda „poległ w trakcie pełnienia obowiązków służbowych”. To był wielki szok nie tylko dla pracowników tej placówki. Śledztwo w sprawie zabójstwa wszczęła Prokuratura Rejonowa Kraków-Podgórze.

ŻAŁOBA

Jeszcze tego samego dnia Prezydium NRL zaapelowało, by 30 kwietnia we wszystkich szpitalach w Polsce uczcić pamięć dr. Tomasza Soleckiego minutą ciszy. „Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej apeluje do wszystkich pracowników ochrony zdrowia w Polsce oraz do samorządów zawodowych zrzeszających poszczególne grupy zawodowe medyków o uczczenie pamięci i wyrażenie solidarności z rodziną, bliskimi

i współpracownikami zmarłego lekarza, a tym samym sprzeciwu wobec agresji w stosunku osób niosących pomoc pacjentom poprzez przypięcie do swojego ubioru służbowego w miejscu wykonywania swojej pracy czarnej wstążki” – podkreślono w apelu opublikowanym na stronie internetowej NIL.

„My, osoby kierujące Szpitalem Uniwersyteckim w Krakowie, UJ CM, medyczną częścią uczelni

Zamordowany lekarz został
pośmiertnie odznaczony przez prezydenta
Andrzeja Dudę Krzyżem Kawalerskim Orderu
Odrodzenia Polski

oraz całym Uniwersytetem Jagiellońskim, a także Okręgową Radą Lekarską w Krakowie ogłaszamy wtorek 6 maja dniem żałoby w naszych instytucjach. Spotykamy się o godzinie 12.00 przed budynkiem SU w Krakowie (...). Niech zawyją syreny, a potem niech zapadnie cisza” – napisali we wspólnym oświadczeniu rektor UJ prof. Piotr Jedynak, prorektor ds. Collegium Medicum prof. Maciej Małecki, dyrektor Marcin Jędrychowski, prezes ORL w Krakowie Robert

Stępień i sekretarz ORL w Krakowie Mariusz Janikowski.

APEL DO PREMIERA

Samorząd lekarski zażądał też stanowczej reakcji ze strony organów państwa. „Każdy taki atak powinien być traktowany ze szczególną surowością. Zbagatelizowanie i przyzwolenie na takie czyny spowoduje jedynie eskalację przemocy i nienawiści” – podkreślono w apelu Prezydium NRL skierowanym do Prezesa Rady Ministrów, Marszałka Sejmu oraz do Ministra Sprawiedliwości Prokuratora Generalnego.

„W obliczu takich sytuacji, nasilających się w ostatnich miesiącach, żądamy podjęcia działań zmierzających do zapewnienia bezpieczeństwa chorym i opiekującym się nimi lekarzom” – podkreśliło Prezydium NRL, przypominając, że osobom wykonującym zawód lekarza przysługuje ochrona należąca funkcjonariuszom publicznym. W ocenie samorządu każdy atak wymierzony w lekarzy jest także atakiem na pacjentów, ponieważ mogą zostać pozbawieni możliwości leczenia i spokojnego przebiegu hospitalizacji.

OSTATNIE POŻEGNANIE

Pogrzeb zamordowanego ortopedy odbył się 8 maja na cmentarzu Batowickim w Krakowie bez udziału mediów. Wzięła w nim udział asysta wojskowa. Tomasz

fot.: Mariusz Tomczak



◀ Marsz milczenia zakończył się pod Ministerstwem Zdrowia



fot.: Mariusz Tomczak



▲ W takim wydarzeniu nie mogło zabraknąć prezesa NRL Łukasza Jankowskiego (z prawej) i wiceprezesa NRL Mateusza Kowalczyka

▲ Przewodniczący Komisji ds. Szpitalnictwa Marcin Karolewski (z lewej) na marszu z sekretarzem NRL Grzegorzem Wroną (z prawej)

Solecki został pośmiertnie odznaczony przez prezydenta Andrzeja Dudę jednym z najwyższych odznaczeń państwowych – Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski.

„Doktor Solecki był uznanym specjalistą, znanym z empatii, oddania pacjentom i wysokich kwalifikacji zawodowych. Swoje obowiązki wykonywał, kierując się etyką zawodową, przysięgą lekarską i głębokim poczuciem odpowiedzialności za drugiego człowieka. Jego działalność miała istotny wpływ na życie wielu osób, a jego postawa stanowi wzór dla obecnych i przyszłych przedstawicieli zawodów medycznych”

– czytamy w uzasadnieniu wniosku o pośmiertne odznaczenie.

MARSZ MILCZENIA MEDYKÓW

Dwa dni później, 10 maja, ulicami stolicy przeszedł Marsz Milczenia Medyków zorganizowany przez NIL, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy i inne organizacje zrzeszające przedstawicieli zawodów medycznych. W czasie marszu oddano hołd tragicznie zmarłemu lekarzowi z Krakowa. To był też protest przeciwko rosnącej agresji wobec pracowników ochrony zdrowia.

Uczestnicy wyruszyli sprzed Szpitala Klinicznego Dzieciątka

Jezus przy ul. Lindleya pod gmach Ministerstwa Zdrowia, gdzie przekazali Izabeli Leszczynie postulaty dotyczące poprawy bezpieczeństwa w czasie pracy. Szefowa resortu powiedziała, że policja wspólnie z izbami lekarskimi wypracuje mechanizmy dotyczące zgłaszania gróźb kierowanych wobec medyków.



◀ Fotorelacja z marszu dostępna na www.gazetalekarska.pl

WAŻNE SPRAWY

Bezpieczeństwo jest na pierwszym miejscu

Żądamy, aby organy państwa wreszcie zaczęły poważnie traktować przypadki agresji wobec pracowników medycznych. To dziś najważniejszy temat dla wszystkich lekarzy – mówi **Łukasz Jankowski**, Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej, w rozmowie z Piotrem Kościelniakiem.

Kiedy obejmował Pan stery Naczelnej Rady Lekarskiej trzy lata temu, najważniejszym wyzwaniem było bezpieczeństwo lekarzy w kontekście socjalnym. Problem zarobków chyba udało się rozwiązać. Podtrzymuje Pan twierdzenie, że lekarze mają teraz lepiej niż kiedykolwiek wcześniej?

Zdecydowanie tak. Trzeba to powiedzieć wprost – jeszcze nigdy nie było tak dobrze jak dziś. Nie oznacza to oczywiście, że nie może być lepiej, że osiągnęliśmy docelowy poziom warunków pracy w całym systemie ochrony zdrowia. To, co dzisiaj nas ogranicza, to niewydolny system, biurokracja, brak wsparcia – na przykład ze strony asystentów lekarzy, a także zagrożenie odpowiedzialnością karną za nieumyślne błędy medyczne. Wynagrodzenia rzeczywiście zeszły na dalszy plan, choć wciąż 15 proc. lekarzy zarabia według stawek ustalonych przez ustawę o najniższych wynagrodzeniach w ochronie zdrowia i na to po prostu nie można się zgodzić. Coraz głośniej mówi się o tym, że płaca minimalna nie powinna być płacą realną lekarza i że powinno to zostać zmienione na szczeblu szpitali.

Słyszymy też zapowiedzi, że ustawa o płacy minimalnej ma być zmieniana. Chcę to powiedzieć jasno: nie będmie naszej zgody na oszczędności na pensjach medyków. Chcemy rozmawiać, ale chcemy rozmawiać o spójnej strategii. Przede wszystkim o tym, czy ministerstwo chce mieć

lekarzy na etatach, czy też chce postawić na lekarzy na kontraktach. Chcemy rozmawiać o tym, jak ma wyglądać wartościowanie pracy, a nie tylko jak zapewnić coraz większe oszczędności kosztem lekarzy i pacjentów.

Ciągle brzmią mi w uszach złośliwości polityków o rzekomo astromicznych zarobkach lekarzy.

To nawet nie są złośliwości. To są próby przerzucenia na nas

Żądamy od państwa nie tylko reakcji, ale realnej ochrony. Każdy akt agresji wobec medyka musi spotkać się z natychmiastową i zdecydowaną odpowiedzią

odpowiedzialności za system ochrony zdrowia. Wydaje się, że lekarze od wielu już lat są kozłem ofiarnym, którego próbuje się obciążyć winą za niedostatki systemu i błędne decyzje polityczne.

Zawsze staraliśmy się pokazywać opinii publicznej, że to politycy ponoszą odpowiedzialność za ochronę zdrowia, a my jesteśmy po tej samej stronie co pacjenci. Niestety mam wrażenie, że te – jak pan określił – złośliwości doprowadziły do

internetowego hejtu, a później do przyływu agresji. Mamy do czynienia z pacjentami, którzy oskarżają nas o to, że to przez nas ktoś się nie wyleczył, ktoś inny nie został przyjęty do specjalisty, a jeszcze inny utknął w długich kolejkach do leczenia. Tymczasem za ten stan rzeczy odpowiadają w prostej linii politycy, a nie lekarze.

Problem bezpieczeństwa lekarzy ma niestety także aspekt fizyczny. W Krakowie pacjent zamordował nożem lekarza. Wcześniej w Siedlcach zamordowany został ratownik medyczny. W Piasecznie pobici zostali lekarz i pielęgniarka. Kilka dni temu szliśmy razem w marszu milczenia w proteście przeciw agresji. Czy refleksja, że medycy są szczególnie zagrożeni i należy ich chronić, nie przychodzi rządzącym zbyt późno?

Rzeczywiście, niestety dziś, po tragicznych wydarzeniach w Krakowie, wielu lekarzy boi się o swoje bezpieczeństwo i nie są to obawy nieuzasadnione. Jestem tuż po rozmowie z przedstawicielami Wydziału Dochodzeniowo-Śledczego Komendy Głównej Policji. Na spotkaniu wybrzmiało jedno: policja i wydziały śledcze są zdecydowane stanąć za medykami. Jesteśmy zjednoczeni wobec agresji wymierzonej przeciw ratownikom, lekarzom, pielęgniarkom, i to

► *Nie chcemy szpitali zamieniać w twierdze, ale chcemy mieć pewność, że jesteśmy bezpieczni – mówi Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Łukasz Jankowski*

chyba jest bardzo dobra informacja. Pracujemy obecnie nad przyspieszeniem procedur, nad poprawieniem i ułatwieniem zgłaszalności, pracujemy wreszcie nad świadomością dotyczącą problemu.

Natychmiast po tragedii w Krakowie rozmawiałem z ministrem Izabelą Leszczyną. Przekazałem jej postulaty środowiska. Wśród nich znalazła się między innymi trudna sprawa anonimizacji danych lekarzy w internecie. Do tych danych niekiedy docierają hejterzy – skutkiem są groźby przesyłane na prywatne adresy domowe. Takie rzeczy nigdy nie powinny się zdarzać. Mówiliśmy też o fizycznych rekomendacjach dla dyrektorów szpitali dotyczących przekształceń placówek ochrony zdrowia w taki sposób, aby były one miejscami bezpieczniejszymi dla lekarzy i pacjentów.

A co z pomysłem wprowadzenia rejestru agresywnych pacjentów?

W tych rozmowach podkreślałem, jak ważne i pomocne mogłoby być monitorowanie agresji. Omawialiśmy również pomysły wprowadzenia rejestru agresji w ochronie zdrowia. Ale rozmawialiśmy również o kwestii mającej fundamentalne znaczenie dla bezpieczeństwa lekarzy i szacunku do zawodu, czyli o tym, jak sprawić, żeby społeczeństwo przestało myśleć o nas w kategorii pewnego antagonizmu, a zaczęło myśleć jak o partnerach w procesie leczenia. Te wszystkie postulaty zostały następnie powtórzone, niektóre nieznacznie zmodyfikowane, podczas marszu milczenia, którego Naczelna Rada Lekarska była współorganizatorem.

Ale widzimy również, jak ważne jest, żeby kara dla agresorów była nieunikniona, i jak ważna jest współpraca między innymi z policją czy prokuraturą. Na tę współpracę dzisiaj liczymy.



fot.: Karolina Bartyzel

Chcemy i będziemy czynić to wspólnie z innymi zawodami medycznymi i instytucjami państwa.

Dotychczas incydenty były lekceważone. Pamiętam, jak pod budynkiem Naczelnej Izby Lekarskiej i siedzibą sądów lekarskich były wznoszone różne obraźliwe okrzyki podczas rozprawy przeciw antyszczepionkowcom.

Mam nadzieję, że już do przeszłości należą sytuacje, w których nie doczekaliśmy się satysfakcjonującej dla nas, ale też sprawiedliwej, reakcji organów ścigania. Myślę, że nikogo nie trzeba dzisiaj przekonywać, że to od nienawistnych haseł i hejtu w internecie się zaczyna, a kończy się na prawdziwych tragediach. Jestem przekonany, że wszyscy wyciągniemy z tego wnioski, że rządzących uda się przekonać nie tylko do zwiększonej penalizacji i zaostrzenia kar, ale też do znacznie skuteczniejszego egzekwowania tychże kar. Postulujemy takie zmiany

prawne, które pozwolą z całą mocą podkreślić, że medycy są chronieni przez państwo, a tych, którzy nas atakują, czeka odpowiedzialność karna.

Wszyscy zdajemy sobie sprawę, że postawienie strażnika przed każdym gabinetem czy ubieranie każdego lekarza w kamizelkę nożoodporną jest mało prawdopodobne. Co realnie można zrobić?

Dzisiaj przede wszystkim oczekujemy – wręcz żądamy – tego, żeby organy państwa wreszcie się takimi sprawami zainteresowały i na poważnie potraktowały akty agresji w stosunku do personelu medycznego. Chcemy mieć pewność, że sprawy dotyczące agresji nie będą zamykane pod dywan i że zgłoszenia do organów ścigania mają rzeczywisty sens. Chcemy też, by nasze dane w internecie były chronione.

Myślę, że dzisiaj nie ma lekarza, który chciałby przekształcić szpital w twierdzę. Z drugiej strony na pewno pożądane byłyby procedury

dotyczące wejścia do szpitala. Chodzi o to, aby nie każdy mógł wtargnąć na oddział i po tym oddziale sobie chodzić, atakując lekarzy i pielęgniarki.

Mówił Pan, że celem w tej kadencji jest, by lekarz nie bał się leczyć. To oczywiście nawiązanie do planów wprowadzenia klauzuli wyższego dobra, czyli tzw. no fault. Spróbujemy wyjaśnić tak po prostu, zarówno lekarzom, jak i pacjentom, o co chodzi.

Rzeczywiście, to wyjaśnienie jest ważne. Z naszych badań, które wykonaliśmy z CBOS, wynika, że 30 proc. obywateli Polski popiera rozwiązania zawarte w klauzuli wyższego dobra, ale spośród tych, którzy dowiedzieli się dokładnie, o co w tej klauzuli chodzi, popiera je już większość. Dlatego rozumiemy, że konieczne jest przekazywanie wiedzy o tym, czym klauzula wyższego dobra jest w rzeczywistości – i to zarówno szerokiej opinii publicznej, jak i samym lekarzom.

Mówimy tu o zniesieniu odpowiedzialności karnej za nieumyślny błąd medyczny lub zdarzenie medyczne przy pozostawieniu odpowiedzialności cywilnej i odpowiedzialności dyscyplinarnej. Oczywiście, gdyby lekarz popełnił przewinienie albo nie zachował szczególnej ostrożności wymaganej w danym wypadku – na przykład przyjmował po alkoholu czy po narkotykach, czy w inny rażący sposób nie dopełniłby obowiązków – wtedy naturalnie pojawia się również odpowiedzialność karna. W rzeczywistości jednak ogromna większość lekarzy, którzy dzisiaj doświadczają zdarzeń niepożądanych, a nie zawinili, boi się o swoje bezpieczeństwo w systemie prawa karnego. Ci wszyscy lekarze byłiby po prostu bezpieczni i mogliby dalej leczyć swoich chorych.

Elementem tego systemu jest również automatyczna kompensacja.

Cieszymy się, że krok po kroku system *no fault* rzeczywiście się przybliża. Zniknęły komórki do spraw błędów medycznych w prokuraturach. Pojawił się fundusz kompensacyjny, czyli ścieżka szybkiej rekompensaty za zdarzenie medyczne. Wiem, że Rzecznik Praw Pacjenta przyznaje już pacjentom w ramach zadośćuczynienia kwoty, które sięgają nawet 200 tys. zł.

Gdyby ta ścieżka się ugruntuwała, gdybyśmy mieli klauzulę wyższego dobra, a więc zwolnienie lekarza z odpowiedzialności karnej, to my sami, lekarze, bardzo chętnie analizowalibyśmy każdy przypadek zdarzenia niepożądanego, a pacjentów kierowaliśmy do funduszu kompensacyjnego. To niesie gwarancje, że system „będzie się uczył”, a pacjent będzie w jego centrum.

W tej sprawie Naczelna Izba Lekarska i Pan osobiście współpracujecie z Ministerstwem Zdrowia i Ministerstwem Sprawiedliwości. To współpraca czy raczej walka?

Rozmowy z Ministerstwem Sprawiedliwości w ostatnim czasie są rzeczywistie trudne. A Ministerstwo Zdrowia powołuje kolejny już zespół do spraw wprowadzenia klauzuli wyższego dobra. Mamy poczucie, że to jest ten moment, w którym powinniśmy zacząć przekonywać posłów i budować masę krytyczną dla tego pomysłu. Zresztą ta masa krytyczna powoli się buduje – popiera nas Rzecznik Praw Pacjenta, organizacje pacjenckie, jak również organizacje międzynarodowe, które przecież też widzą, jaka atmosfera odpowiedzialności karnej została stworzona w polskim systemie ochrony zdrowia. Mamy też poparcie innych zawodów medycznych. Teraz czas na posłów.

Jak odpowie Pan na argumenty krytyków tego systemu?

Nie widzę zagrożeń idących za systemem klauzuli wyższego dobra. Widzę raczej zagrożenia związane z niewprowadzeniem tej klauzuli. Muszę jednak przyznać, że spotykaliśmy się z zastrzeżeniem, że ma to być system „bezkarności plus” dla lekarzy. To niepoważne podejście do sprawy, bo przecież odpowiedzialność cywilna i dyscyplinarna pozostawałaby w tym systemie, a tam, gdzie przekroczenie byłoby rażące – również odpowiedzialność karna.

Chciałbym jasno powiedzieć, że tu nie chodzi o bezkarność, ale o system, który w swoim centrum stawia pacjenta i walkę o jego życie i zdrowie. Lekarz, niosąc pomoc, nie może zastanawiać się nad

swoim bezpieczeństwem prawnokarnym. Myślę, że każdy, kto to rozumie, rozumie również, jak ważne jest wprowadzenie *no fault*.

Realnie patrząc, jak blisko jesteśmy wprowadzenia klauzuli wyższego dobra?

Myślę, że jeszcze nigdy nie byliśmy tak blisko, chociaż od wprowadzenia klauzuli dzieli nas dziś dziesiątki rozmów z posłami i wymuszenie woli politycznej na rządzących. Mam nadzieję, że do końca roku uda się uzyskać wiążącą decyzję.

Bezpieczeństwo lekarzy to również kwestia zniesienia odpowiedzialności za ustalanie poziomu refundacji. Samorząd powtarza, że lekarz ma inne zadania niż obliczanie stopnia odpłatności za leki. Tu również NIL zabiega o odpowiednie rozwiązania w resorcie zdrowia. Gdzie jesteście?

Zespół, który miał dać pomysł na automatyzację refundacji, już zakończył pracę. Pomysł został przekazany i Centrum e-Zdrowia pracuje, by go wprowadzić w życie. Widzimy już, że jeżeli chodzi o 40 proc. leków, system jest przygotowany, aby tu i teraz oznaczać stopień refundacji tylko na podstawie wieku i płci oraz oczywiście rozpoznania choroby wpisanego przez lekarza. W pozostałych 60 proc. przypadków tworzony jest słowniczek, który ma systemowi podpowiadać.

I tu pojawia się pewna trudność. Myślę, że jedynym sposobem na pełną automatyzację refundacji jest znaczące uproszczenie słownika refundacyjnego. A to bardzo skomplikowane zadanie. Dzisiaj system został tak zagmatwany, że próby przepisania go na język komputera napotykać duże problemy. Potrzebujemy rewolucji, jeżeli chodzi o słowniczek refundacyjny. Jeżeli to się nie stanie, będziemy mieli do czynienia z półśrodkami. I dzisiaj dyskutujemy o tym, czy zgodzić się na półśrodk i czekać na pełną automatyzację systemu z zebraniem wszystkich niezbędnych przez system danych, czy też na te półśrodk się nie zgadzać i żądać uproszczenia całego słownika refundacyjnego.

Rozmawiamy dokładnie trzy lata po objęciu przez Pana funkcji prezesa NRL. Czas na sakramentalne pytania: co się udało, co się nie udało, czego się Pan nie spodziewał?

Podjęliśmy bardzo dużo odważnych decyzji. Mowa tutaj między innymi o elektroniczacji „Gazety Lekarskiej”, która była przecież pożądana. Mowa o zmianie Kodeksu Etyki Lekarskiej, o nowym kodeksie wyborczym i wywołującym duże emocje programie wyborczym, który, jak słyszę, udało się jednak certyfikować. Oznacza to, że będziemy mogli przeprowadzić wybory w terminie w formie elektronicznej.

Ale to nie koniec – przeprowadziliśmy jako Izba pierwszy raz duże igrzyska lekarskie. Jesteśmy w przededniu ogromnego kongresu polonijnych środowisk medycznych, organizowanego wraz z Senatem RP. Jesteśmy słuchani jako samorząd, jesteśmy opiniotwórczy, reprezentujemy środowisko, dbamy o godność zawodu i mamy udział w kształtowaniu otoczenia prawnego.

Myślę jednak, że największym zyskiem jest stworzenie tutaj, w Naczelnej Izbie Lekarskiej, zaangażowanej ekipy ludzi, którzy wiedzą, po co są w samorządzie – że są tutaj dla lekarzy, dla całego środowiska medycznego. Z perspektywy tych trzech lat i trudności, jakie napotykalismy, w tym również oporu związanego z wprowadzanymi zmianami, muszę powiedzieć, że jednym z osiągnięć tej kadencji jest również nabranie odporności. To pewna nauka płynąca z zarządzania zmianą, która dokonała się wręcz na naszych oczach. Dzięki temu będziemy jeszcze skuteczniejsi.

Do kolejnych wyborów już tylko rok. Jakie są priorytety Izby na najbliższe miesiące?

Przede wszystkim bezpieczeństwo. To jest to, co dzisiaj interesuje lekarzy: bezpieczeństwo fizyczne, prawne, społeczne i socjalne. Stawiamy na bezpieczeństwo we współpracy z Wojskową

Izbą Lekarską, rozmawiając o szkoleniach dla lekarzy z medycyny polawki, rozmawiamy o bezpieczeństwie z Ministerstwem Sprawiedliwości, próbując wprowadzić klauzulę *no fault*. W zasadzie każdy temat, który dziś podejmujemy, jest nierozdzielnie związany z bezpieczeństwem lekarzy.

Chciałbym zaapelować, aby zgłaszać do nas przypadki, w których bezpieczeństwo lekarzy jest naruszane. Informacja o skali danego zjawiska jest istotna, dzięki czemu możemy później informować stosowne organy i lepiej przeciwdziałać agresji. •



Personel medyczny udzielający tutaj świadczeń zdrowotnych korzysta z **ochrony prawnej przysługującej funkcjonariuszom publicznym!**

Każde:

- wyzwisko, obelgi lub inne formy znieważenia,
- groźba, próba zastraszenia,
- uderzenie, popchnięcie lub inne naruszenie nietykalności,

będzie skutkować odpowiedzialnością karną – nawet do 10 lat pozbawienia wolności (art. 222–226 KK).

Nie godzimy się na przemoc wobec personelu medycznego.

Naruszenie nietykalności cielesnej, czynna napaść lub znieważenie lekarza/pielęgniarki/ratownika medycznego/farmaceuty to przestępstwo ścigane z urzędu przez policję i prokuraturę.

Widzisz agresję wobec personelu?

Nie czekaj – natychmiast wezwij policję!

Podstawy prawne:

- art. 44. ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty,
- art. 11. ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej,
- art. 35a. ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty,
- art. 37. ustawy z dnia 1 grudnia 2022 o zawodzie ratownika medycznego i samorządzie ratowników medycznych,
- art. 222–226. ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny,
- art. 115. § 19. ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny.

PRAWO I MEDYCYNĄ

Witaminowy biznes, medyczna fikcja

Lekarz współpracujący z prywatną firmą oferującą dożylnie „kuracje” bez wskazań medycznych, diagnozy czy badań został uznany winnym 77 zarzutów.

Sprawa, którą rozpatrywał najpierw okręgowy sąd lekarski (OSL), a potem Naczelny Sąd Lekarski (NSL), pokazuje, jak łatwo autorytet lekarza może zostać wykorzystany do legitymizowania pseudomedycznych praktyk – z naruszeniem etyki, prawa i zdrowia pacjentów.

WSZYSTKO DLA ZYSKU

Lekarz zatrudniony w tzw. klinice witaminowej, prowadzonej przez osoby niemające wykształcenia medycznego (kosmetyczka i specjalistka od marketingu), zlecał pacjentom kroplówki z różnymi substancjami oraz autohemoterapię z ozonem – bez uprzedniego badania, wywiadu czy rozpoznania klinicznego. Pacjenci byli przyciągani agresywną, nieprawdziwą reklamą w mediach społecznościowych.

W ofercie firmy znajdowały się „kuracje” o chwytliwych nazwach: odchudzanie – uzyskaj wymarzone ciało, libido – odzyskaj apetyt na seks, przeciwbólowa – uwolnij ciało od bólu, zwalczanie kaca – oczyść organizm, zdrowa wątroba – odbudowa i regeneracja, koncentracja – odkryj możliwości swojego mózgu, zdrowa skóra – nieskazitelna cera. Proponowano również kuracje na choroby wirusowe, bakteryjne i grzybicze, a nawet autyzm u dzieci czy chorobę Alzheimera – zabieg hiperbarycznej tlenoterapii i autohemotransfuzji z ozonem.

Wszystkie te „kuracje” zlecał lekarz – bez wcześniejszego ustalenia rozpoznania i bez wskazań medycznych. Potwierdziła to powołana przez OSL biegła, specjalistka chorób wewnętrznych i farmakologii klinicznej. Jak ustalono, lekarz nie przeprowadzał wywiadów, nie oceniał wyników badań, a decyzje terapeutyczne podejmował na podstawie ankiet.

Dokumentacja była rażąco nierzetelna, a dawki, m.in. witaminy C, dobierane niewłaściwie. Jaskrawym przykładem

JACEK MIARKA
PRZEWODNICZĄCY
NACZELNEGO SĄDU LEKARSKIEGO



nierzetelności było zlecenie pacjentce z dwukrotnym przekroczeniem normy witaminy B12 jej iniekcji.

TEN SAM SCHEMAT, TE SAME SUBSTANCJE

W wielu „kuracjach” stosowano te same substancje: kroplówki z PWE, witaminy C i B12. Podawano także w kroplówce Tracutil, który może być stosowany tylko w leczeniu zamkniętym ze ścisłych wskazań, oraz preparaty homeopatyczne, których działanie jest metodą bez-

w Polsce przeprowadzać wyłącznie w centrach krwiodawstwa i krwiolecznictwa. Wykonywanie takich zabiegów w prywatnych firmach, bezprawnie używających nazwy „klinika” (to nazwa zastrzeżona jak np. bank), zagrożone jest karą pozbawienia wolności do lat trzech.

NIEBEZPIECZNY PRECEDENS

Okręgowy sąd lekarski uznał lekarza winnym 77 zarzutów i zawiesił jego prawo wykonywania zawodu na rok. Naczelny Sąd Lekarski, do którego obwiniony się odwołał, utrzymał orzeczenie w mocy. W ocenie sądu działania lekarza były motywowane chęcią maksymalizacji zysków własnych i firmy. Ordynował on „kuracje” bez jakiegokolwiek wartości medycznej, mające rzekomo leczyć różne dolegliwości, narażając pacjentów na niepotrzebne koszty. – To zwykle oszustwo – stwierdził NSL.

Podkreślono również, że lekarz swoim autorytetem i dyplomem legitymizował działania, które nie tylko były bezwartościowe z punktu widzenia medycyny, ale wręcz naruszały zaufanie społeczne do zawodu lekarza. Jest to jaskrawy, ale niestety niejedyny przykład biznesowego i bezkrytycznego wykorzystywania chorych ludzi z udziałem lekarza.

Lekarzowi nie wolno posługiwać się metodami uznanymi przez naukę za szkodliwe czy bezwartościowe

wartościową i niezgodną z aktualną wiedzą medyczną.

Lekarz wykonywał także zabiegi autohemotransfuzji z ozonowaniem krwi bez rozpoznania i bez uwzględnienia wskazań medycznych, bez poinformowania pacjentów o ryzyku i bez świadomej zgody.

Okręgowy sąd lekarski nie uwzględnił w uzasadnieniu, że takie działanie narusza prawo – zgodnie z ustawą o publicznej służbie krwi z 1997 r. autohemotransfuzję (właściwie: autohemoterapię) można

PODATKI I FINANSE

Godzina na kwartał wystarczy. O inwestowaniu bez stresu

Większość osób nie powinna inwestować aktywnie, lecz pasywnie i w jak najdłuższym terminie – mówi **dr n. ekon. Michał Masłowski**, wiceprezes Stowarzyszenia Inwestorów Indywidualnych, wykładowca na Uniwersytecie Ekonomicznym we Wrocławiu, który na giełdzie inwestuje od 1996 r., w rozmowie z Mariuszem Tomczakiem.

Czy każdy może inwestować? Tak, a ze względu na inflację i sytuację demograficzną wręcz powinien. Inflacja nieustannie podgryza nasze oszczędności, a wszystko wskazuje na to, że za kilkadziesiąt lat emerytury wypłacane przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych będą mizerne. Dzięki inwestowaniu możemy w długim terminie spróbować pomnożyć to, co już zarobiliśmy.

Niektórzy mówią, że to hazard.

To nieprawda. Im bardziej wydłużymy okres inwestowania, tym staje się ono bardziej przewidywalne. Skracanie tego okresu, np. do kilku miesięcy czy tygodni, wymaga profesjonalizacji i poświęcenia się temu zajęciu na pełen etat.

Powszechnie uważa się, że inwestor musi od rana do późnego wieczora śledzić doniesienia ekonomiczne ze świata i jest otoczony kilkoma monitorami, na których migają kolorowe wykresy. To mit?

Ciągłe śledzenie wieści ze świata polityki i makroekonomii czy informacji ze spółek jest konieczne dla profesjonalistów, którzy na rynku kapitałowym mają już ulokowane grube miliony. Inne osoby powinny być na nim obecne, ale nie muszą poświęcać na to dużo czasu – wystarczy lokować nadwyżki finansowe na jak najdłuższy termin w sposób pasywny, zdywersyfikowany i globalny. Jeśli ktoś jest lekarzem albo wykonuje zupełnie inny zawód – na przykład jest adwokatem, kompozytorem, kierownicą

ciężarówki czy instruktorem fitness – to nie powinien inwestować tak, jak robią to profesjonalści, lecz przede wszystkim dążyć do bycia jak najlepszym w swoim zawodzie. To mu się bardziej opłaci.

Zalóżmy, że jestem zapracowanym lekarzem i nie mam za dużo wolnego czasu. Moją pasją jest medycyna, a nie finanse, ale chciałbym zacząć pomnażać to, co już zaoszczędziłem. Od czego zacząć?

Od założenia rachunków maklerskich IKE i IKZE, czyli indywidualnego konta emerytalnego i indywidualnego konta

Trzeba się przyzwyczaić do tego, że od czasu do czasu giełda płata psikusa i w ciągu miesiąca lub dwóch można być na minusie

zabezpieczenia emerytalnego. Jak ktoś ma więcej wolnych środków, to może zdecydować się jeszcze na ogólnoeuropejski indywidualny produkt emerytalny, szerzej znany pod skrótem OIPE, które jednak działa na innych zasadach. Są to wehikuły inwestycyjne umożliwiające inwestowanie bez podatku od zysków kapitałowych (tzw.

podatku Belki), który po drodze mocno zżera część osiąganego stopy zwrotu.

I co dalej?

Gdy już ktoś założył rachunki maklerskie w formie IKE lub IKZE, może zacząć kupować jednostki jednego z funduszy ETF (ang. exchange-traded fund) na rynki globalne. Nie chcę podawać konkretnych tickerów pozwalających na szybką identyfikację danego ETF, ale bardzo łatwo sprawdzić to w internecie. Od niedawna, właściwie od kilku lat, nie ma bariery kosztowej uniemożliwiającej tak szerokie inwestowanie. To znak naszych czasów. Jeszcze pod koniec ubiegłej dekady inwestowanie na rynkach zagranicznych wiązało się z ponoszeniem znacznych opłat. Obecnie dzięki jednemu instrumentowi finansowemu można zainwestować w zdywersyfikowany koszyk akcji globalnych.

Chodzi o jeden fundusz ETF?

Tak. Można ograniczyć się tylko do jednego, dobrze zdywersyfikowanego ETF, bo za jego pośrednictwem naraz inwestujemy w wiele spółek z różnych krajów. Jeśli opanujemy podstawową wiedzę, to inwestowanie da się sprowadzić do zaledwie jednej godziny w kwartale.

A co z obligacjami i tak popularnymi w Polsce kawalerkami na wynajem?

Mając nawet niewielkie oszczędności, można kupić akcje lub obligacje, a mieszkania już nie. Wszystkim początkującym rekomendowałbym rozpoczęcie przygody z inwestowaniem od portfela złożonego z jednostek funduszu ETF na akcje globalne i polskich obligacji Skarbu Państwa, które ze względu na oprocentowanie indeksowane inflacją są naprawdę wyjątkowym rozwiązaniem w skali świata. Mimo wszystko należy mieć na uwadze, że inwestowanie w akcje nie jest dla każdego z powodu odmiennego podejścia do ryzyka.

Co robić, gdy kogoś paraliżuje strach?

Jeśli ktoś obawia się spadków na giełdzie, to powinien posiadać w portfelu więcej obligacji. Moim zdaniem nie warto całkowicie rezygnować – w dodatku już w młodym wieku – z akcji, bo w długim terminie właśnie one dają bardzo dużą szansę na pobicie inflacji. Pozwalają też czerpać korzyści z długoterminowego rozwoju gospodarczego na świecie. W tym kontekście warto pamiętać, że PKB świata podwaja się co dwadzieścia parę lat.

Inwestowanie jest dla osób młodych czy bardziej doświadczonych przez życie?

Warto zacząć inwestowanie jak najszybciej od małych kwot, bo dzięki temu wyrabiamy w sobie nawyki, które mogą pozostać z nami przez dekady. Co do zasady osoby młode, dopiero wchodzące na rynek pracy, które na emeryturę przejdą dopiero za około 40 lat, powinny w większym stopniu lokować swoje środki na rynku kapitałowym, ponieważ mają bardzo długi horyzont inwestycyjny i z reguły niewielkie oszczędności. Ale, jak już wspominałem, każdy ma inną awersję do ryzyka. Niezależnie od wieku trzeba przyzwyczaić się do tego, że od czasu do czasu giełda płata psikusa i w ciągu miesiąca lub dwóch można być na minusie. To zresztą jedna z przyczyn popularności inwestowania w nieruchomości. Mieszkania nie są notowane na żadnej giełdzie, więc nie zastanawiamy się każdego dnia nad ich aktualną wyceną. Dzięki temu nasza psychika inaczej znosi nawet kupno „na górce”.

Dlaczego nie należy lokować środków tylko w jednym kraju?



fot.: archiwum prywatne

Jako Polacy zarabiamy w polskim złotym, mamy oszczędności w polskim złotym, wielu z nas posiada jakąś nieruchomości w naszym kraju, dlatego warto mieć jakieś aktywa ulokowane w innych walutach w akcjach spółek działających w innej części świata lub wręcz na całym świecie. Wprawdzie pierwsze miesiące 2025 r. były fantastyczne dla Giełdy Papierów Wartościowych w Warszawie, ale jak spojrzymy na kilkudziesięcioletnią historię rynku kapitałowego, okazuje się, że bywa różnie. Zawsze będzie kraj, który w danym okresie wypadnie bardzo dobrze na tle innych. Nawet w państwie, w którym giełda rośnie przez długie lata, mogą dojść do władzy siły polityczne wpływające negatywnie na gospodarkę. To stanowi ryzyko dla naszego portfela.

I nie należy kupować wyłącznie akcji na giełdzie w Nowym Jorku?

Moim zdaniem nie, mimo że jest to już łatwo dostępne dla wszystkich Polaków. Historia ostatnich ponad stu lat pokazuje, że rynek akcji w Stanach Zjednoczonych nieustannie pnie się w górę, ale przeszłości przecież nie znamy. Obecnie, m.in. za sprawą gigantów

◀ *Jeśli ktoś jest lekarzem, nie powinien inwestować tak, jak robią to profesjonaliści, lecz dążyć do bycia jak najlepszym w swoim zawodzie, bo to się bardziej opłaci – uważa dr n. ekon. Michał Masłowski*

technologicznych, spółki z USA są światowym hegemonem, ale nikt nie wie, czy w perspektywie kilkudziesięciu lat sytuacja nie ulegnie zmianie. Wybierając ETF na indeks akcji globalnych, i tak w dużej mierze inwestujemy w spółki notowane na giełdzie w Stanach Zjednoczonych. Ale dywersyfikacja geograficzna to jedno, osobną kwestią jest ryzyko geograficzne.

Ma pan na myśli wojnę na Ukrainie?

Tak. W ostatnich latach wiele osób zostało zaskoczonych, że tuż za naszą wschodnią granicą wybuchła pełnoskalowa wojna. Dla mieszkańców naszego kraju to kolejny argument za dywersyfikacją aktywów, choćby dlatego że zagraniczni inwestorzy, zwłaszcza zza oceanu, traktują nas jak kraj przyfrontowy. To przekłada się przecież na polską giełdę. W życiu, a więc także w inwestowaniu, finansach czy gospodarce, nic nie jest dane na zawsze.

Ile trzeba mieć pieniędzy, żeby zacząć inwestowanie?

Wystarczy nawet 100 złotych. Kiedyś było to niemożliwe albo nieopłacalne, ale dziś jest inaczej. Moim zdaniem ktoś, kto jest w stanie zaoszczędzić kilkaset złotych miesięcznie, już może zacząć, tym bardziej że, tak jak wspominałem, domy maklerskie w Polsce bardzo mocno obniżyły swoje opłaty. Oczywiście z bardzo małych kwot dużych zysków nie będzie, ale z drugiej strony lepiej oszczędzać niewielkie kwoty i je inwestować, niż wydawać wszystko na bieżąco. Ostatnio usłyszałem powiedzenie, które bardzo wryło mi się w pamięć: „duże pieniądze to dużo małych pieniędzy”. W pełni się tym zgadzam. ●

PODATKI I FINANSE

Fiskus już ma nie zaskakiwać zmianami

ANNA WOJDA

Sześciomiesięczne vacatio legis na niekorzystne prawo podatkowe oraz wyższy limit VAT – takie nowości szykują się dla podatników, w tym lekarzy.

W środę 21 maja Sejm zajmował się projektami, które mają ułatwić życie podatnikom, a są częścią pakietu deregulacyjnego. Wszystkie skierowano do komisji.

PÓŁ ROKU, ALE SĄ WYJĄTKI

W prawie podatkowym zasadą ma być minimum sześciomiesięczne vacatio legis na zmiany. Zasada ta ma być zapisana w ordynacji podatkowej. Tyle że jedynie w odniesieniu do przepisów zawierających niekorzystne rozwiązania dla podatników. Obowiązkowe półroczne vacatio legis nie obejmie regulacji uznawanych za korzystne dla podatników i to nawet wtedy, gdy będą potrzebowali czasu na ich wdrożenie.

Od zasady półrocznego vacatio legis będą też wyjątki. Będzie można od niej

odstąpić wtedy, gdy przemawia za tym ważny interes publiczny. Ministerstwo Finansów twierdzi, że będzie to rozstrzygane w konkretnym przypadku, dodając, że interes ten będzie musiał być na tyle istotny, by być uznanym za ważny. Brakuje zatem jasnych kryteriów. A to oznacza, że zasada będzie stosowana wybiórczo.

WYŻSZY LIMIT

Na podwyżkę limitu zwolnienia podmiotowego z VAT czas najwyższy, bo obecny obowiązuje od 2017 r. i o jego wzrost organizacje przedsiębiorców apelują od dawna.

Teraz limit zwolnienia z VAT wynosi 200 tys. zł. To kwota rocznej

sprzedaży. Ze zwolnienia mogą skorzystać przedsiębiorcy, których sprzedaż nie przekroczyła 200 tys. zł w poprzednim oraz bieżącym roku. U tych, którzy rozpoczynają działalność gospodarczą w trakcie roku, limit liczy się proporcjonalnie.

Z procedowanego w Sejmie projektu wynika, że od 1 stycznia 2026 r. limit zwolnienia z VAT zostanie podniesiony do 240 tys. zł. Ze zwolnienia będą mogli skorzystać też lekarze, u których wartość sprzedaży była w 2025 r. wyższa niż 200 tys. zł, ale nie przekroczyła 240 tys. zł. Nowy pułap zwolnienia dotyczy też rozpoczynających działalność w trakcie 2025 r. (licząc go proporcjonalnie).

Jawne ceny miały być też dla lekarzy

Niewiele brakowało, a medycy musieliby, jak deweloperzy, publikować ceny mieszkań.

W ostatnich tygodniach byliśmy świadkami gry wokół nowelizacji ustawy o ochronie praw nabywcy lokalu mieszkalnego lub domu jednorodzinnego oraz Deweloperskim Funduszu Gwarancyjnym. To potrzebne i ważne zmiany dla kupujących. Niestety, sposób ich procedowania pozostawia wiele do życzenia i oby takie przypadki nie zdarzały się częściej.

W trakcie błyskawicznych prac nad projektem ustawy pojawiło się mnóstwo wątpliwości zgłaszanych nie tylko przez związek deweloperów, ale również Sąd Najwyższy, Krajową Izbę Radców Prawnych czy Biuro Legislacyjne Sejmu. Niestety, posłowie Polski 2050 nie chcieli ich widzieć. Co więcej, po uchwaleniu ustawy

w Senacie Katarzyna Pełczyńska-Nałęcz, minister funduszy i polityki regionalnej, zamieściła na portalu X wpis, w którym napisała: „Słuchać wycie? Nic nie szkodzi: Ustawa o jawności cen mieszkań deweloperskich przyjęta przez Senat. Idziemy dalej!”. Wpis zilustrowała zdjęciami radcy prawnego Polskiego Związku Firm Deweloperskich, który przekonywał najpierw w Sejmie, a potem na posiedzeniu Komisji Infrastruktury, że ustawa ma dziury i że trzeba ją poprawić, bo nie spełni swojej roli.

O co chodziło? Przede wszystkim o to, że ustawa nie objęłaby całego rynku, a jedynie gotowe mieszkania, pomijając umowy deweloperskie i przedwstępne – a więc dominującą formę transakcji. Gdyby zaczęła obowiązywać teraz, dotyczyłaby tylko 12

proc. rynku. Kolejna uwaga – z wielu zgłoszonych – wskazywała, że obowiązkiem ujawniania cen zostaliby, poza deweloperami, objęci również inni przedsiębiorcy. Przepisy dotyczyłyby zatem lekarzy i lekarzy dentystów, którzy wykonują usługi na podstawie umów B2B. Gdyby kupili mieszkanie od dewelopera na potrzeby działalności (np. chcieli w nim prowadzić gabinet), a potem chcieli je sprzedać, musieliby ujawnić jego cenę – i opublikować ją na stronie internetowej... dewelopera, a kupującym wręczyć prospekt informacyjny. Na szczęście w Senacie przyszedł czas na chwilę refleksji i decyzje o koniecznych zmianach. Pokazuje to jednak, jak bardzo walka o głosy wyborców jest przedkładana nad jakość stanowionego prawa.

awa

Bezkarność ośmiela

Osoby, które zachowują się agresywnie w stosunku do lekarzy, muszą mieć świadomość, że nie będziemy mogli udzielić im pomocy i zostaną ze swoimi problemami zdrowotnymi same.

PAWEŁ BARUCHA
WICEPREZES NACZELNEJ
RADY LEKARSKIEJ



Wszyscy jesteście wstrząśnięci zabójstwem śp. dr. Tomasza Soleckiego. Przekroczona została nieprzekraczalna granica. Został zamordowany lekarz, w chwili gdy leczył pacjentów.

Jest to niewyobrażalna tragedia i nie może zostać zapomniana. Każdy z nas, lekarzy i lekarzy dentyków, na co dzień spotyka się z różnymi formami agresji. Prowadzone badania jednoznacznie wskazują na stale narastający problem. Każdego dnia pojawiają się informacje o atakach na medyków. Nawet tragiczne informacje z Krakowa tego nie przerwały.

Wieloletnie zaniedbania w egzekwowaniu prawa, a zaznaczyć należy, że lekarze czy pielęgniarki są prawnie chronieni, doprowadziły nas nad skraj przepaści. Nie może być przyzwolenia na bezkarne szykanowanie, obrażanie ani jakiegokolwiek formę przemocy w stosunku do lekarzy. Bez względu na to, należy wymagać natychmiastowej reakcji służb odpowiedzialnych za bezpieczeństwo. Brak reakcji na tego typu agresywne i przepełnione nienawiścią zachowania doprowadzi do kolejnych tragedii.

W tej sprawie nie chodzi tylko o nas. Zagrożony personel medyczny nie jest w stanie skutecznie zająć się

pacjentem i zapewnić mu opieki na wysokim poziomie. Jako samorząd powtarzamy od lat: bezpieczny lekarz to bezpieczny pacjent. Sytuacja jest bardzo poważna, a jej rozwiązanie trudne. Pojawiają się

Nie może być przyzwolenia
na bezkarne szykanowanie, obrażanie
ani jakiegokolwiek formę przemocy
w stosunku do lekarzy

różne pomysły na zabezpieczenie się przed agresją. Sugerowane jest używanie kamizelek, paralizatorów, odbywanie kursów samoobrony. Wszystko to może być oczywiście przydatne, jednakże szpitale i poradnie, by skutecznie zajmować się pacjentami, nie

mogą stać się twierdzami. Musimy pod okiem fachowców nauczyć się, w jaki sposób unikać sytuacji trudnych i jak im zapobiegać. Potrzebujemy procedur bezpieczeństwa w sytuacjach awaryjnych.

Ale to wszystko nie może usuwać nam z oczu fundamentalnej zasady nietykalności personelu medycznego. Bez względu na to musimy tę zasadę egzekwować. Agresor musi mieć świadomość, że jeżeli będzie stanowił zagrożenie, zostanie sam ze swoim problemem zdrowotnym. Policja i prokuratura muszą przywołać do porządku każdego, kto takie zagrożenie stwarza. Dotyczy to również nieodpowiedzialnych polityków, którzy swoim zachowaniem mogą prowokować agresywne działania. Nieuprawnione podważanie wiedzy, umiejętności, zaangażowania lekarzy najpierw doprowadzi do utraty zaufania do lekarzy i lekarzy dentyków, a następnie uniemożliwi nam skuteczne działanie. A na tym tracą wszyscy.

PRAKTYKA LEKARSKA

Rodzinna szczoteczka to już przeszłość

O zagrożeniach i wyzwaniach dla współczesnej stomatologii, perspektywach na wyższe wyceny świadczeń w ramach NFZ oraz rosnącej agresji pacjentów wobec lekarzy, w tym lekarzy dentystów, z **prof. dr hab. Teresą Sierpińską**, prezydentem Europejskiego Towarzystwa Protetycznego, konsultantem krajowym w dziedzinie protetyki, członkinią Rady ds. Rozwoju Stomatologii przy ministrze zdrowia, rozmawia Artur Pedryc.

Co według Pani jest dziś największym wyzwaniem dla współczesnej stomatologii?

Dziś jesteśmy w przełomowym momencie. Znajdujemy się w punkcie leżącym pomiędzy stomatologią analogową a cyfrową. Świat idzie do przodu. Sztuczna inteligencja, która jest już obecna w każdej dziedzinie naszego życia, nie ominie dentystów. Funkcjonujemy w dwóch światach – analogowym i cyfrowym. Procedury wykonywane analogowo z pewnością jeszcze długo będą funkcjonowały, ale przed cyfryzacją się nie obronimy i to jest droga, którą musimy podążać. Młodzi lekarze z pewnością łatwiej sobie poradzą. Osoby, które nie urodziły się ze smartfonem w rękę, będą miały niestety trudniej.

Wielkim wyzwaniem i jednocześnie zagrożeniem dla stomatologii są dziś rosnące koszty. Wiąże się to z wprowadzaniem nowoczesnych materiałów, zaawansowanych technologii. Niestety, w ślad za tym nie idzie adekwatna zmiana wyceny świadczeń wykonywanych w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia. Niektóre zaawansowane zabiegi w ogóle nie są finansowane przez fundusz.

W tej kwestii mamy progres. Ministerstwo Zdrowia wreszcie wykonało krok do przodu...

Tak, zaczęły pojawiać się nowe, wyższe wyceny, mamy dodatkowe usługi w koszyku świadczeń gwarantowanych. To głównie zasługa samorządu lekarskiego i Rady ds. Rozwoju Stomatologii funkcjonującej przy ministrze zdrowia. Ale wciąż pozostaje wiele do zrobienia.

Jakie jeszcze problemy stoją przed polską stomatologią?

Wydaje mi się, że dużym problemem może być w niedalekiej przyszłości to, że nasze społeczeństwo się starzeje. W związku z tym coraz więcej świadczeń stomatologicznych powinno być przeznaczonych dla osób w podeszłym wieku.

W tej chwili mówimy już o rozwijającym się nowym zagadnieniu – gerostomatologii. Powinna ona znaleźć ważne miejsce w systemie świadczeń, ponieważ leczenie osób w podeszłym wieku wymaga niestandardowego podejścia.

A jakie widzi Pani największe zagrożenia?

Sporym zagrożeniem w mojej ocenie może być powstawanie korporacji stomatologicznych czy tak zwanych dużych podmiotów korporacyjnych. Mam wrażenie, że są one bardziej nastawione na zysk niż na pacjenta. Obecnie jest zbyt wcześnie, by podejmować konkretne działania, ale z pewnością trzeba się bacznie przyglądać temu zjawisku.

Innym zagrożeniem dla współczesnej stomatologii jest kreowanie nowych potrzeb społecznych, wśród których coraz częściej w grupie tych najbardziej pożądanых pojawia się piękny uśmiech. Staje się on wręcz synonimem szczęścia oraz sukcesu. Tymczasem celem leczenia stomatologicznego nie jest uzyskanie efektu

estetycznego – choć jest to rzecz pożądana. Stomatologia ma zapewnić pacjentowi przede wszystkim zdrowie i funkcje.

Rewolucja cyfrowa, rozwój mediów społecznościowych i „doktor Google” to także spore zagrożenie dla stomatologii, prawda?

Oczywiście. Chcę w tym miejscu zaapelować szczególnie do młodych lekarzy po studiach, by nie czerpali wiedzy z przypadkowych, niesprawdzonych źródeł typu YouTube czy TikTok. Wielokrotnie już widziałam filmy w internecie, w których młodzi dentyści chwalać się: „zobaczcie, jak to zrobiłem, jaki superefekt”, a prezentowane tam zabiegi zostały wykonane niezgodnie z obowiązującymi zasadami lub aktualnymi wytycznymi.

Zagrożenia i wyzwania, o których Pani mówi, z pewnością wymagają zmian w systemie kształcenia, także tego podyplomowego, które w przypadku stomatologii pozostawia wiele do życzenia.

Owszem. Wiedza, którą uzyskujemy w ramach kształcenia przeddyplomowego, z reguły wystarczy nam na pięć do siedmiu lat. Potem powinniśmy podjąć ustawiczne kształcenie, czyli zapoznawać się z nowymi trendami i możliwościami zaopatrzenia pacjenta. Temu służy system kształcenia podyplomowego w formie specjalizacji. Wydaje mi się, że

programy szkoleń są dostosowywane do wyzwań i potrzeb. Natomiast problemem jest liczba miejsc specjalizacyjnych w dziedzinach stomatologicznych. Jest ich po prostu bardzo mało. Nie chcę w tym momencie mówić, dlaczego tak się dzieje, bo za bardzo odbiegniemy od tematu. Natomiast bardzo mnie niepokoi w procesie kształcenia podyplomowego to, że wiele osób zaczyna szkolenie bezpośrednio po ukończeniu stażu. Tymczasem dziedziny stomatologiczne wymagają spojrzenia na pewne zagadnienia z perspektywy posiadanego już doświadczenia.

Kształcenie specjalizacyjne w dziedzinach stomatologicznych w głównej mierze odbywa się na uczelniach.

Czy to dobrze?

Odpowiadając na to pytanie, chciałabym zaapelować, aby jednak więcej miejsc było tworzonych poza nimi. Uniwersyte-ty i akademie medyczne i tak mają dużo zadań w zakresie kształcenia studentów. To jest ich podstawowe zadanie, za które dostają pieniądze z ministerstwa. Kształcenie podyplomowe może być tam realizowane w ramach posiadanych możliwości i tak też się dzieje, ale nie można całego procesu kształcenia lekarzy denty-stów zrzuć na barki uczelni.

Nie można w tym miejscu nie wspomnieć o finansach. Uczelnie nie dostają pieniędzy na kształcenie podyplomowe. Owszem, wynagrodzenie rezydentowi wypłaca Ministerstwo Zdrowia, kierownik specjalizacji jest też w minimalny sposób opłacany, ale uczelnia z tego tytułu nie ma nic. Ponadto większość procedur wykonywanych w ramach kształcenie podyplomowego nie jest finansowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia. To oznacza, że dużo świadczeń w ramach programu szkolenia podyplomowego trzeba wykonywać prywatnie. To kolejny problem, bo przecież pacjent, który wydaje własne niemałe pieniądze na uzupełnienia stałe czy leczenie implantoprotetyczne, chce być leczony przez specjalistę, a nie osobę, która dopiero się uczy.

Coraz więcej lekarzy dentystów nie chce podpisywać kontraktów z NFZ. Obawiają się kar albo tego, że będą musieli zwracać pieniądze za niedopełnienie jakichś formalności. Jak to zmienić? Doskonale rozumiem frustrację choćby protetyków, którzy w ramach szkolenia specjalizacyjnego zostali przygotowani do wykonywania szerokiej gamy

foto: lek. dent. Larys Lubowicki



świadczeń, a w ramach NFZ mogą wykonywać tylko ich niewielką część, i to na dodatek z bardzo słabym finansowaniem. Do tego dochodzą zawilości zapisów kontraktowych. Uważam, że Ministerstwo Zdrowia i jego Departament Prawny powinni włączyć się w interpretację niejasnych przepisów dotyczących relacji na linii świadczeniodawca-płatnik. To mogłoby poprawić sytuację. Natomiast kluczową sprawą, aby dentyści chcieli pracować dla NFZ, jest odpowiednia wycena świadczeń.

Z badań przeprowadzonych wśród studentów kierunków lekarsko-dentystycznych wynika, że blisko 40 proc. z nich dopiero na zajęciach na uczelni dowiedziało się, jak prawidłowo dbać o higienę jamy ustnej. Co zrobić, by zmienić tę sytuację?

Problemem jest to, że my, Polacy, tak naprawdę niewiele wiemy o profilaktyce stomatologicznej. Ten stan trwa od wielu lat. Gdy zaczynałam swoją pracę zawodową, częstym zjawiskiem, zwłaszcza w małych ośrodkach, było to, że gdy lekarz bądź higienistka udawali się do szkoły w celu przeprowadzenia spotkań lub zabiegów profilaktycznych, dzieci przynosiły szczoteczki rodzinne.

◀ ***Zagrożeniem dla współczesnej stomatologii jest kreowanie nowych potrzeb społecznych, jak piękny uśmiech – uważa prof. dr hab. Teresa Sierpińska***

Na szczęście te czasy minęły. Dziś nie ma już czegoś takiego jak rodzinna szczoteczka do zębów, ale wciąż niewiele się mówi o profilaktyce. Mam nadzieję, że nowy przedmiot, edukacja zdrowotna, który od września pojawi się w szkołach, poprawi sytuację.

Ponadto uważam, że ogromną rolę w profilaktyce mogą odegrać reklamodawcy. Kiedy włączymy dziś telewizor, zobaczymy mnóstwo reklam past do zębów czy płynów do płukania. Tymczasem istotą higieny jamy ustnej jest mechaniczne usunięcie płytki bakteryjnej. Najważniejsze jest więc prawidłowe szczotkowanie. Można powiedzieć: szczoteczka ważniejsza od pasty, szczoteczka ważniejsza od płynu do płukania. Moim zdaniem wystarczy wprowadzić prawny obowiązek, aby każda reklama pasty, płynu, nici dentystrycznej itp. zawierała krótki instruktaż, jak prawidłowo dbać o higienę jamy ustnej.

Po tragicznych wydarzeniach w Krakowie, gdzie lekarz zginął z rąk pacjenta nożownika, muszę zapytać o problem agresji wobec medyków. Czy dentyści także się z nią spotykają?

Mało się o tym mówi, a przecież lekarze dentyści tak samo jak inni medycy padają ofiarami agresywnych zachowań pacjentów. Do groźnych sytuacji dochodzi z reguły w zaciszu prywatnych gabinetów, często bez świadków. Większość takich przypadków nie jest nawet zgłaszanych policji. Do agresji wobec lekarzy dochodzi też na ulicy, w przychodni i oczywiście w internecie. Dużo mówimy o prawach pacjentów, i słusznie, a co z prawami lekarza? Konieczne są szybkie zmiany legislacyjne. Musimy być bardziej chronieni. Trzeba też dążyć do tego, by nasza pozycja społeczna się wzmacniała. W żadnej mierze nie wolno pozwalać, aby winą za wady systemu opieki zdrowotnej w Polsce obarczano lekarzy. ●

Kiedy moda odbiera leki potrzebującym

W aptece codziennie obserwuję cichy dramat – pacjenci z cukrzycą odchodzą z kwitkiem, bo leki, które mogą im uratować zdrowie, stały się modnym środkiem na odchudzanie.

Każdego dnia spotykam pacjentów zmagających się z różnymi problemami zdrowotnymi. Jednym z najpowszechniejszych jest otyłość – choroba dotykająca ludzi w każdym wieku i z każdego środowiska. W mojej aptece widzę zarówno tych, którzy z determinacją walczą o zdrowie, jak i tych, którzy szukają szybkich rozwiązań. Staram się podchodzić z wyrozumiałością do każdego, kto chce schudnąć – bo wiem, że droga do zmiany nie jest prosta.

Otyłość to nie tylko kwestia estetyki, choć presja społeczna i obrazkowa kultura coraz częściej sprowadzają ją wyłącznie do wyglądu. To przewlekła choroba, która zwiększa ryzyko cukrzycy typu 2, chorób serca, nadciśnienia czy nowotworów. W aptece często słyszę: „Nie mogę patrzeć na siebie w lustrze”, „Chcę się lepiej czuć w swoim ciele”. Rozumiem to. Ale otyłość to nie tylko liczba kilogramów – to złożony problem, który wymaga trwałej zmiany stylu życia, a nie tylko tabletki czy iniekcji.

Pacjenci często pytają o semaglutyd, dulaglutyd czy tirzepatyd – leki pierwotnie stworzone do leczenia cukrzycy typu 2, które zyskały popularność dzięki swoim „efektom ubocznym”, czyli wspomaganie utraty wagi. Media społecznościowe, celebryci i nagłówki artykułów uczyniły z nich modny środek odchudzający. Ale za tą modą kryje się poważny problem: braki tych leków w aptekach. Braki uderzające przede wszystkim w pacjentów z cukrzycą, dla których te preparaty są niezbędne do życia.

Niejednokrotnie realizowałem recepty dla osób, które przyznawały, że odwiedziły kilka miast, by zgromadzić zapas semaglutylu. Z ich wypowiedzi nie wynikało, że lek jest potrzebny im samym. Być może trafia on później na aukcje internetowe – to już nie tylko nieetyczne, ale potencjalnie niebezpieczne. Preparaty te

MARIUSZ POLITOWICZ
CZŁONEK NACZELNEJ
RADY APTEKARSKIEJ



wymagają bowiem tzw. zimnego łańcucha przechowywania, a ich wtórny obrót powinien być przedmiotem zainteresowania odpowiednich służb.

Ten proceder świadczy o jeszcze jednym – o gotowości wielu osób do zapłaty wysokiej ceny za lek z nielegalnego źródła i niepewnego pochodzenia. A wszystko po to, by szybko zrzucić kilka kilogramów. Przy czym niewielu pacjentów wspomina o zmianie diety czy zwiększeniu aktywności fizycznej. Zamiast tego szukają prostszego rozwiązania – zastrzyku, tabletki, czegoś, co „działa od razu”.

Rozumiem to podejście. Zmiana stylu życia wymaga czasu, samodyscypliny, często wsparcia specjalistów – dietetyka, trenera, psychologa. Ale bez tego nawet najskuteczniejsze leki pozostają tylko półśrodkiem.

Najbardziej niepokojące jest jednak to, że rosnące zapotrzebowanie na leki GLP-1 prowadzi do ich niedoborów. W aptekach w całym kraju coraz częściej nie możemy zrealizować recept dla chorych na cukrzycę. Jak mam wytłumaczyć pacjentowi, że nie dostanie preparatu, który stabilizuje jego poziom cukru we krwi, bo ktoś inny wykupił go z myślą o szczupłej sylwetce?

Sfrustrowani pacjenci dosadnie komentują tę sytuację, mając

świadomość, że osoby bez wskazań medycznych przechwytują leki przeznaczone do leczenia ich choroby. I trudno im się dziwić.

Nie chcę krytykować tych, którzy sięgają po leki GLP-1 w walce z otyłością. Każdy ma prawo dążyć do lepszego samopoczucia i wyglądu. Ale – podkreślam – nie apeluję o refleksję w stylu: „Czy warto dążyć do celu kosztem innych?”. Tego typu apele – w społeczeństwie, w którym empatia słabnie, a agresja rośnie – niestety nie mają już siły sprawczej. Dla każdego pacjenta jego problem jest najważniejszy.

W miarę możliwości staram się edukować. Rozmawiam z pacjentami nie tylko o lekach, ale o małych zmianach: zamianie słodzonych napojów na wodę, dodaniu warzyw do posiłku, regularnym spacerze. Czasem sugeruję konsultację z endokrynologiem lub dietetykiem – bo otyłość często ma podłoże hormonalne i wymaga kompleksowego podejścia.

Wierzę, że walka z otyłością to maraton, nie sprint. Cierpliwość, wyrozumiałość i odpowiedzialność – wobec siebie i innych – to wartości, które powinny towarzyszyć tej drodze. Leki mogą być wsparciem. Ale ich nadużywanie – zwłaszcza kosztem chorych – to już nie problem medyczny, lecz moralny. ●

PRAKTYKA LEKARSKA

Niechciane

ADAM CZERWŃSKI
DZIENNIKARZ

Kiedyś porzucone chore dziecko było w szpitalu czymś niemal niespotykanym.
Dzisiaj zdarza się, że w jednym oddziale leżą po dwa, trzy takie maluchy.

Dzieci porzucone można podzielić na dwie kategorie. Liczniejsza to ta, które zostają w szpitalu ze względów socjalnych. Są zdrowe, nie mają wad wrodzonych. Część z nich może być obciążona ze względu na nadużywanie alkoholu przez matki. Ale nawet jeśli będą wymagały rehabilitacji, ośrodki adopcyjne bez problemu znajdą dla nich dom. Można powiedzieć, że po takie dzieci czeka kolejka chętnych.

Druga grupa to dzieci z wadami lub wręcz zespołami wad.

HANIA

Dziewczynka urodziła się w łódzkim Instytucie „Centrum Zdrowia Matki Polki”. Mniej więcej w połowie ciąży rodzice dowiedzieli się, że prawdopodobnie będzie miała zespół Downa i wrodzoną wadę serca. Wada okazała się jedną z odmian tetralogii Fallota. Najcięższą postacią, bo z atrezią zastawki tętnicy płucnej. Konieczna była operacja. Ale nie w trybie cito. Dzięki lekom udało się uzyskać stabilizację krążenia. Hania trafiła do Kliniki Intensywnej Terapii i Wad Wrodzonych Noworodków i Niemowląt (ITiWWNiN). I zamieszkała w niej przez pięć miesięcy. Bo rodzice zdecydowali się zostawić córkę w szpitalu. Swoją decyzję ogłosili jeszcze przed porodem.

Lekarki i pielęgniarki bardzo się z Hanią żyły. Bo jak wiele porzuconych dzieci dziewczynka potrafiła zwrócić na siebie uwagę. W końcu udało się znaleźć dla niej dom hospicyjny. Hania spędziła w nim kolejne kilka miesięcy i wróciła do szpitala na operację kardiologiczną.

Zabieg się udał, ale dziewczynki nie udało się odłączyć od krążenia pozaustrojowego. Zmarła.

– Tu niestety zadziałała reguła, którą obserwujemy u porzuconych dzieci

– mówi Katarzyna Fortecką-Piestrzeniewicz z Kliniki. – Widać ją szczególnie u dzieci z ciężkimi wadami serca. Kiedy nie ma kto o nie walczyć, one bardzo często po zabiegach kardiologicznych umierają. Nie chcę, by zabrzmiało to pretensjonalnie, ale jak ktoś na to dziecko czeka, to ono ma dla kogo

Rodzice, którzy deklarują, że nie chcą wychowywać swojego dziecka i nie jest to dziecko zdrowe, zazwyczaj nie zmieniają zdania

żyć. Ale tak to wygląda. I z Hanią właśnie tak było. Chociaż ludzie z hospicjum byli super, zaangażowani, przyjeżdżali, dopytywali. My, lekarki i pielęgniarki, też byliśmy ciciami. Tylko że żadna z nas nie była mamą.

Rodzice Hani, zanim ją ostatecznie porzucili, mieli, powiedzmy, drobne wątpliwości. Jeszcze na początku sami podpisali wszystkie zgody niezbędne do kontynuacji leczenia. Ale później się wycofali. Po prostu zniknęli. Nie było z ich strony jakichkolwiek pytań ani telefonów. Jakby zrobili to, co trzeba, i zamknęli sprawę. I pewnie nawet nie wiedzą, że ich dziecko nie żyje.

– Nie prosimy rodziców, by się tłumaczyli, dlaczego porzucają takie dziecko – mówi dr Fortecką-Piestrzeniewicz. – Bardzo pilnuję, by ich nigdy nie oceniać negatywnie,

bo lepiej, że zostawią dziecko w szpitalu, niż mieliby zrobić mu krzywdę albo porzucić w lesie, pustostanie, co przecież się zdarza. Dziecku dzieje się krzywda, ale przynajmniej możemy mu zapewnić specjalistyczną opiekę. Natomiast, mówiąc brzydko, zapotrzebowania adopcyjnego na takie maluchy nie ma. Zdarzają się pojedyncze przypadki, kiedy tym dzieciom udaje się znaleźć dom. Ale dziecko z ciężką wadą serca jest w takich poszukiwaniach praktycznie bez szans.

KLARA I MAKŚ

Połowa 2023 r. Klinika ITiWWNiN. W odstępie kilkunastu dni do oddziału trafiają Klara i Maks, urodzeni w szpitalu. U obydwójka jeszcze w życiu płodowym stwierdzono ten sam zespół wad: rozszczep kręgosłupa, przepuklinę oponoworodzeniową i wtórne wodogłowie. Jak tłumaczą pediatrzy, rozszczep kręgosłupa w odcinku najczęściej lędźwiowo-krzyżowym, czasami piersiowo-krzyżowym, wiąże się z poważnymi problemami neurologicznymi, bo tam przebiegają nerwy. Dlatego dzieci muszą być operowane w pierwszych dniach życia. Neurochirurdzy w obu przypadkach starali się wykonać zabiegi tak, żeby zachować jak najwięcej funkcji układu neurologicznego. Ale nawet najdoskonalsza chirurgia nie jest w stanie uchronić dziecka z tak złożoną wadą przed problemami z poruszaniem nogami, z oddawaniem moczu, z trzymaniem stolca. Uszkodzony jest obszar, w którym przebiegają nerwy odpowiedzialne za wszystkie te funkcje.



fot. archiwum prywatne

Większość dzieci z wadami, jak u Klary i Maksa, rozwija wtórnie wodogłowie, to znaczy, że ma nadmiar płynu w układzie komorowym w głowie, która jest nieproporcjonalnie duża w stosunku do reszty ciała. Źle to wygląda, szczególnie jeśli patrzy osoba, która nie widziała dziecka z taką wadą. Płyn ciągle przybywa i dochodzi do ucisku na zdrową tkankę mózgową. Jeśli nie podejmie się działania, dojdzie do uszkodzenia mózgu. Ale problem można powstrzymać.

Dziewczynka i chłopiec przechodzą kolejne zabiegi neurochirurgiczne. Trzeba zaimplantować tzw. zbiornik Rickhama lub zastawkę komorowo-przedsionkową. Dzięki interwencji w głowie przestaje się zbierać płyn. Zabieg daje niemal stu procentową szansę na prawidłowy rozwój mózgowia i rozwiązanie problemu estetycznego. Głowa przestaje rosnąć, a reszta ciała powinna ją „dogonić”. Po jakimś czasie nie ma widocznych śladów wodogłowie poza drobnym defektem kosmetycznym. Za uchem zostanie mały ślad w miejscu, gdzie przebiegał dren i była założona zastawka.

Dzięki intensywnej rehabilitacji dzieci mogą być w miarę sprawne i samodzielne. Oczywiście dysfunkcje ruchowe pozostaną, ale głowy są jak najbardziej do uratowania.

– Można śmiało zaryzykować stwierdzenie, że mają szansę intelektualnie dogonić, a nawet przegonić rówieśników, bo często dzieci kompensują swoje

niedostatki fizyczne bardzo intensywnym rozwojem intelektualnym – mówi dr Fortecka-Piesterzeniewicz.

Ale największego problemu Klary i Maksa nie był w stanie rozwiązać żaden lekarz. Rodzice obydwójka jeszcze przed porodem zadeklarowali, że nie podejmą się opieki nad swoimi dziećmi, i poinformowali, że zostawią je w szpitalu. Nigdy ich nie odwiedzili, prawdopodobnie nie widzieli nawet o kolejnych operacjach.

Jedna z mam tłumaczyła, że tak uszkodzone dziecko jest dla niej zbyt dużym obciążeniem. Dr Fortecka-Piesterzeniewicz: – Mówiła, że boi się, że nie będzie w stanie zapewnić mu odpowiedniej opieki. Przyjęliśmy do wiadomości, bo przecież nie można w żaden sposób krytykować takiej decyzji. Poza tym trudno dyskutować z faktami. Widzieliśmy chore dziecko, które przez całe życie będzie wymagało opieki, leczenia, licznych konsultacji, bardzo intensywnej rehabilitacji.

Klara mieszkała w Klinice przez pięć miesięcy. Mimo prób nie udało się dla niej znaleźć nowej rodziny. W końcu trzeba było ją ze szpitala wypisać. Została przekazana do „Domu w Łodzi”, specjalistycznej placówki, która przejmuje opiekę nad chorymi, porzuconymi dziećmi. Stawia tylko jeden warunek:

◀ Dzieciom z ciężkimi wadami bardzo trudno znaleźć dom, są praktycznie bez szans

kandydaci na podopiecznych muszą samodzielnie oddychać.

Klara w „Domu” mieszka do dziś. Ma ciotkę – lekarkę z Kliniki ITiWWNiN. Przed każdymi świętami w oddziale jest organizowana zrzutka. Lekarka, która prowadziła dziecko, kupuje prezenty i znosi je Klarze. „Ciotki” oglądają później zdjęcia swojej wychowawcy i mają nadzieję, że jest szczęśliwa, bo przecież tak ładnie się uśmiecha.

Maks był szczęściarzem. Zakochała się w nim pielęgniarka, która się nim opiekowała. Któregoś dnia ogłosiła, że zabierze go do domu. Załatwiła wszystkie formalności i Maks oficjalnie został jej ukochanym jedynakiem. Jest – jak przystało na jedynaka – rozpieszczany, ale co ważniejsze, ma zapewnioną opiekę. Mama, która jest pracownikiem służby zdrowia, wie, jak profesjonalnie ją zorganizować, jak usprawnić rehabilitację i sama bardzo dużo od siebie daje. Dziś nikt nie ma wątpliwości, że Maks będzie chodził.

RODZICE

A co z prawdziwymi rodzicami tych dzieci? Dr Fortecka-Piesterzeniewicz: – Nigdy się w szpitalu nie pojawili. Zresztą rodzice, którzy stanowili deklarując, że nie chcą wychowywać swojego dziecka i nie jest to dziecko zdrowe, zazwyczaj nie zmieniają zdania. W większości przypadków ci ludzie są na tyle świadomi, co ich spotyka, że ich decyzja jest bardzo przemyślana i nieodwołalna. Dojrzeją do niej przez jakiś czas, bo o chorobie dowiadują się na długo przed porodem. Wady są diagnozowane prenatalnie. Właściwie przy przyjęciu do szpitala już wiemy, że będziemy mieli tzw. pacjenta socjalnego. Oczywiście, zgodnie z prawem rodzice mają czas na zmianę decyzji przez pierwsze sześć tygodni i ściśle się tego trzymamy. Ale pamiętam tylko jedną sytuację, kiedy mama zmieniła zdanie po zobaczeniu dziecka. Bo bardzo często ci rodzice porzucający nie chcą nawet dzieci obejrzeć. Ale powtarzam, nie

oceniamy ich. To jest dramat tych ludzi. Całą tę rodzinę.

ANTEK

To było dziecko z wadą serca. Drugie w rodzinie. Pierwsze miało hipoplazję lewego serca, czyli najcięższą wadę do leczenia kardiochirurgicznego, która właściwie nie jest możliwa do pełnej korekcji. Mama bała się powtórki tego, co przeżyła kilka lat wcześniej. Czyli, że rodzi się dziecko, które trzeba operować w pierwszych godzinach życia, i później jak w filmie – emocje tylko rosną. Nikt nie mógł dać gwarancji, że tym razem będzie dobrze. Dlatego wchodząc na porodówkę, ogłosiła, że synka ze szpitala nie odbierze. Na szczęście to drugie dziecko miało nieco lżejszą wadę – tetralogię Fallota. I choć jak wszyscy rodzice porzucający dzieci wyglądała na zdecydowaną, kilka dni po porodzie zadzwoniła do Kliniki.

Dr Fortecka-Piesterzeniewicz: – Powiedzieliśmy, że nie ma bezpośredniego zagrożenia życia, że małństwo samo oddycha i że mamy nadzieję, że będzie

PROF. IWONA MAROSZYŃSKA
NEONATOLOG, DYREKTOR INSTYTUTU
„CENTRUM ZDROWIA MATKI POLKI”



foto: archiwum prywatne

W większości porzucane są dzieci z poważnymi wadami rozwojowymi. Dlatego! Rodzic mówił mi otwarcie, że porzuca chore dziecko, bo ono się „w obraz życia nie wpisuje”. To się zdarza i to chyba znak czasów. Kiedyś taka decyzja wiązała się z potępieniem. Dziś – jak widzę – łatwiej ją podjąć. Gdybyśmy problem sprowadzili tylko do tej łatwości, strywalizowalibyśmy go. Bo przecież łatwo powiedzieć z przekąsem, że ktoś nie chce się w życiu męczyć i chce mieć łatwiej. Tylko że mam kontakt z ludźmi przeżywającymi prawdziwy dramat i widzę ich lęk, że sobie nie poradzą. I jest coś na rzeczy, bo mam wrażenie, że dotykamy sytuacji, w których państwo nie staje na wysokości zadania i ludzie pozostają sami z problemami. Coś musi nie działać, skoro w 2025 r. do szpitala są przyjmowane dzieci bliskie śmierci z powodu niedożywienia. I nie dlatego, że nie mają co jeść. One się zagładzają, bo mają

zaburzenia psychosomatyczne. Iles służb publicznych powinno to uważać, a nikt nie widzi.

Dzieci z wadami i rzadkimi chorobami i ich rodzice również są niewidzialni. Kiedyś dostałam list od rodziców takiego pacjenta. To była rodzina lekarska. Opisali gehennę, którą przechodzili w uzyskaniu pomocy dla dziecka. Jak walczyli o rehabilitację, o wizyty specjalistów, jak to wszystko próbowali łączyć ze swoim życiem. Wierzę im. Tak samo jak wierzę córce, która działała jako wolontariusz. Jej pierwszym podopiecznym było dwunastoletnie dziecko z mózgowym porażeniem dziecięcym. Po kolejnej wizycie mama tego chłopca zapytała córkę, czy mogłaby przyjść w godzinach wczesnowieczornych. Córka się zgodziła. Gdy rodzice wrócili, mama rozplakała się. Powiedziała, że to był pierwszy raz od lat, kiedy ona z mężem wyszła wieczorem z domu. ●

Z NOTATNIKA SZPITALNEGO PRACOWNIKA SOCJALNEGO

- urodzone w maju 2021 – niewydolność krążenia, karmienie sondą, ojciec chory, nie pracuje,
- urodzone w listopadzie 2022 r. – uszkodzony mózg, dwójka chorych dzieci w domu, zła sytuacja materialna,
- urodzone w lutym 2023 r. – zespół Downa, wada serca, skrócone kości długie,
- urodzone w lipcu 2023 r. – zespół Pradera-Williego, karmione sondą,
- urodzone w październiku 2023 r. – wodogłowie, przepuklina oponowo-rdzeniowa, ojciec nie uznał dziecka, matka boi się, czy zapewni odpowiednią opiekę,
- urodzone w listopadzie 2023 r. – wodogłowie, przepuklina oponowo-rdzeniowa, matka leży w depresji,
- urodzone w styczniu 2024 r. – zespół Downa, wada serca, wcześniak, ojciec bez pracy,
- urodzone w marcu 2025 r. – ciężka wada serca, pierwsze dziecko zmarło z powodu wady serca.

dobrze. Można powiedzieć, że ten telefon był sygnałem. Bo zazwyczaj jak ktoś postanawia zostawić dziecko w szpitalu, to kontakt się urywa. W tym przypadku mama przyszła i powiedziała, że ze wsparciem rodziny jakoś podoła, a przynajmniej spróbuje.

WOJTEK

Był urodzony przez dosłownie pijaną mamę. Z powodów socjalnych odebrano jej już kilkoro dzieci. Wojtek był wcześniakiem. Mały, po porodzie ważył niewiele ponad dwa kilogramy. Jednym słowem: hipotrofik, czyli zbyt mały do swojego wieku. W przeciwnieństwie do Hani, Antka, Klary i Maksa nie miał żadnych widocznych wad. Nie znajdowano ich w kolejnych badaniach. Wszyscy się obawiali,

że wcześniej czy później ujawni się wada ukryta, czyli FAS (płodowy zespół alkoholowy, zespół zaburzeń rozwojowych u dziecka, które w życiu płodowym zostało narażone na wpływ alkoholu).

– Wojtek, jak to porzucone dziecko, próbował nas czarować – wspomina dr Fortecka-Piesterzeniewicz. – No i udało się mu z jednym z naszych lekarzy. Został przez doktora adoptowany, kiedy proces leczniczy się zakończył, a sąd odebrał matce prawo do opieki. Wojtek jest już nastolatkiem, naprawdę szczęśliwym i zdrowym. FAS się nie ujawnił, ale emocje kolegi związane z kolejnymi wizytami u neurologa były za każdym razem ogromne. ●

Imiona wszystkich dzieci zostały zmienione

FELIETON

Dwanaście lekcji ze śmigłowca. Część pierwsza

25 lat Lotniczego Pogotowia Ratunkowego, ponad 200 tysięcy misji, setki przeszkolonych specjalistów. Co sprawia, że ta instytucja działa sprawnie, skutecznie i nie przypomina większości innych jednostek ochrony zdrowia? Praktyczne wnioski z codziennego działania LPR mogą zaskoczyć – i zainspirować cały system.

Gala z okazji 25-lecia Lotniczego Pogotowia Ratunkowego odbyła się w Warszawie 15 maja. W 2000 r. kierująca wówczas Ministerstwem Zdrowia Franciszka Cegielska powołała do życia instytucję, która przez minione ćwierćwiecze stała się stałym elementem polskiego systemu ochrony zdrowia. Dziś trudno wyobrazić sobie nasze ratownictwo bez żółtych śmigłowców. Załogi LPR wykonały już ponad 200 tys. misji – to potężny zasób doświadczeń. Wydaje mi się też, że jest to instytucja będąca jednym z ewidentnych sukcesów polskiego systemu ochrony zdrowia, na który (słusznie) tak często narzekamy. Mam przyjemność od ponad ośmiu lat pracować w jednej z baz LPR. Pomyślałem ostatnio, że inne jednostki naszego systemu mogłyby się od tej instytucji niejednego nauczyć. Przyszło mi do głowy dwanaście lekcji, które (między innymi) składają się na tenże sukces. Dziś o pierwszych sześciu z nich, o drugiej połowie opowiem w kolejnym felietonie.

Lekcja pierwsza: nadzór nad jakością jest istotny i działa. W Lotniczym Pogotowiu Ratunkowym każdy członek załogi – pilot, ratownik i lekarz – podlega regularnym kontrolom. Nikt się temu nie dziwi, nikt na to nie narzeka. Raz na jakiś czas odpowiedni instruktorzy wsiadają do śmigłowca ze swoim kolegą po fachu – piloci z pilotami, ratownicy medyczni z ratownikami medycznymi, a lekarze z lekarzami – i obserwują pracę członka załogi. Czy wykonuje procedury

JAKUB SIECZKO
ANESTEZJOLOG



z zachowaniem zasad bezpieczeństwa? Czy przestrzega najnowszych wytycznych? Na co musi zwrócić uwagę, jeśli chodzi o komunikację w zespole? O tym wszystkim rozmawiamy po dyżurze, otrzymując

Żeby mieć z kogo wybierać,
trzeba stworzyć miejsce pracy,
o którym ludzie będą marzyć

od naszego nadzorca informację zwrotną. W LPR słusznie, choć zupełnie nieodkrywczo, wychodzi się bowiem z założenia, że nie ma jednostek idealnych. Upływ czasu może wymazać z pamięci niektóre ważne informacje czy umiejętności, a żeby rozwijać się zawodowo, trzeba raz na jakiś czas mieć kogoś, kto przyjrzy się naszej pracy.

Lekcja druga: potrzebne są pieniądze. Dobrego ratownictwa, tak

jak dobrej medycyny w ogóle, nie zrobi się za sto czy dwieście złotych – po kosztach. Nie da się też zrobić w taki sposób bezpiecznego lotnictwa (przepisy są bardzo restrykcyjne). Nie chodzi nawet o wynagrodzenia, bo te w LPR są porównywalne z innymi jednostkami ochrony zdrowia. Kluczowa jest moim zdaniem jakość sprzętu, na którym pracujemy. Sprzęt działa, jest regularnie serwisowany, a jeśli czegoś zabraknie, w ciągu kilku godzin kurier dostarcza z centrali brakujący element. W śmigłowcu jest naprawdę chyba wszystko, co potrzebne do udzielenia pacjentowi (od noworodka do stulatka) dobrej pomocy medycznej na etapie przedszpitalnym. Mamy wideolaryngoskopy, sprawne respiratory, przenośne aparaty USG, wkłucia do szpikowe, wszystkie najważniejsze leki, drenaże opłucnowe, opatrunki hemostatyczne, stazy taktyczne, a nawet zestaw porodowy.

Lekcja trzecia: warunki socjalne są ważne. W bazach LPR nie ma tak

dobrze znanych mi ze szpitali, w których pracowałem, rozpadających się łóżek, zapluskwionych pokoiów odpraw, pamiętających lata osiemdziesiąte łazienek z urwanymi słuchawkami prysznicowymi. Nie ma też oczywiście luksusów, ale jest wszystko to, co potrzebne jest pracownikowi do poczucia, że pracodawca traktuje go jako człowieka z normalnymi potrzebami fizjologicznymi, a nie siłę roboczą mającą zapełnić puste miejsce w grafiku. W bazach LPR jest schludnie, mamy dostęp do czystej pościeli, ręczników, działających ekspresów do kawy. Klimatyzacja działa. Może to rzeczy małe, ale kto przespał liczne szpitalne noce na krzywym łóżku w chłodzie (lub dusznym upale), ten zrozumie, że te małe rzeczy mają znaczenie.

Lekcja czwarta: ludzi trzeba szkolić. Nie robić im nudnawych wykładów z dziesiątkami linijek zapisanych drobnym drukiem na slajdach czy przeprowadzać szkoleń BHP, od razu podając prawidłowe odpowiedzi do testu, ale uczyć ich tego, co im w codziennej pracy zawodowej się przytrafia lub przytrafić może. Mamy darmowe, regularne szkolenia z zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych (osobny kurs o dzieciach, osobny o dorosłych), z USG w medycynie ratunkowej, a także dwudniowy kurs, na którym uczymy się m.in. procedur, które wykonywane są rzadko, ale są niezwykle istotne. Kilka tygodni temu wróciłem z takiego szkolenia. Na specjalnych fantomach wykonywałem m.in. ratunkowe cięcie cesarskie, torakostomię, resuscytację noworodka, ćwiczyłem też postępowanie w sytuacji położenia pośladkowego rodzącego się dziecka czy krwawienia poporodowego u matki. Była też symulacja wypadku masowego. Kilka dni po kursie, na drugim dyżurze po nim, jedną z ćwiczonych procedur wykonywałem na prawdziwym pacjencie.

Lekcja piąta: dobrze jest mieć z kogo wybierać. Żeby mieć z kogo wybierać, trzeba stworzyć miejsce pracy, o którym ludzie będą marzyć. Jest w pracy w śmigłowcu coś z ducha przygody, ale też w środowisku medycznym LPR ma opinię tak dobrą, że dla wielu pracowników jest miejscem, do którego bram pukają często wielokrotnie. Na jedno miejsce dla ratownika medycznego chętnych bywa i stu, na jedno miejsce dla lekarza przynajmniej kilku. Proces rekrutacji jest wielostopniowy: sprawdzana jest wiedza teoretyczna, umiejętności praktyczne, predyspozycje psychologiczne, odbywają się też loty pod nadzorem. To, że w LPR

nie ma ludzi przypadkowych, widzę po tym, jak się z nimi współpracuje. Są to w zasadzie bez wyjątku osoby kompetentne, koleżeńskie, zrównoważone, nastawione na rozwiązywanie problemów. A wizerunek każdej instytucji tworzą przede wszystkim osoby w niej zatrudnione.

Lekcja szósta: Polska nie jest samotną wyspą. Trzeba czerpać z doświadczeń całego świata. Jeździć, szkolić się, obserwować. LPR współpracuje ze swoimi odpowiednikami w krajach skandynawskich, w Niemczech, we Włoszech, w USA. Lekarze i ratownicy spotykają się, wymieniają doświadczeniami, uczą się od siebie nawzajem, odwiedzają się w swoich bazach. Do Polski przyjeżdżają też regularnie koledzy i koleżanki ze Wschodu – z miejsc, gdzie lotnicze ratownictwo dopiero się rozwija (sam miałem okazję na

dyżurze gościć delegację z Ukrainy i z Gruzji). Bycie częścią ogólnoswiatowej społeczności leczy z kompleksów. Okazuje się, że problemy bywają wszędzie takie same, a inni są zaskakująco chętni do dzielenia się rozwiązaniami. Polskie lotnicze ratownictwo medyczne nijak nie jest prowincjonalne.

To pierwszych sześć lekcji, o których pomyślałem, ale do głowy przyszło mi jeszcze drugie tyle – o nich za miesiąc. I o ile wiem, że nie wszystkie opisane przeze mnie rozwiązania i doświadczenia są przekładalne na inne jednostki systemu ochrony zdrowia, to, ogólnie mówiąc, wydaje mi się, że wiele szpitali, przychodni czy stacji pogotowia ratunkowego mogłoby z doświadczeń LPR zaczerpnąć немало inspiracji. ●

Napisz do autora:
sieczko.gazetalekarska@gmail.com

reklama

PRAKTYKA LEKARSKA

Słowa mają znaczenie. O komunikacji diagnozy onkologicznej

ANTONINA KRYŃSKA

Nowotwór. Jak przekazać taką informację pacjentowi, nie pozbawiając go siły, nadziei i poczucia bezpieczeństwa? Jak zbudować zaufanie i dać mu siłę do walki, a nie pozostawić w poczuciu bezradności? Lekarze i psychoonkolodzy dzielą się dobrymi praktykami i błędami, których warto unikać.

Rak to cesarz chorób. Z raportu Najwyższej Izby Kontroli z 25 lutego 2025 r. o kondycji leczenia onkologicznego w Polsce wynika, że rocznie odnotowuje się około 170 tys. zachorowań i ponad 100 tys. zgonów. Nowotwory są drugą w kolejności przyczyną umieralności w Polsce (po chorobach układu krążenia). Obecnie ponad 1,17 mln Polaków żyje z chorobą nowotworową – na każde 100 tys. mieszkańców Polski taką diagnozę usłyszało 440 osób. Jest więc źle, a będzie jeszcze gorzej. Z roku na rok zachorowalność na nowotwory niestety rośnie.

Codziennie więc co najmniej kilka osób w gabinecie onkologa słyszy: „Ma pani/pan nowotwór”. To, jak diagnoza zostanie przekazana, jest bardzo ważne. Od tego zależy, czy chory będzie walczył jak lew o swoje życie i zdrowie, czy już na starcie się podda.

BEZ PUDROWANIA I OKŁAMYWANIA

Jak informować o diagnozie, skoro słowo „rak”, „nowotwór” paraliżuje ze strachu. Czy sucho, wprost? Czy prawdę powinno się dawkować po to, by nie odebrać nadziei i nie zabić woli walki w pacjencie? A białe kłamstwo? Wskazane czy nie?

– Pacjent ma święte prawo znać swoją sytuację, zaawansowanie choroby nowotworowej i rokowania z nią związane. Najpierw biorę do ręki wszystkie

dokumenty i omawiam dokładnie wyniki z pacjentem, i staram się zawsze mówić mu prawdę. Bo ta, nawet najgorsza, jest lepsza niż przypudrowane kłamstwo. Poza

Prawda, nawet najgorsza, jest lepsza niż przypudrowane kłamstwo. Poza tym i tak wcześniej lub później wyjdzie na jaw

tym i tak wcześniej lub później wyjdzie na jaw – tłumaczy dr Michał Kunkiel, onkolog kliniczny. I dodaje: – Przekazane informacje powinny być też proste i zrozumiałe dla chorego. Staram się nie używać nadmiernie specjalistycznego słownictwa medycznego, w które szczególnie obfituje onkologia jako dyscyplina medyczna, tylko prostego języka. Czasami jedna wizyta to za mało. Pacjent po wyjściu z gabinetu musi ochłonąć, zastanowić się, porozmawiać z rodziną. A potem wrócić. Często już nie sam, ale z kimś bliskim.

Dr Kunkiel nie ma wątpliwości, że im więcej czasu poświęci się pacjentowi, tym lepiej. Chory dobrze

poinformowany będzie mniej przestraszony i bardziej zmotywowany do leczenia, a to może przełożyć się korzystnie na wyniki terapii.

DEFICYT UWAGAŃ

Często jednak pacjenci narzekają na sposób, w jaki zostali poinformowani o chorobie.

– Oczywiście, nie wolno generalizować. To, jak diagnoza zostanie przekazana, zależy w dużej mierze od charakteru lekarza, ale z przykrością muszę stwierdzić, że niektórym z nich brakuje empatii i uważności. Pacjenci opowiadali mi, że często ważne informacje otrzymywali „w biegu”, nierzadko na korytarzu w obecności innych pacjentów. Lekarze chcą też jak najszybciej „zrzucić” z siebie trudną diagnozę, wypowiedzieć te najgorsze słowa i mieć to z głowy, a chory zostaje sam z pytaniami, emocjami – mówi gorzko Adrianna Sobol, psychoonkolog.

Jej zdaniem modelowo powinno wyglądać to tak, że diagnoza i trudne informacje lekarz zawsze przekazuje w gabinecie. W tym czasie nikt z personelu medycznego nie powinien wchodzić. Zawsze lekarz powinien przedstawić pacjentowi, jaki ma plan działania, bo musi być jakiś plan działania,

► Im więcej czasu poświęci się pacjentowi, tym lepiej, bo chory dobrze poinformowany będzie mniej przestraszony i bardziej zmotywowany do leczenia

nawet jeżeli w grę wchodzi już tylko opieka hospicyjna. Nie może zabraknąć również odpowiedzi na pytania. Pacjent musi się czuć zaopiekowany. Dostać tyle czasu, ile potrzebuje. Nie może być „zbyty” po pięciu minutach, bo za drzwiami gabinetu czekają kolejni pacjenci.

ILE BĘDĘ ŻYŁ?

Lekarzowi nie wolno kłamać, ale czy wolno wchodzić w buty Pana Boga i informować pacjenta, ile zostało mu miesięcy życia?

– Nie, nigdy nie powiem pacjentowi, nawet z zaawansowaną chorobą nowotworową, ile zostało mu życia. Tego bowiem nie wie nikt. A lekarzowi absolutnie nie wolno bawić się w Pana Boga. A jeżeli pacjent pyta, to mówię, że leczenie choroby zaawansowanej polega na próbie wprowadzenia jej w stan przewlekły, opanowaniu i kontrolowaniu objawów przez jak najdłuższy czas. Co by się bowiem stało, gdybym pacjentowi ze złymi rokowaniami powiedział, że zostało mu trzy miesiące życia? Czekałby na śmierć. Odliczał dzień za dniem. Minęłyby te trzy miesiące, potem jeszcze kolejny tydzień, może kolejne miesiące, a chory żyłby na „krechę”. Nie tylko dołożyłbym mu dodatkowego stresu, ale straciłby do mnie zaufanie – opowiada dr Kunkiel.

Wtórzuje mu dr Daniel Maliszewski, chirurg onkolog. – Są to dla mnie bardzo trudne rozmowy. Nie podaję dat, a jak pacjent pyta mnie wprost: „Panie doktorze, ile zostało mi czasu”, staram się nie zabijać w nim nadziei. Mam bowiem ten ogromny komfort, że leczę raka piersi, a ten typ nowotworu w porównaniu do innych jest w zasadzie dziś chorobą przewlekłą, nawet gdy jest w stadium rozsianym. Dlatego pacjentowi mówię, że rak piersi odpowiednio prowadzony w stadium rozsianym może być traktowany jako schorzenie przewlekłe.

Adrianna Sobol twierdzi, że to naturalne, że pacjenci chcą znać prawdę, ale bardzo ważne jest to, jak jest im przekazywana. A często jest ona brutalna, pozbawiająca nadziei, co jest

fot.: Shutterstock.com



niewybaczalne. Nadzieja to nie zawsze optymizm, przekonanie, że coś się dobrze skończy. Dla pacjentów nadzieja jest przeświadczeniem, że to, co robią, co jest im proponowane, ma sens. Nie trzeba dużej wyobraźni, by zrozumieć, jak czuje się człowiek, któremu lekarz mówi, że został mu rok życia. Jak ma z tym żyć? Jak budzić się rano? Nie chodzi o to, żeby lekarz w ogóle nic na ten temat nie mówił, ale żeby przekazał informację w łagodny sposób. Przykładowo: „W pana przypadku jest mowa raczej o miesiącach niż latach”. Brzmi to zupełnie inaczej, niż gdy podaje się konkretną liczbę miesięcy czy lat, bo wtedy jest to już rodzaj samospełniającego się proroctwa, skreślenia dni w kalendarzu.

Według dr. Michała Kunkiel współczesna onkologia kocha wykresy, krzywe, procenty, odsetki czy mediany. Niewątpliwie opiera się na nich i są niezbędne w planowaniu całego procesu diagnostyki i ostatecznego wyboru metody leczenia. Jednak każdy pacjent jest inny i może tym słupkom i medianom się wymknąć, co zresztą niejednokrotnie się dzieje. – W swojej codziennej pracy staram się więc

o nich nie myśleć – podkreśla dr Kunkiel.

DOBRY SPECJALISTA NIE MUSI BYĆ MIŁY?

Pokutuje przekonanie, że lekarz, zwłaszcza chirurg, powinien być przede wszystkim dobrym fachowcem. Oschłość i brak empatii można mu więc spokojnie wybaczyć. Ale czy na pewno?

– To, że lekarz jest dobrym specjalistą, nie zwalnia go z obowiązku bycia empatycznym i przyjaznym dla pacjenta. Jeżeli chory został źle potraktowany, zabraknie zaopiekowania, właściwej komunikacji, informacji, wpłynie to na motywację do leczenia oraz na to, czy to leczenie zostanie w ogóle podjęte. Pacjent uważa bowiem, że nie ma już żadnych szans na dalsze życie. Uważam, że empatii, dobrej komunikacji z pacjentem można się nauczyć, a nawet trzeba – podkreśla dr Daniel Maliszewski.

Wtórzuje mu Michał Kunkiel. – Medycyna kliniczna opiera się na pracy z chorym człowiekiem i często z jego rodziną. Ta interakcja musi być, siłą rzeczy lwia częścią tego zawodu jest rozmowa, dialog z osobą chorą. Lekarze często

uważają, że przede wszystkim muszą być skuteczni, a do tego dobra komunikacja nie jest im potrzebna. A to błąd, bo dobra komunikacja to podstawa pracy lekarza – uważa dr Kunkiel.

To, że empatię można w sobie „wdrukować”, nawet gdy się z nią nie urodziło, nie ma wątpliwości Adrianna Sobol. – Podobnie jest też z dobrą komunikacją. Lekarz musi się jej nauczyć. Przecież jego praca to nieustanny kontakt z człowiekiem – wyjaśnia.

LEKARZ TO NIE BÓG

Ale jest i drugie dno. Oszłość, obojętność i pośpiech wynikają nierzadko nie z charakteru lekarza, ale z czysto ludzkiego zmęczenia i przeciążenia pracą. W jednym dniu pracy lekarz potrafi w dużym ośrodku onkologicznym przyjąć nawet... 50-70 pacjentów.

– Obecnie nie pracuję już w takim miejscu, ale tak, wcześniej pracowałem i mimo tak dużej liczby pacjentów starałem się być empatyczny i uważny, za co zapłaciłem bardzo wysoką cenę zarówno emocjonalną, jak i zawodową – przyznaje dr Michał Kunkiel.

Przypomina, że w państwach skandynawskich dzienna liczba wizyt nie przekracza 5, maksymalnie 10. Dzięki temu onkolog nie jest przeciążony i może kompleksowo zaopiekować się pacjentem. U nas jest to nierealne.

W Polsce aktywnych jest 1116 onkologów klinicznych. Co najmniej o pół tysiąca za mało. Lekarze nie wytrzymują tempa pracy, a w onkologii jest ono szczególnie duże. Coraz częściej szwankuje im psychika. Z najnowszych badań m.in. Fundacji Nie Widać Po Mnie, w których wzięło udział 5100 lekarzy i lekarek różnych specjalizacji, wynika, że 100 proc. ankietowanych czuło się samotnych, 71 proc. było bardziej drażliwych niż kiedyś, 63,4 proc. przyznało, że ich koncentracja i pamięć się pogorszyły, 60 proc. nadmiernie się martwiło i przejmowało, a 54 proc. nie odczuwało radości z rzeczy, które do niedawna jeszcze ich cieszyły. Z kolei z danych Wielkopolskiej Izby Lekarskiej wynika, że aż 45 proc. medyków rozpoczynających pracę w zawodzie już w pierwszym roku jest przytłoczonych nadmiarem obowiązków, a 60 proc. lekarzy z dwudziestoletnim stażem doświadczyło wypalenia zawodowego. W odpowiedzi na te zatrażające statystyki izba ogłosiła rok 2025 Rokiem Przeciwdziałania Wypaleniu Zawodowemu i zapowiedziała działania mające wesprzeć lekarzy w odzyskaniu równowagi

i lepszym zadbanie o swoje zdrowie psychiczne. Wspomniane dane dotyczą co prawda lekarzy różnych specjalizacji, ale nie trudno sobie wyobrazić, że w onkologii jest pewnie dużo gorzej.

Problem z presją i brakiem czasu dla pacjentów widzi dr Adrianna Sobol. – Specjalistów mamy zdecydowanie za mało, a liczba pacjentów lawinowo rośnie. Onkolodzy ciągle są pod presją. Prawdopodobieństwo, że będą musieli przekazywać bardzo często niepomysłne informacje, jest bardzo wysokie. Do tego dochodzą emocje pacjentów. A to może prowadzić u lekarzy do wtórnej traumatyzacji. Personel medyczny, lekarze są bowiem bardziej niż inne zawody narażeni na tzw. wtórną traumatyzację, czyli STS. Pojawia się ona w wyniku towarzyszenia pacjentowi. Objawy STS są bardzo podobne, właściwie takie same jak przy PTSD. – Flashbacki, lęki, problemy ze snem, długą można wyliczać. Pracuję na oddziałach onkologicznych od 15 lat i obserwuję, że wielu lekarzy po jakimś czasie „zamraża się”, obojętnieje. To forma ochrony. Bo ile człowiek jest w stanie przyjąć ludzkiego cierpienia i zaopiekować się tym cierpieniem, skoro pacjentów jest coraz więcej i coraz więcej jest w związku z tym pracy – mówi Adrianna Sobol.

Nie ma ona złudzeń, że liczba onkologów lawinowo raczej nie wzrośnie, bo jest to trudna specjalizacja i wybierają ją nieliczni. Nie oznacza to jednak, że nic nie da się zrobić. – Warto zastanowić się nad zmianami w organizacji pracy, wsparciem psychologicznym dla personelu medycznego, edukacją z zakresu komunikacji medycznej oraz higieny emocjonalno-zawodowej, a nawet nad wprowadzaniem jak w wypadku psychologów superwizji. Musimy bowiem pamiętać, że pacjenci onkologiczni nie są tymi, którzy – gdy wyjdą z gabinetu, więcej do niego nie wrócą. To są pacjenci, którym lekarz towarzyszy latami, żyje z nimi, zna ich historię – podkreśla dr Sobol.

W jej opinii na studiach medycznych obowiązkowo powinny zostać wprowadzone zajęcia dotyczące komunikacji medycznej. – Pierwsze jaskółki zaczęły się już

pojawiać, ale wciąż tego rodzaju zajęcia są wyjątkiem, a nie regułą. Poza tym na konferencjach, w których biorę udział, coraz częściej pojawiają się aspekty emocjonalne oraz współpracy z pacjentem chorym przewlekle. Coraz więcej jest też oddolnych inicjatyw mających na celu przekazanie lekarzom tej wiedzy. Ale to wciąż za mało.

Zmiany widzi również Michał Kunkiel. Jego zdaniem nie brakuje już poradników, wytycznych i zaleceń poszczególnych towarzystw ani szkoleń, kongresów, gdzie zarządzanie emocjami czy radzenie sobie ze stresem są jednymi z głównych tematów.

WSPARCIE TO PODSTAWA

Tak samo ważne jak empatia jest wsparcie bliskich. Dlatego bardzo często pacjentowi przy diagnozie towarzyszy rodzina. A czy powinien też psycholog?

– Obecność rodziny, kogoś bliskiego, jest bardzo wskazana, wręcz zalecana, szczególnie na pierwszej wizycie. I nie chodzi tylko o sam aspekt emocjonalny. Często pacjent, słysząc diagnozę, jest w szoku, nie docierają do niego informacje. Nie potrafi zadać pytań. Wtedy rozmawiam z jego bliskimi. Poza tym lecze nie tylko pacjenta, ale w pewnym sensie też jego rodzinę, a więc najbliższe otoczenie – tłumaczy dr Kunkiel.

Uważa on, że jeżeli pacjent ma wsparcie w rodzinie, wie, co się wokół niego dzieje, a lekarz ma ciepły, empatyczny styl komunikacji, to psycholog nie jest już potrzebny.

Także Adrianna Sobol twierdzi, że włączenie rodziny do leczenia pacjenta to bardzo ważny aspekt. – Rodziny są z reguły wielkim wsparciem dla chorego, ale też nie zapominajmy, że oni sami mogą sobie nie radzić z trudną diagnozą, co dla pacjenta może być dodatkowym obciążeniem. Poza tym nie zawsze chory chce wsparcia rodziny, bo jest z nią w konflikcie albo jest osobą samotną.

Dlatego to pacjent powinien decydować, czy chce wsparcia rodziny, czy psychologa. Na oddziałach onkologicznych pracują psychoonkolodzy, zawsze ich można poprosić o pomoc – wyjaśnia. ●

PRAKTYKA LEKARSKA

Psychiatria przestała być czarną owcą medycyny

Zaburzenia psychiczne, głównie depresyjne, nerwice czy lękowe, towarzyszą wielu chorobom somatycznym. Wizyty u psychiatry, psychologa czy psychoterapeuty nie należy się już wstydzić – mówi **prof. Dominika Dudek**, kierowniczka Katedry Psychiatrii i Kliniki Psychiatrii Dorosłych Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, prezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, w rozmowie z Lucyną Krysiak.

Jak jest oceniany obecny stan zdrowia psychicznego Polaków?

Z badań EZOP I i EZOP II, przeprowadzonych przez Instytut Psychiatrii i Neurologii (IPiN) w bardzo poprawny metodologicznie sposób (próba dotyczyła 15 tys. osób w różnym wieku), dowiadujemy się, że różnego rodzaju zaburzeń psychicznych doświadcza w swoim życiu więcej niż jedna czwarta dorosłych mieszkańców Polski, co stanowi ponad osiem milionów osób. Zgodnie z tymi badaniami, które analizowały skalę tych zaburzeń, nie wygląda, aby istotnie różniły się od innych krajów europejskich. To, co obserwujemy, to zmaganie się z całą gamą kryzysów, które w znaczący sposób wpływają na stan psychiczny naszej populacji. Takim wstrząsem i kryzysem była pandemia COVID-19, która odbiła się na zdrowiu psychicznym przede wszystkim dzieci i młodzieży, co miało związek z izolacją, nauczaniem online, brakiem możliwości prawidłowej socjalizacji. Wiele dzieci miało problem z powrotem do szkoły, z odnalezieniem się w grupach rówieśniczych. Psychiatrycy dziecięco-młodzieżowi sygnalizowali duży wzrost różnych zaburzeń, zwłaszcza z kręgu depresyjnego. Pandemia w znacznym stopniu dotknęła również seniorów, co także miało związek z izolacją, ale też z lękiem o swoje zdrowie i życie.



fot.: archiwum prywatne

◀ Psychiatrii nie grozi kryzys kadrowy, młodzi lekarze chcą się w tym kierunku kształcić – mówi **prof. Dominika Dudek**, prezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego

uzależnienia od alkoholu, substancji psychoaktywnych, leków, a także internetu czy social mediów.

Obecnie niepokojącym trendem jest rosnąca rzesza uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Efektem tego jest wzrost liczby różnego rodzaju zaburzeń psychotycznych występujących w przebiegu intoksykacji lub w przebiegu zespołów abstynencyjnych. Nawet z pozoru niewinna marihuana wiąże się z większym ryzykiem wywołania psychoz. Szkodliwość zażywania substancji psychoaktywnych, zarówno zdrowotna, jak i społeczna, jest ogromna.

Kolejny kryzys, który odbił się na zdrowiu psychicznym Polaków, to wojna w Ukrainie, która spowodowała nasilenie zaburzeń lękowych. Generalnie chaos, który panuje na świecie, niepewność sytuacji politycznej i gospodarczej nie sprzyjają zachowaniu zdrowia psychicznego.

Jaki wpływ na zdrowie psychiczne ma styl życia, który prowadzimy? Mam na myśli używki,

Jakiego rodzaju zaburzenia dominują?

Depresyjno-lękowe. Zawsze była to najliczniejsza grupa pacjentów, a obecnie wciąż ich przybywa.

Zatem depresja nas nie opuszcza.

O XX wieku pisano, że jest to wiek melancholii, ale w XXI wieku na pewno się to nie zmieniło. Rzeczywiście, zaburzeń depresyjnych jest całkiem sporo, a takich głębszych

depresji z kręgu chorób afektywnych notuje się nawet kilka procent w populacji. Zresztą całe spektrum zaburzeń depresyjnych, również tych łagodniejszych, bardziej na nerwowo-lękowym poziomie (choć nie jest to prawidłowa nomenklatura), dotyczy kilkunastu procent społeczeństwa. Pozytywne jest to, że znacznie wzrosła świadomość występowania depresji jako choroby, że nie postrzega się jej jako przejściowego obniżonego nastroju czy złego humoru. Wzrosła także świadomość potrzeby jej leczenia oraz tego, że leczenie to jest skuteczne, a wizyty u psychiatry, psychologa czy psycho-terapeuty nie należy się wstydzić. Także lekarze rodzinni są coraz lepiej wyedukowani i przygotowani, by rozpoznawać i leczyć zaburzenia depresyjne. Dysponują wytycznymi dotyczącymi postępowania w tej chorobie opracowanymi przez Polskie Towarzystwo Psychiatryczne. Przygotowywaliśmy też na zlecenie Naczelnej Izby Lekarskiej rekomendacje z tego zakresu dla lekarzy rodzinnych. Dzięki temu coraz więcej pacjentów może szybciej otrzymać diagnozę i szybciej podjąć terapię.

Otwarcie się na leczenie różnego rodzaju zaburzeń psychicznych, w tym stanów depresyjnych, sprawiło, że psychiatria przestała być czarną owcą medycyny. To określenie nawiązuje do znakomitej książki autorstwa Jeffreya Alana Liebermana „Czarna owca medycyny” na temat historii psychiatrii, która coraz bardziej staje się dziedziną interdyscyplinarną. Dostrzeżono, że zaburzenia psychiczne, głównie depresyjne, nerwicowe, lękowe, towarzyszą wielu chorobom somatycznym (m.in. kardiologicznym, neurologicznym, endokrynologicznym, metabolicznym). Polskie Towarzystwo Psychiatryczne coraz częściej współpracuje z innymi specjalnościami medycznymi, opracowując z nimi wspólnie rekomendacje, stanowiska, organizuje też wspólnie konferencje, które pozwalają spojrzeć na problem zaburzeń psychicznych z szerszej perspektywy.

Czy dotyczy to także choroby otyłościowej, która staje się wyznacznikiem naszych czasów?

Jak najbardziej. Choroba otyłościowa to problem medyczny nie tylko bariatrów, dietetyków, ale także

psychiatrów, bo swoje źródło ma zarówno w metabolizmie, jak i w emocjach. Nieradzenie sobie z emocjami może skutkować chorobą otyłościową i jej leczenie musi uwzględniać aspekty psychologiczne. Związki psychiatrii i otyłości są silne, szczególnie w przypadku depresji. Przyczyną depresji może być choroba otyłościowa, ale i depresja może być przyczyną otyłości. Mamy też dużą grupę pacjentów psychotycznych, u których problem otyłości i zespołu metabolicznego jest ogromny, ponieważ skutkiem ubocznym leczenia m.in. neuroleptykami jest niepożądany przyrost masy

Zachowaniu zdrowia psychicznego
nie sprzyja chaos, który panuje na świecie,
oraz niepewność sytuacji politycznej
i gospodarczej

ciała. Jesteśmy jako psychiatrzy świadomi tego problemu i w naszej pracy terapeutycznej staramy się go uwzględniać. Dlatego lecząc dziś, należy pamiętać o jutrze. Jeśli zaczynamy leczyć młodego człowieka z pierwszym epizodem schizofrenii, należy zrobić wszystko, aby za 10-15 lat do jego choroby psychicznej nie dołączyła choroba otyłościowa i związane z nią powikłania, np. nadciśnienie tętnicze czy cukrzyca typu 2.

Coraz więcej osób cierpi także na zaburzenia snu, głównie seniorzy, ale ostatnio także dzieci i młodzież. Wiele zaburzeń psychicznych wiąże się też z samotnością. Zaburzenia snu stanowią odrębny problem, którym zajmuje się psychiatra. Jest to jedna z głównych dolegliwości, z którą pacjenci się do nas zgłaszają, najczęściej do lekarzy rodzinnych, ale zaburzenia snu stanowią element zaburzeń psychicznych, choćby przytaczanej już depresji. Jednym z objawów tej choroby

może być bezsenność, a czasem nadmierna senność, choć częściej występuje ten pierwszy objaw. Wydawałoby się, że w takich sytuacjach najprościej zaordynować lek ułatwiający zasypianie, ale należy pamiętać, że w leczeniu przewlekłej bezsenności najważniejsze są działania tzw. pierwszego rzutu, czyli wdrażanie zasad higieny snu, działań terapeutycznych z zakresu terapii poznawczo-behawioralnej, gdyż leki na bezsenność można stosować przez krótki czas. Najlepiej sprawdzają się one w bezsenności przygodnej, krótkotrwałej, gdyż mają swoje ograniczenia, np. są uzależniające. W tej sprawie odsyłam do rekomendacji Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, które zostały niedawno opublikowane w „Psychiatrii Polskiej”.

Jeśli chodzi o samotność, jest to obecnie problem społeczny, który wprawdzie odbija się bardzo mocno na zdrowiu psychicznym, ale samotność nie jest rozpoznaniem psychiatrycznym. Dotyczy ona głównie osób w wieku podeszłym, które stanowią coraz większy odsetek społeczeństwa. Wydłuża się czas życia, ale nie ma róży bez kolców. Na stan zdrowia psychicznego seniorów wpływa wiele czynników: zarówno współistniejące choroby somatyczne, jak i starzenie się mózgu, organiczne zmiany w centralnym systemie nerwowym, ale ważną – a powiedziałabym nawet – kluczową rolę odgrywają czynniki psychologiczno-społeczne, w tym wypadku osamotnienie. Są raporty, które pokazują, że nawet jeśli osoba starsza żyje w rodzinie, nie zawsze jest to sielanka. Zdarza się przemoc fizyczna, psychiczna, ekonomiczna. Sama struktura rodziny, kiedy dzieci często mieszkają daleko, także sprzyja osamotnieniu. Dlatego tak ważne są różne działania, które temu przeciwdziałają, np. uniwersytety trzeciego wieku, centra aktywności dla seniorów. Chodzi o to, aby byli oni wśród ludzi.

W psychiatrii wiele się dzieje. Od kilku lat zapowiadane są zmiany

systemowe. Czego dotyczą i na jakim są etapie?

Dotyczą one zarówno psychiatrii dziecięco-młodzieżowej, jak i psychiatrii dorosłych. Powstały Centra Zdrowia Psychicznego. Wiązało się to ze zmianą finansowania poprzez wprowadzenie stawki ryczałtowej na populację, którą centra obejmują opieką. Zmiana finansowania pozwoliła poszerzyć możliwości zapewnienia pacjentom dostępności do centrów i lepszej opieki. Jednak Centra Zdrowia Psychicznego nie zaspokoją wszystkich potrzeb. Usprawnieniu i dopełnieniu systemu mają służyć programy specjalistyczne, które mają objąć te potrzeby na poziomie podstawowym. Zmiany te są właśnie wprowadzane. Potrzeba do tego dobrej wyceny świadczeń i osobnego finansowania także grup pacjentów bardziej specjalistycznych, np. ze schorzeniami lekoopornymi (depresją lekooporną, schizofrenią lekooporną).

Potrzebujemy też osobnego finansowania programów dla ośrodków psychoterapeutycznych, dla pacjentów z zaburzeniami odżywiania, którzy wymagają bardziej kompleksowej opieki i wyspecjalizowanych działań terapeutycznych. Centra Zdrowia Psychicznego nie muszą się tym zajmować. Wystarczy, że jakiś wytypowany ośrodek będzie przyjmował tych pacjentów. Potrzebujemy też dobrego finansowania bardziej zaawansowanych metod diagnostycznych. To wszystko dopiero się tworzy i opracowywane są szczegóły. Ale jesteśmy dobrej myśli. Pierwszy raz w historii pojawił się w psychiatrii program lekowy leczenia esketaminami w depresji lekoopornej. To bardzo droga terapia, co było barierą, aby ją stosować. Obecnie dla pacjentów wymagających tego rodzaju leczenia jest stosowana nieodpłatnie. Marzeniem jest, aby ośrodki wysokospecjalistyczne, do których kierowani są pacjenci trudni, z wielochorobowością, lekooporni, wymagający pogłębionej diagnostyki, były lepiej finansowane.

Czy przybędzie miejsc, gdzie będzie można zwrócić się po pomoc?

W ramach Centrów Zdrowia Psychicznego działają punkty konsultacyjne koordynujące opiekę nad pacjentami. Jeśli pacjent jest

w kryzysie, może się do takiego punktu zgłosić i otrzymać pomoc. Faktem jest, że np. na psychoterapię refundowaną przez NFZ czas oczekiwania jest zdecydowanie zbyt długi. Po latach stagnacji procedowana jest wreszcie ustawa o zawodzie psychoterapeuty i liczymy, że pójść za tym zmiany na lepsze. To jest krok w dobrą stronę, choć wokół tych zmian toczy się wiele dyskusji i powstaje wiele kontrowersji. Moim zdaniem, jeśli nawet w projekcie ustawy będą niedoskonałości, lepiej wdrożyć ustawę, a później ją poprawiać w ramach nowelizacji. Uregulowania prawne w tej kwestii są niezbędne i trzeba je jak najszybciej wprowadzić.

Czas oczekiwania na psychoterapię refundowaną przez NFZ jest zbyt długi, ale jest procedowana ustawa, wraz z którą powinny przyjść zmiany na lepsze

Czy poprawi się dostępność do leczenia psychiatrycznego szpitalnego, czy nadal na miejsce w oddziale trzeba będzie czekać w długich kolejkach, szczególnie dla dzieci i młodzieży?

Reforma systemu kładzie nacisk na wzrost udziału form pozaszpitalnych w leczeniu psychiatrycznym. Mam na myśli psychiatrię środowiskową. Jeśli będzie sprawnie funkcjonować, hospitalizacja rzadziej będzie konieczna. Chodzi o to, by pobyt w oddziale psychiatrycznym był ostatecznością, a leczenie szpitalne podejmowane było w sytuacjach kryzysowych. Dużą rolę mają do odegrania oddziały dzienne czy leczenie podejmowane w ramach zespołów hospitalizacji domowej (leczenie środowiskowe), gdzie do pacjenta do miejsca zamieszkania przyjeżdża lekarz, pielęgniarka, psycholog. Takie formy leczenia mają też poprawić współpracę z pacjentami.

Wiele przypadków zaostrzeń czy nawrotów choroby jest spowodowanych odstawieniem leków, niestosowaniem się do zaleceń lekarza. Jest jednak wiele osób w ostrych kryzysach, które powinny natychmiast być hospitalizowane i trudno dla nich znaleźć wolne łóżko. Zmiana systemowa ma odciążyć szpitale psychiatryczne, poprawić dostępność bez generowania nowych łóżek i sprawić, aby pobyty w oddziałach zamkniętych były kryzysowe i krótkie. Często pacjenci przebywali długo w oddziałach, ponieważ nie było dla nich alternatywy leczenia i to ma się zmienić. Po leczeniu w Centrum Zdrowia Psychicznego pacjent może być dołączony w oddziale dziennym, nie musi trafiać do szpitala psychiatrycznego. Oczywiście, wobec rosnącej liczby przypadków ciężkich zaburzeń psychicznych w związku z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych łóżek szpitalnych może być za mało i ten problem będzie wymagał rozwiązania.

Jakim zapleczem kadrowym dysponuje psychiatria? Czy lekarze po stażu podyplomowym chcą się specjalizować w psychiatrii?

Obecnie w Polsce pracuje ponad 4 tys. psychiatrów, co oznacza, że na milion mieszkańców przypada 90 lekarzy tej specjalności. Zaplecze kadrowe mamy więc solidne. Gorzej wygląda sytuacja, jeśli chodzi o psychiatrów dziecięcych, przypada ich około 400 na 7 mln dzieci. Jednak prognozy są obiecujące. Jest bardzo duże zainteresowanie młodych lekarzy specjalizacją z psychiatrii. Wszystkie miejsca rezydentki są wykorzystane i co roku ich przybywa. Kiedy zaczynałam specjalizację z psychiatrii, było nas niewielu i wybór tej specjalności uchodził nawet za wstydliwy. Obecnie obserwujemy całkowitą zmianę, młodzi lekarze chcą kształcić się w tym kierunku i są w tym bardzo zdeterminowani. Obecnie w klinice, którą kieruję, mamy kilkudziesięciu rezydentów z psychiatrii. Mam zatem nadzieję, że tej specjalności nie grozi kryzys kadrowy. ●

Odprawa może dawać skrzydła albo je podcinać

W ochronie zdrowia, podobnie jak w wojsku, nie ma miejsca na improwizację ani udawanie. Liczą się jasność ról i plan działania. Czas odczarować statusy i spotkania i sprawić, by rzeczywiście służyły ludziom i pacjentom.

Status, odprawa, raport, briefing. Słowa te często kojarzą się ze stratą czasu. Jałowe spotkania, na które wszyscy przychodzą, bo trzeba. Nikt z tego nie wynosi nic dla siebie – nawet ciastek. Najwięcej mówią zwykle ci, którzy mają najmniej do pokazania, i ci, którzy lubią dawać szefowi poczucie, że są jego wiernymi i zaufanymi ludźmi. Udawacze, zdając swój raport, opisują każdą czynność po kolei – od złapania za klamkę, przez jej naciśnięcie, aż do zamknięcia drzwi, przejścia przez korytarz i złapania za drugą klamkę. Dają tym samym poczucie, że skoro tak dużo mówią o swojej pracy, to dużo robią. Nastawieni na robienie wrażenia starają się pokazać w swoich opowieściach, jak bardzo byli istotni w tysiącu procesów, w których brali udział, lub jak bardzo zbawili świat tym jednym. Pokazują, jak by się on posypał, gdyby nie ich interwencja.

Na takich spotkaniach najrzadziej mówią ci naprawdę zajęci pracą. Pojawiają się ciągnięci na siłę i niemal pod groźbą kary, bo szkoda im czasu. Fanami odpraw nie są też ci, którzy przestali wierzyć w organizację i nie chce się im marnować czasu na nie swoje tematy. Nie przychodzą, bo nie mają tam nic dla siebie. Na odprawach nie zjawiają się też ci, którzy są tak dobrzy, że i tak ich nikt nie wyrzuci, ale też ci, którzy bardzo marzą, żeby ktoś pomógł im podjąć życiowe decyzje i im podziękował. W całej tej historii najbardziej niewidoczni są ci, którzy rzeczywiście dobrze pracują.

Bywają też spotkania skrajnie demotywujące – wielogodzinne narady o niczym, które zamiast motywować, zniechęcają. Ludzie uciekają na nich w ekrany telefonów: niby słuchają, ale nic nie słyszą. Wizja szefa to kontrola wydarzeń aktualnych i kryzysów. Poróżnieni ludzie są zniechęceni tak,

ANNA GOŁĘBICKA,
EKONOMICZKA, STRATEG
KOMUNIKACJI I ZARZĄDZANIA



że skrzętnie omijają trudne tematy i nie dotykają rozwiązania problemu oraz wspólnej niechęci. Najważniejsze, by ten smutny obowiązek spotkania z szefem z dużym ego i małym doświadczeniem się skończył.

Inny ekstremalny przykład to odprawy pokazowe. Przykład to spotkanie, na którym szef podarł przy wszystkich kartkę z notatkami jednemu z pracowników. Miało być mocno – wyszło słabo. Zamiast zyskać, stracił autorytet. To nie pracownika dotknęła kompromitacja.

Bywały też odprawy ze znużonym szefem. Byłam na takiej, gdzie niekompetencja zamieniała się w zachwalstwo, aby zaraz potem stać się murem nie do przejścia. Byłam i na takich, które dodawały skrzydeł. Miały swój cel, pozwalały na wymianę informacji, motywowały. Trwały dwadzieścia minut, były cykliczne, każdy miał taki sam czas na wypowiedzi.

Dobra odprawa zawsze ma cel. Jest określona w czasie. Każdy ma na niej swoje 5 minut, a co najważniejsze każdy ma wyjść z czymś istotnym dla siebie. Korporacje uważają, że jeśli nie uda się czegoś załatwić w 30 minut, nie załatwi się wcale. Ludzie mówią, co się wydarzyło, jakie było tło i rozwiązanie. Jeśli trzeba, ustala się plan A i B, a z działań wyciągane

są wnioski. Każdy zna swoją rolę. Odprawa nie może być egzaminem lub przesłuchaniem. Słowa klucze, krótko, na temat i z równym dostępem do mównicy. Bez krytyki i oceny. Z konstruktywną dyskusją nie o ludziach, ale o sprawie. Odprawa może zaspokajać potrzeby: bezpieczeństwa, uznania, przynależność czy samorealizację. Ważne, by ktoś o niej myślał nie jak o obowiązku w dusznej salce, z którego nic nie wynika, ale jak o odprawie przed akcją.

Gdyby placówki ochrony zdrowia umiały uczyć się od komandosów i traktowały ludzi w ten sposób, byłibyśmy w innym miejscu i wiele rzeczy działałoby sprawniej. Bo praca w szpitalu czy poradni to często misja specjalna, wymagająca współpracy, informacji, ustalenia zasad, planu A i B oraz wyciągnięcia wniosków z opcją słuchania i słyszenia wielu perspektyw. Potrzebuje doświadczonego menedżera z detektorem na podlizuchów i udawaczy, który potrafi zaangażować najlepszych i przywrócić do zespołu tych wypalonych, nieczujących się jego częścią, stojących na uboczu, zniechęconych.

Odprawa jest papierkiem lakmusowym kultury organizacyjnej. Ale może być też narzędziem do jej kształtowania. Jak to wygląda u ciebie?

PRAKTYKA LEKARSKA

Chatbot cię wysłucha. Ale czy pomoże?

ZBIGNIEW WOJTASIŃSKI
DZIENNIKARZ

Technologiczna obietnica niesie ze sobą ryzyko: uproszczone diagnozy, błędne interwencje i fałszywe poczucie bezpieczeństwa. Czy sztuczna inteligencja może naprawdę zastąpić człowieka w tak delikatnym procesie jak psychoterapia?

Idęca była słuszna – poprawa dostępności psychoterapii, zwłaszcza terapii poznawczo-behawioralnej (CBT). Wiele osób nie może pozwolić sobie na kosztowne leczenie prywatne – jedna konsultacja psychiatryczna dziecka to wydatek rzędu 700 zł. Inni rezygnują z pomocy z powodu długich kolejek lub braku specjalistów w pobliżu. Są też tacy, którzy nie są w stanie przełamać bariery przed osobistym spotkaniem z terapeutą.

EPIDEMIA DEPRESJI

Zgodnie z najnowszym raportem Fundacji Pomagam.pl „Ważne słowa na P” aż 26 proc. Polaków doświadczyło w swoim życiu objawów zaburzeń psychicznych. Potrzeby są ogromne. Średni czas oczekiwania na refundowaną wizytę u psychologa wynosi 128 dni. Niewystarczające są nawet infolinie pomocowe. W 2024 r. z infolinii wsparcia emocjonalnego NASK skorzystało blisko 38 tys. osób, a ponad 250 interwencji dotyczyło zagrożenia życia.

Prognozy są jeszcze bardziej niepokojące. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) do 2030 r. depresja może stać się najczęściej występującą chorobą na świecie – przed chorobami sercowo-naczyniowymi i nowotworami. Do tego należy doliczyć osoby z zaburzeniami lękowymi, próbami samobójczymi, problemami osobowości czy innymi trudnościami emocjonalnymi.

Trudności z dostępem do opieki psychologicznej występują globalnie – nawet w krajach wysokorozwiniętych, takich jak Wielka Brytania czy Stany Zjednoczone. Nic dziwnego, że

wiele instytucji i organizacji od lat poszukuje rozwiązań mających poprawić sytuację. Leczenie chorób psychicznych jest kosztowne – zarówno społecznie, jak i ekonomicznie – tymczasem skuteczność psychoterapii została udowodniona w badaniach.

TERAPIE NISKIEJ INTENSYWNOŚCI

W Wielkiej Brytanii już w 2008 r. rozpoczęto działania mające na celu zwiększenie dostępności terapii w ramach National Health

Dostępność 24/7 nie oznacza bezpieczeństwa 24/7. Pacjent może uwierzyć, że chatbot go leczy, a to złudzenie bywa niebezpieczne

Service (NHS). Priorytetowo postraktowano tzw. interwencje niskiej intensywności – prostsze, mniej czasochłonne formy terapii poznawczo-behawioralnej, dostępne dla większej liczby pacjentów. W zależności od potrzeb możliwe było późniejsze skierowanie pacjenta do bardziej specjalistycznej opieki, o wysokiej intensywności, wymagającej dużych nakładów.

Wprowadzono nawet funkcję terapeutę CBT przeszkolonego do prowadzenia takich interwencji. – Podstawowy cel CBT niskiej

i wysokiej intensywności jest ten sam: złagodzenie objawów cierpienia psychicznego pacjenta – podkreśla Freda McManus, brytyjska psychoterapeutka i konsultantka psychologii klinicznej, w książce „Terapia poznawczo-behawioralna”.

Zaczęło się od terapii telefonicznej i online. Pojawiły się programy eCBT – komputerowe i mobilne aplikacje na smartfony uczące technik radzenia sobie z negatywnymi myślami, bardziej pozytywnych tendencji myślowych (są dostępne także w Polsce) czy monitorowania nastroju. Te formy terapii zyskały szczególną popularność w czasie pandemii COVID-19.

Według McManus możliwe i bezpieczne jest skomasowanie terapii – np. kilkugodzinne sesje jednodniowe mogą być równie skuteczne jak cotygodniowe spotkania rozłożone na wiele tygodni. W pewnych przypadkach terapia intensywna, trwająca np. 12–20 godzin w ciągu tygodnia, daje porównywalne efekty jak dłuższe cykle terapeutyczne odbywające się w odstępach tygodniowych.

SAMOPOMOC ZAMIAST TERAPEUTY?

Kolejnym sposobem zwiększenia dostępności terapii jest zmniejszenie intensywności pracy terapeutów – przekonuje Freda McManus. Chodzi o to, że przynajmniej u niektórych pacjentów wystarczająca może być mniejsza liczba sesji lub mogą być one krótsze. Inna opcja to



fot.: Shutterstock.com

◀ Coraz więcej osób szuka wsparcia psychicznego u cyfrowych asystentów. Ale chatbot nie zastąpi relacji z drugim człowiekiem – zwłaszcza w terapii

większa grupa pacjentów przypadających na jednego terapeuty, jak w przypadku terapii grupowej. W takim modelu rola terapeuty przypomina nauczyciela lub przewodnika.

W terapii niskiej intensywności znaczącą rolę odgrywa samopomoc – pacjent korzysta z materiałów edukacyjnych, ucząc się radzenia sobie z trudnościami przy minimalnym wsparciu terapeuty. McManus przyznaje jednak, że skuteczność takiej formy leczenia – szczególnie przy zerowym udziale specjalisty – nie została jednoznacznie potwierdzona. Podkreśla, że nie jest ona wystarczająca w przypadku przewlekłych, złożonych problemów psychicznych.

Kluczową rolę odgrywa kwalifikacja pacjenta do właściwej formy terapii i jej intensywności, co nie jest możliwe bez udziału odpowiednio doświadczonego terapeuty. Bez odpowiedniej oceny istnieje ryzyko, że źle dobrana metoda pogorszy sytuację i zniechęci do dalszego leczenia.

WIRTUALNY PSYCHOTERAPEUTA

Wszystkie wady i zalety terapii niskiej intensywności stają się jeszcze wyraźniejsze, gdy w grę wchodzi chatboty terapeutyczne. Obecnie korzysta z nich na świecie co najmniej kilka milionów ludzi. Jak podaje „New York Times”, tylko aplikacja Woebot ma 1,5 mln

użytkowników, a kilkaset milionów osób na świecie szuka porad psychologicznych za pośrednictwem AI.

Pierwszy chatbot terapeutyczny – ELIZA – powstał już w 1966 r. Działał w oparciu o proste dopasowywanie słów kluczowych. Jego twórcą był Joseph Weizenbaum z Massachusetts Institute of Technology (MIT). Bot został tak zaprojektowany, że otrzymywał pytania formułowane przy użyciu elektrycznej maszyny do pisania. Współczesne chatboty udzielające wsparcia emocjonalnego na ogół wyposażone są już w elementy terapii poznawczo-behawioralnej. Wciąż – o czym warto pamiętać – nie są uznawane oficjalnie metodą terapeutyczną. Dlatego wszelkie porady poprzedzane są krótkim ostrzeżeniem, by zwolnić producenta z ewentualnej odpowiedzialności prawnej. Brakuje bowiem danych, które potwierdzałyby skuteczność takich interakcji – nie wiadomo, kto z nich korzysta, w jakim stanie psychicznym i czy są one właściwą formą pomocy.

ILUZJA WSPARCIA

Krytycy chatbotów, którymi zwykle są terapeuci i psychiatry,

zwracają uwagę, że ich użytkownicy mogą przeceniać zalety tej technologii, wpadając w pułapkę tzw. błędnego przekonania terapeutycznego. Wydaje się im, że cyfrowy terapeuta jest pomocny i skuteczny, a przede wszystkim jest wystarczający albo – co jeszcze bardziej niepokojące – jest w stanie zastąpić specjalistę. Inni z kolei są całkowicie rozzarowani, sądząc, że wszystkie metody psychoterapii są bezużyteczne, co jest równie szkodliwe.

– Istnieje ryzyko uzależnienia emocjonalnego od chatbotów, wynikające z ich stałej dostępności i natychmiastowych odpowiedzi – podkreśla dr Marcin Rządeczka, kierownik Laboratorium Badań nad Multimodalnością UMCS w Lublinie. – To aktywuje układ nagrody w mózgu, co może obniżać motywację do rzeczywistego zaangażowania w terapię.

Jeszcze większe zagrożenie wiąże się z błędnymi lub szkodliwymi poradami. AI nie rozpoznaje niuansów, nie widzi mowy ciała ani nie potrafi prawidłowo zareagować w sytuacjach kryzysowych. – Istnieje ryzyko, że chatboty mogą udzielać nieodpowiednich lub wręcz szkodliwych porad, zwłaszcza w przypadkach skomplikowanych zaburzeń psychicznych – zaznacza Marcin Rządeczka.

TRAGICZNE PRZYPADKI

W 2023 r. media donosiły o mężczyźnie z Belgii, który po rozmowie z chatbotem odebrał sobie życie. Twierdził, że w ten sposób chce ratować planetę. Jego żona twierdziła, że mąż panicznie bał się katastrofy klimatycznej i miał zapytać AI o to, czy Ziemię może uratować to, że popełni on samobójstwo.

W kolejnym przypadku – z 2024 r. – samobójstwo popełnił 14-letni chłopiec korzystający z bota character.ai. Jego matka pozwała firmę, która udostępniła aplikację, zarzucając jej, że doszło do tego z winy cyfrowego terapeuty.

Chatbot podobno pytał chłopca, czy ma myśli samobójcze, ten potwierdził to, ale nie wyraził się jednoznacznie, czy faktycznie zamierza odebrać sobie życie. W rozmowie z botem mogło dojść do nieporozumienia, w każdym razie nie zareagował on w sposób stanowczy.

Inna rodzina zarzuciła temu samemu chatbotowi, że nie zareagował, gdy ich autystyczny syn mówił o zamiarze zabicia rodziców. Producent tego modelu AI twierdzi, że po tych wypadkach natychmiast wprowadził nowe zasady bezpieczeństwa do swego bota.

– Generatywna AI staje się coraz bardziej dostępna – także dla dzieci i osób nieprzygotowanych do jej używania, co może stwarzać realne zagrożenie, jeśli nadal będziemy na to pozwalać – ostrzegała w rozmowie z „Vox” Mia Bonta z parlamentu stanowego Kalifornii. Zwróciła uwagę, że chatboty nie posiadają licencji terapeutycznej ani nadzoru ze strony profesjonalistów.

WZMACNIANIE SCHEMATÓW

– Chatboty projektowane są tak, by zapewniać użytkownikowi komfort i emocjonalne wsparcie, co paradoksalnie może zmniejszać ich motywację do

samodzielnego rozwiązywania problemów i aktywnego uczestnictwa w procesie terapeutycznym – mówi dr Rządeczka. – Paradoksalnie może to prowadzić do utrwalania błędnych przekonań i unikania konfrontacji z trudnymi emocjami. A to bardzo ważne, na co zwracała uwagę brytyjska psychoterapeutka Freda McManus w odniesieniu do terapii behawioralno-poznawczej.

Sztuczna inteligencja nie odczytuje sygnałów niewerbalnych – tonu głosu, gestów, mimiki. Nie potrafi też reagować na niespójności w wypowiedziach ani korygować irracjonalnych schematów myślenia. Dodatkowo ograniczają niezdolność do wykrywania ukrytych problemów emocjonalnych lub niespójności w wypowiedziach – ocenia dr Rządeczka.

– Chatboty generują wypowiedzi, które brzmią empatycznie, ale często jedynie wzmacniają istniejące emocje użytkownika, bez pogłębionego wglądu w źródło problemu – podsumowuje badacz. – W efekcie cyfrowi terapeuci mogą „nieświadomie” wzmacniać patologiczne wzorce myślowe, błędne

przekonania, utrudniając użytkownikom osiągnięcie rzeczywistej poprawy stanu psychicznego.

CO DALEJ?

Część tych zagrożeń można ograniczyć – pod warunkiem że rozwój AI w psychoterapii będzie odbywać się z udziałem profesjonalistów, w warunkach odpowiedzialności i nadzoru. Chatboty mogą być użyteczne, ale wyłącznie jako narzędzie wspierające, a nie substytut leczenia.

Freda McManus przypomina w książce „Terapia poznawczo-behawioralna”, że CBT nie jest jedyną terapią opartą na dowodach, a nadal niewiele wiemy o tym, które interwencje najlepiej działają u konkretnych osób.

Joseph Weizenbaum, który stworzył pierwszego chatbota ELIZA, już w latach 70. ubiegłego wieku przestał być orędownikiem nowej technologii. Z czasem sam zaczął przestrzegać przed zbytnim zaufaniem do AI. Nazywał ją „wskaźnikiem szaleństwa naszego świata”. Wówczas uznano to za przesadę. Dziś jego słowa brzmią jak zimny prysznic i są coraz trudniejsze do zignorowania. ●

WYWIAD LEKAR(S)KI

Nie traktujmy przemocy jak normy

Hejt, agresja i przemoc stają się codziennością wielu pracowników ochrony zdrowia zarówno w gabinetach, jak i w sieci. Boimy się zgłaszać takie sytuacje. Uczymy się gruboskórności, żeby przetrwać – mówi **Magdalena Krajewska**, lekarka rodzinna i edukatorka zdrowotna znana jako Instalekarz, w rozmowie z Marią Kłosińską.

Czy spotkała Cię kiedyś agresja, hejt, przemoc w gabinecie lekarskim lub w internecie?

Każdego z nas w pewnym momencie życia spotykają hejt, przemoc czy agresja. Szczególnie w internecie, gdzie ludzie, czując się anonimowi, czują się też bezkarni. Działam online od 2017 r., jestem jedną z pierwszych lekarek aktywnych w sieci. Doświadczylałam stosunkowo mało hejtu, może dlatego że jestem bardzo ostrożna i unikam tematów, które mogłyby kogoś zranić lub wzbudzić skrajne emocje. To moja forma ochrony.

Jak ta agresja wyglądała? Jak reagowałaś?

Najbardziej bolała mnie ta ze strony środowiska – studentów medycyny, lekarzy. Od osób, które wiedzą, jak wygląda nasza praca, boli mocniej. W realu też zdarzają się trudne sytuacje, ale te w internecie – zwłaszcza od ludzi z „naszego świata” – szczególnie obciążają psychicznie.

Niedawno opublikowałaś wpis, w którym prosiłaś innych o podzielenie się swoimi doświadczeniami. Fundacja Matek Lekarek po tragicznej śmierci doktora Tomasza Soleckiego przygotowała petycję „Stop przemocy wobec medyków”, pod którą podpisało się ponad 12 tys. osób. Zebrałyśmy 68 stron relacji, np. „Zostałam zaatakowana na dyżurze przez matkę pacjenta. Nie pomogła mi ani ochrona, ani policja”. „Pacjent rzucił we mnie taboret, wahał się między



fot.: A. Boguski

▲ Najbardziej bolała mnie hejt ze strony środowiska: od ludzi, którzy wiedzą, jak wygląda nasza praca – mówi lekarka rodzinna **Magdalena Krajewska** (z lewej) Marii Kłosińskiej

nim a nożyczkami”. Czy agresja wobec medyków różni się od tej, której doświadczają inni?

Z jednej strony nie – przemoc to przemoc. Ale w ochronie zdrowia towarzyszą jej wyjątkowo trudne stany: strach, stres, poczucie zagrożenia, a także ból i cierpienie, które często wzmacniają napięcia i emocje. Ludzie przychodzą do nas z lękiem o siebie lub bliskich i reagują silniej. A ponieważ system jest niewydolny, cała frustracja spada na nas – lekarzy, pielęgniarki, rejestratorki. Pacjent nie dostaje leku na zniżkę i winą obarcza lekarza, choć to

decyzja systemu. My też często nie mamy tego, co chcielibyśmy mieć jako pacjenci.

Czy po tych wydarzeniach, zwłaszcza śmierci lekarza, czułaś solidarność środowiska?

Tak, w środowisku medycznym. Lekarze, pielęgniarki, ratownicy – wszyscy byli wstrząśnięci. Ale w społeczeństwie... niekoniecznie. Pojawił się hejt, oskarżenia, że może ten lekarz był niemiły, sam sprowokował. Dostałam też wiadomości, że wszyscy lekarze są tacy, że powinniśmy się zmienić. Jednocześnie widziałam

wiele gestów solidarności ze strony innych medyków. To było ważne.

Co powinno się zmienić, by było mniej przemocy i hejtu?

Dużo. Przede wszystkim media i politycy powinni mówić prawdę o tym, jak działa system ochrony zdrowia. Zamiast sloganów: „zrób badania”, lepiej: „co możesz zrobić realnie i dlaczego lekarz nie zawsze może ci je zlecić”. Trzeba też jasno komunikować, że lekarz nie decyduje o wszystkim. Czasem pacjent jest wściekły, że nie dostał skierowania, ale to nie lekarz ustala zasady. My też mamy ograniczenia jako pacjenci. Do tego dochodzi wypalenie zawodowe. Nikt nas nie uczy, jak rozmawiać z rozczeniowym pacjentem. Nie mamy szkoleń z komunikacji. A jesteśmy tylko ludźmi i też reagujemy emocjami. Czasem odruchowo odpowiadamy agresją na agresję, co jest najgorszym z możliwych scenariuszy. Potrzebny jest lepszy dostęp do psychologa, także dla pacjentów, bo czasem agresja to po prostu nieleczony problem.

Dlatego postulujemy wprowadzenie „medycznej niebieskiej karty” – wzorowanej na tej stosowanej w przypadkach przemocy domowej. Zgłoszenia byłyby oceniane przez interdyscyplinarny zespół. Jak oceniasz ten pomysł?

Bardzo dobry. Tylko trzeba to dobrze zdefiniować. Chodzi o powtarzalną agresję, o realne zagrożenie. O sytuację, w których ktoś czuje się

zagrożony w gabinecie. I żeby to oceniał ktoś z zewnątrz – zespół, który potrafi oddzielić sytuację wymagającą interwencji od tych, które można po prostu opisać i zostawić.

Karta byłaby sygnałem, że jest problem. Że trzeba zareagować.

Agresja dotyczy każdego, niezależnie od stopnia zawodowego. Mogę opowiedzieć o sytuacji, która wydarzyła się niedawno. To było latem, rok temu. Szłam

Nie trzeba czekać na kolejną tragedię w gabinecie. Wystarczy jedno „może”, żeby zacząć coś zmieniać

ulicą, miałam na sobie czarną długą sukienkę i krótki top – lekko wystawał mi brzuch. Obok szła kobieta mniej więcej w moim wieku, w krótkiej spódnicy i z odkrytymi ramionami. Zatrzymała się, spojrzała na mnie z groźnym wyrazem twarzy i powiedziała: „ubierz się”. Nie mogłam tego zrozumieć. Długo to za mną chodziło, w końcu opowiedziałam o tej historii na Instagramie. Kilka dni później ta kobieta się odezwała. Zaczęła pisać bardzo długie agresywne wiadomości.

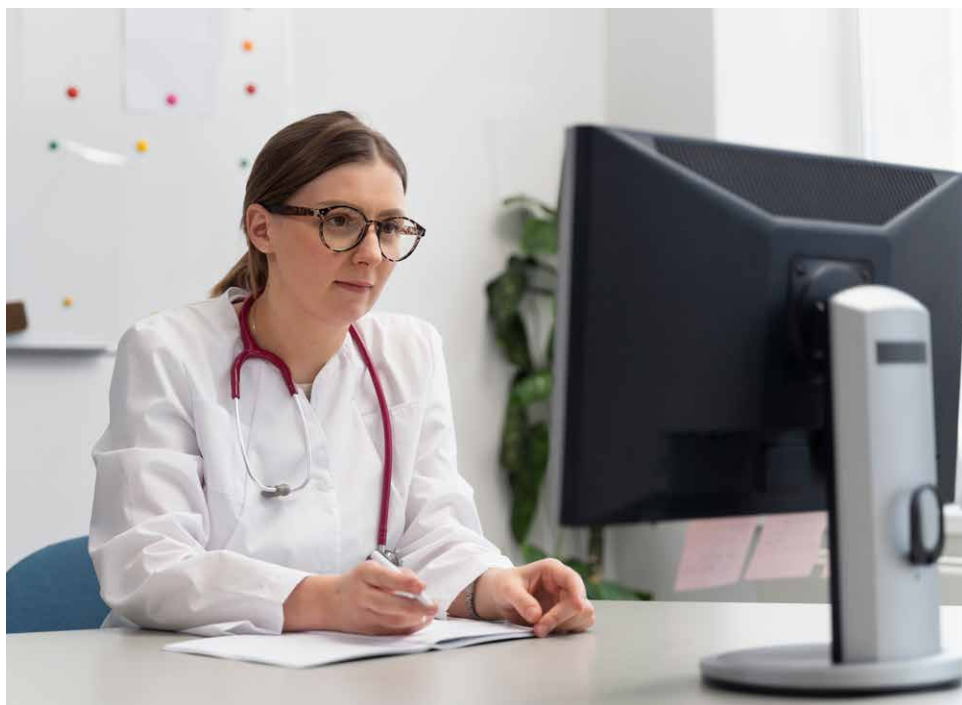
Twierdziła, że ją prześladowę jako lekarz, że zniszczyłam jej życie. Okazało się, że wcześniej miała konflikty z innymi lekarzami, prawdopodobnie zmagając się z chorobą psychiczną. Przestraszyłam się. Zablokowałam ją, choć zwykle tego nie robię. Wierzę, że każdy zasługuje na kilka szans, że może ktoś coś źle zrozumiał. Ale po tych wiadomościach bałam się. Myślę, że gdyby wtedy istniało coś takiego jak medyczna niebieska karta, może ktoś zająłby się tą sytuacją.

Często problemy dotyczą osób, które nie mają rodzin. Bo rodzina może takiemu agresywnemu pacjentowi pomóc. I może taka niebieska karta spowodowałaby, że ktoś by zainterweniował.

Dokładnie. Dla wielu osób to mogłaby być jedyna forma reakcji i pomocy.

Bardzo dużo przypadków agresji wynika z nadużywania alkoholu. Udzielamy świadczeń medycznych takim osobom, ale może dałoby się wcześniej reagować.

Nie trzeba czekać na tragedię. Karta mogłaby uruchomić działania, zanim coś się wydarzy. Nie tylko lekarze popierają tę inicjatywę – głosy wsparcia płyną od pielęgniarek, ratowników, opiekunów medycznych.



◀ *Lekarz powinien mieć możliwość łatwego wyjścia z gabinetu w przypadku zagrożenia*

nie tylko pacjenci, ale często także sami medycy.

Tę wiedzę trzeba upowszechniać. To nie wymaga zmiany prawa, tylko stosowania przepisów, które już są. Ale żeby je stosować, musimy je znać.

Dlaczego więc tak często nie zgłaszamy hejtu, agresji, przemocy? Dlaczego milczymy?

Bo wielu z nas traktuje to jako normę. Bo tak jest. Bo tak wygląda nasza praca. Boimy się zgłaszać, nie mamy siły, nie wiemy, gdzie. Po pandemii to się jeszcze pogłębiło. Przychodzi pacjent – może nic złego się nie wydarzy, ale jego zachowanie zostaje z nami na długo. A musimy zaraz przyjmować kolejnych pacjentów. Zachować spokój. Być grzeczni, rzeczowi, skuteczni. Uczymy się gruboskórności, żeby przetrwać. A to ma cenę.

Każdy wciąż może podpisać petycję. To apel o zmiany – prawne, organizacyjne, systemowe. By było bezpieczniej. Dla wszystkich.

Chociaż wiemy, że nie ma systemu idealnego – to jednak warto próbować coś zmieniać. Nie unikniemy każdej tragedii, ale może uda się uniknąć jednej. To już coś. Może kogoś ochronimy. Może jeden lekarz czy lekarka nie zostanie sama. Słowo „może” jest bardzo ważne. Od niego wszystko się zaczyna. •

Krótko po tragicznych wydarzeniach w Krakowie prezes NRL spotkał się z minister zdrowia. Rozmawiali o tym, by groźby karalne wobec personelu medycznego były ścigane z urzędu, by lekarze mogli zastrzec swoje dane w rejestrach publicznych. Padł również pomysł wprowadzenia nowej kategorii – zakłócania porządku publicznego w placówkach medycznych, stworzenia ogólnopolskiej procedury zgłaszania agresji i szybkiego reagowania we współpracy z policją. I o tym, by powstał rejestr agresji. Czy to krok w dobrą stronę?

Tak, w końcu zaczynamy mówić o systemowych rozwiązaniach. Jeśli ktoś raz był agresywny, a potem trafia do innego gabinetu – lekarz powinien mieć możliwość przygotowania się. Nie po to, by nie pomóc, tylko po to, by zrobić to w bezpieczny sposób.

Czasem wystarczy dłuższa rozmowa, a czasem – drugi człowiek w pokoju.

Kiedyś naprawdę się bałam pacjenta w gabinecie – mógł być uzależniony lub mieć chorobę psychiczną. Pamiętam, że jedyne, o czym myślałam, to dlaczego ten gabinet jest tak zaprojektowany, że nie mam drzwi obok siebie. Żeby wyjść z gabinetu, muszę przejść obok pacjenta. Myślałam, jak mam uciec. Pokazuje to,

jak ważne jest rozmieszczenie mebli, ustawienie drzwi, ogólnie – bezpieczeństwo w gabinetach. Są sytuacje, że nie ma czasu na analizowanie, tylko działa się odruchowo. A ja nawet nie miałam tej możliwości.

Wróćmy do rejestrów. Takie wewnętrzne już funkcjonują. Informacje o pacjentach, których cechuje trudne zachowanie, przekazujemy sobie – rejestracja lekarzowi, lekarz pielęgniarce. Ale to nie jest system, tylko wymiana informacji wewnątrz jednego miejsca.

Nie chcemy nikogo piętnować, chcemy być przygotowani. To ważne, by mieć takie informacje wcześniej, a nie dopiero wtedy, gdy coś się wydarzy. Teraz wiedza o tym, że się coś dzieje, zostaje tylko w danym miejscu, między konkretnymi osobami. A to za mało.

Lekarze udzielający świadczeń w ramach NFZ – czyli m.in. lekarze rodzinni, pracujący w poradniach czy lekarze na SOR-ach – objęci są ochroną prawną przysługującą funkcjonariuszom publicznym. Nie wiedzą o tym

fot.: freepik.com



◀ *Cała rozmowa do obejrzenia w serwisie YouTube*

PAWEŁ DOCZEKALSKI
REDAKTOR NACZELNY

**UCHWAŁA NR 14/25/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z 9 MAJA 2025 R.**

w sprawie zatwierdzenia
wykonania budżetu Naczelnej Izby
Lekarskiej za rok 2024

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

§ 1.

Zatwierdza się wykonanie budżetu Naczelnej Izby Lekarskiej za rok 2024.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

**UCHWAŁA NR 15/25/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z 9 MAJA 2025 R.**

w sprawie zabezpieczenia środków
finansowych na współorganizację
Światowego Zjazdu Polonijnych
Środowisk Medycznych

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt. 4 w zw. z art. 5 pkt 13 i 23 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz.U. z 2021 r. poz. 1342) Naczelna Rada Lekarska uchwala, co następuje:

§ 1.

Zabezpiecza się środki finansowe w kwocie do 120 tys. złotych brutto (słownie: sto dwadzieścia tysięcy złotych) na współorganizację Światowego Zjazdu Polonijnych Środowisk Medycznych, który odbędzie się w dniach 21-22 listopada 2025 r. w Warszawie.

§ 2.

Środki, o których mowa w § 1, będą pochodziły ze środków pierwotnie zarezerwowanych na organizację XXII Igrzysk Lekarskich w Cetrniewie.

§ 3.

Nadzór nad realizacją uchwały powierza się Wiceprezesowi Naczelnej Rady Lekarskiej – Klaudiuszowi Komorowi.

§ 4.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

**UCHWAŁA NR 16/25/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z 9 MAJA 2025 R.**

uchylająca uchwałę w sprawie organizacji XXII Igrzysk Lekarskich

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt. 4 w zw. z art. 5 pkt 13 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz.U. z 2021 r. poz. 1342) Naczelna Rada Lekarska, uchwala co następuje:

§ 1.

Uchyla się uchwałę Nr 31/24/IX Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 22 listopada 2024 r. zmienioną uchwałą Nr 11/25/IX Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 6 marca 2025 r. w sprawie organizacji XXII Igrzysk Lekarskich.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

**UCHWAŁA NR 17/25/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z 9 MAJA 2025 R.**

w sprawie przeznaczenia środków na organizację szkolenia sądów lekarskich i rzeczników odpowiedzialności zawodowej

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt. 4 w zw. z art. 5 pkt 13 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2021 r. poz. 1342) Naczelna Rada Lekarska uchwala, co następuje:

§ 1.

Przeznacza się kwotę do 585 000 złotych brutto (słownie: pięćset osiemdziesiąt pięć tysięcy złotych) na organizację szkolenia sądów lekarskich i rzeczników odpowiedzialności zawodowej, które odbędzie się w dniach 10-12 października 2025 r. w Hotelu Arche Nałęczów – „Sanatorium Milicyjne” ul. Spółdzielcza 4B24-150 Nałęczów. Szkolenie przeznaczone jest dla członków Naczelnego Sądu Lekarskiego, okręgowych sądów

lekarskich, Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i jego Z-ców, okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej oraz pracowników biur tych organów.

§ 2.

Środki na organizację szkolenia, o którym mowa w § 1, będą pochodziły w częściach równych z budżetu Naczelnego Sądu Lekarskiego oraz Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej.

§ 3.

Nadzór nad realizacją uchwały powierza się Nacelnemu Rzecznikowi Odpowiedzialności Zawodowej – Zbigniewowi Kuzyszynowi i Przewodniczącemu Naczelnego Sądu Lekarskiego – Jackowi Miarce.

§ 4.

Upoważnia się Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej – Łukasza Jankowskiego oraz Skarbnika Naczelnej Rady Lekarskiej – Grzegorza Mazura do zawierania umów w związku z organizacją szkolenia, o którym mowa w § 1.

§ 5.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

(...)
SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

**UCHWAŁA NR 18/25/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z 9 MAJA 2025 R.**

zmieniająca uchwałę w sprawie uczestnictwa Naczelnej Rady Lekarskiej w pracach międzynarodowych organizacji lekarzy i lekarzy dentyków

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 4 i 8 oraz art. 5 pkt 20 i 23 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342) uchwala się, co następuje:

§ 1.

W uchwale nr 14/08/V Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 19 września 2008 r. w sprawie uczestnictwa

Naczelnej Rady Lekarskiej w pracach międzynarodowych organizacji lekarzy i lekarzy dentystów zmienionej uchwałą nr 63/22/IX Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 16 grudnia 2022 r. po punkcie 8 dodaje się punkty 9 i 10 w brzmieniu:

"9. Europejskiej Radzie Izb Lekarskich (European Council of Medical Orders, CEOM), 10. Federacji Europejskich Organów Właściwych dla Zawodu Lekarza Dentysty (Federation of European Dental Competent Authorities and Regulators, FEDCAR)."

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

**UCHWAŁA NR 19/25/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z 9 MAJA 2025 R.**

w sprawie upoważnienia
do zawarcia umów niezbędnych do
organizacji XVII Krajowego Zjazdu
Lekarzy

Na podstawie art. 37 ust. 3 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 poz. 1342.) uchwała się, co następuje:

§ 1.

W związku z uchwałą Nr 30/24/IX Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 22 listopada 2024 r. w sprawie terminu oraz wyboru miejsca obrad XVII Krajowego Zjazdu Lekarzy, upoważnia się Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej – Łukasza Jankowskiego oraz Skarbnika Naczelnej Rady Lekarskiej – Grzegorza Mazura do zawarcia umów niezbędnych do organizacji XVII Krajowego Zjazdu Lekarzy, który odbędzie się w dniach 21-23 maja 2026 r. w Hotelu Warszawianka w Jachrance, w szczególności w zakresie świadczenia usług hotelowych, gastronomicznych oraz innych usług i wydatków koniecznych do zapewnienia prawidłowego przebiegu Zjazdu.

§ 2.

Zorganizowanie Zjazdu powierza się
Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ	PREZES
<i>Grzegorz Wrona</i>	<i>Łukasz Jankowski</i>

**APEL NR 2/25/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z 9 MAJA 2025 R.**

do władz publicznych
o podjęcie działań w celu
powstrzymania hejtu i każdej
formy przemocy
wobec środowiska
lekarskiego

Naczelna Rada Lekarska apeluje o niezwłoczne podjęcie działań zmierzających do powstrzymania hejtu, mowy nienawiści oraz wszelkich innych form przemocy wobec osób wykonujących zawód lekarza i lekarza dentystry oraz inne zawody medyczne.

Samorząd lekarski z niepokojem obserwuje, że wobec przedstawicieli środowiska lekarskiego z coraz większym nasileniem występuje hejt w internecie, mediach społecznościowych, środkach komunikacji elektronicznej, a nawet w mediach tradycyjnych. Lekarze coraz częściej stają się celem ataków polegających na kierowaniu wobec nich słów pełnych nienawiści, pogardy czy określeń znieważających związanych z faktem, że wykonują taki, a nie inny zawód lub udzielają świadczeń określonego rodzaju, stosują w swojej praktyce lekarskiej określone produkty lecznicze lub propagują ich stosowanie przez pacjentów (przykładem są szczepienia ochronne). Zazwyczaj aktywność osób hejtujących nasila się w sytuacjach nagłaśniania przez media zdarzeń w systemie ochrony zdrowia, które budzą kontrowersje albo dotyczą nieprawidłowości w procesie opieki nad pacjentem, w sytuacji gdy sprawa nie została jeszcze oceniona merytorycznie przez uprawnione do tego organy sądowe. Bardzo często są to informacje powierzchowne, upraszczane, jednostronne lub nadinterpretowane w sposób krzywdzący dla środowiska lekarskiego.

Każde takie działanie wymierzone w konkretnego lekarza czy całe środowisko lekarskie to forma cyberprzemocy, która może mieć poważne konsekwencje psychiczne dla osób, do których jest kierowana.

Samorząd lekarski z przykrością odnotowuje, że próg pobłażliwości i tolerancji dla takich zachowań wśród organów władzy publicznej i w organach powołanych do zwalczania przestępczości podwyższył się do niebezpiecznych granic. Jeśli zgłaszane incydenty nie spotykają się ze stanowczą reakcją, to rodzi się poczucie bezkarności u sprawców tego typu zachowań. Bierność Państwa stanowi zachętę do dalszej eskalacji. Brak skutecznej reakcji odpowiednich władz i instytucji jest równoznaczny z przyjęciem współodpowiedzialności za ich tragiczne skutki.

Dzisiaj środowisko lekarskie nie ma poczucia, że Państwo dba o bezpieczeństwo lekarzy i chroni nas odpowiednio podczas wykonywania zawodu.

Naczelna Rada Lekarska uważa, że należy koniecznie podjąć skuteczne działania mające na celu przeciwdziałanie hejtowi i przemocy wobec lekarzy, wśród nich stworzenie nowych norm prawnych chroniących pracę lekarza i jego godność, ale także nakazanie stanowczego egzekwowania istniejących przepisów dotyczących ochrony dóbr osobistych lekarzy, ich nietykalności osobistej, uznania przestępstw przeciwko lekarzom jako zamachu na szczególnie ważny interes społeczny.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

**STANOWISKO NR 2/25/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z 9 MAJA 2025 R.**

w sprawie projektu ustawy
o instrumentach wspieranego
podejmowania decyzji

Naczelna Rada Lekarska po zapoznaniu się z projektem ustawy o instrumentach wspieranego podejmowania decyzji, przekazanym przy piśmie Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Sprawiedliwości pani Zuzanny Rudzińskiej-Bluszcz z dnia 27 marca 2027 r. (znak: DPCiG-I.410.6.1.2024) negatywnie opiniuje projekt ustawy w zakresie, w jakim nie uwzględniono w nim

możliwości ustanowienia pełnomocnika medycznego oraz w zakresie, w jakim wprowadzono do projektu ustawy szereg regulacji z zakresu ustaw dotyczących ochrony zdrowia i wykonywania zawodu lekarza, które nie były przedmiotem uprzednich uzgodnień z samorządem lekarskim i nie były w ogóle przewidziane w poprzednich wersjach projektu ustawy.

Projekt ustawy przewiduje zastąpienie instytucji ubezwłasnowolnienia modelem wspieranego podejmowania decyzji. We wcześniejszych pracach nad projektem ustawy, w których brali udział także przedstawiciele Naczelnej Rady Lekarskiej, przewidywano możliwość ustanowienia pełnomocnika medycznego. Samorząd lekarski popierał koncepcję tego rodzaju pełnomocnictwa upoważniającego osobę wybraną przez pacjenta do reprezentowania pacjenta w sprawach z zakresu ochrony zdrowia. W związku z tym Naczelna Rada Lekarska proponuje, aby w art. 2 pkt 1 projektu opiniowanej ustawy, który jako instrumenty wspierane go podejmowania decyzji wymienia: asystenta prawnego, kuratora wspierającego, kuratora reprezentującego oraz pełnomocnika rejestrowanego, dodać także pełnomocnika medycznego i w dalszych przepisach ustawy takiego pełnomocnika odpowiednio umocować do działania.

W ocenie samorządu lekarskiego zaniechanie rozpoczętych prac nad uregulowaniem instytucji pełnomocnika medycznego jest błędem, który odsunie o kolejne lata wprowadzenie do polskiego porządku prawnego tego potrzebnego instrumentu wspierania pacjenta przy podejmowaniu decyzji co do czynności z zakresu ochrony zdrowia. Okres prac legislacyjnych nad uchwaleniem ustawy o instrumentach wspieranego podejmowania decyzji jest najlepszym momentem, aby w sposób kompleksowy zapewnić należytą autonomię woli osobom, które w przyszłości mogą potrzebować wsparcia przy korzystaniu ze świadczeń opieki zdrowotnej, tak aby te świadczenia były udzielane w sposób zgodny z ich wolą, potrzebami i przyszłymi interesami. Środowisko lekarskie uważa, że pacjent powinien mieć prawo upoważnić wskazaną przez siebie osobę posiadającą jego zaufanie do podejmowania w przyszłości w jego imieniu skutecznych prawnie

decyzji co do skorzystania ze świadczeń zdrowotnych na wypadek, gdyby znalazł się w stanie wyłączającym możliwość wyrażenia świadomej zgody. Obecna wersja projektu ustawy takich możliwości nie zapewnia.

Za wprowadzeniem instytucji pełnomocnika medycznego przemawia kilka ważnych argumentów. Po pierwsze, jedną z najważniejszych zasad obowiązujących we współczesnej medycynie jest zasada poszanowania autonomii pacjenta, czyli respektowania woli pacjenta co do wyrażenia zgody bądź sprzeciwu wobec proponowanych działań diagnostycznych, profilaktycznych i leczniczych. Pełnomocnik medyczny jest w stanie realizować tę indywidualną wolę pacjenta lepiej niż działający w imieniu władzy publicznej sąd opiekuńczy. Po drugie, w pewnych sytuacjach pacjent, mimo że formalnie posiada pełną zdolność do czynności prawnych, to faktycznie pozbawiony jest możliwości wyrażenia świadomej zgody na skorzystanie ze świadczenia zdrowotnego, a nie każda taka osoba ma ustanowionego przedstawiciela ustawowego. W takich sytuacjach możliwość uzyskania świadczenia zdrowotnego – nie raz dość pilnego – jest odraczana do czasu uzyskania prawnie skutecznej zgody sądu lub do czasu ustanowienia osoby zdolnej do podejmowania decyzji w imieniu pacjenta. Po trzecie, obecnie obowiązujące przepisy, które upoważniają sąd opiekuńczy do podjęcia decyzji o zezwoleniu na udzielenie świadczenia zdrowotnego pacjentowi niezdolnemu do wyrażenia świadomej zgody, okazują się niewystarczające, np. nie zawsze jest możliwe uzyskanie zezwolenia sądu w odpowiednim czasie.

Opiniowany projekt ustawy o instrumentach wspieranego podejmowania decyzji przewiduje natomiast instytucję pełnomocnika rejestrowanego (dodawane art. 10910 - art. 10918 kodeksu cywilnego). W art. 10910 § 2 i 3 kodeksu cywilnego przewiduje się, że pełnomocnik

rejestrowany będzie miał umocowanie do wszystkich czynności związanych z osobą i majątkiem mocodawcy, w tym do wyrażania w imieniu mocodawcy zgody albo braku zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych lub na inne czynności medyczne, a pełnomocnictwa rejestrowanego nie będzie można ograniczyć ze skutkiem wobec osób trzecich. Takie brzmienie przepisu oznacza, że w przypadku udzielenia pełnomocnictwa rejestrowanego, wykluczono z góry możliwość udzielenia odrębnego pełnomocnictwa medycznego, skoro pełnomocnictwo rejestrowane obejmuje czynności z zakresu ochrony zdrowia i nie można go ograniczyć ze skutkiem wobec osób trzecich (pełnomocnik medyczny byłby pewnego rodzaju ograniczeniem dla sfery uprawnień pełnomocnika rejestrowanego). Brak możliwości wyodrębnienia roli pełnomocnika rejestrowanego i pełnomocnika medycznego należy ocenić negatywnie. Brak możliwości rozdzielenia funkcji pełnomocnika rejestrowanego i pełnomocnika medycznego ogranicza autonomię woli pacjenta. Należy zakładać, że pacjent może z uzasadnionych względów chcieć ustanowić inną osobę do reprezentowania jego przyszłych interesów majątkowych (pełnomocnik rejestrowany) a inną osobę upoważnić do reprezentowania jego przyszłych interesów w sferze ochrony zdrowia (pełnomocnik medyczny).

(...)

Dla środowiska medycznego bardzo ważne jest, aby z stworzonych przepisów jednoznacznie wynikało, w jakich sytuacjach wystarczająca jest zgoda samego pełnomocnika rejestrowanego, a w jakich, poza zgodą pełnomocnika rejestrowanego, potrzebna jest dodatkowo zgoda sądu na udzielenie określonego świadczenia zdrowotnego.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

*Pełna treść stanowiska na
www.gazetalekarska.pl*

OŚRODEK KSZTAŁCENIA

Oswoić śmierć

W umieraniu chodzi o zachowanie podmiotowości człowieka w ostatnich chwilach jego życia – mówi **dr n. med. Agata Malenda**, hematolożka i internistka, członkini zarządu Fundacji Instytutu Dobrej Śmierci, w rozmowie z Lucyną Krysiak.

Dobra śmierć, czyli jaka? Umieranie to bardzo złożony, intymny proces i nie ma jednej definicji określającej pojęcie „dobra śmierć”, którą człowiek jest w stanie sobie wyobrazić w chwili, kiedy nadejdzie jego czas. Dla jednych będzie to oznaczało śmierć w warunkach domowych, wśród znajomych mu sprzętów i osób, dla innych szpital, ale za każdym razem pojawia się pierwiastek godności i pragnienia bycia wysłuchanym. Jednym słowem w „dobrej śmierci” chodzi o zachowanie podmiotowości człowieka w ostatnich chwilach jego życia. Z mojej perspektywy lekarza, który praktykuje medycynę paliatywną, uważam, że można to osiągnąć. Z rozmów z osobami, które mają kontakt z odchodzącymi pacjentami i ich bliskimi, wynika jednak, że zapomnieliśmy, jak to robić. Jesteśmy epatowani długowiecznością, cudami medycyny estetycznej, suplementacją, które mają odwrócić proces starzenia i umierania, ale nadal pozostaje to niemożliwe i nie da się uciec od tematu.

Jednak nie można zaprzeczyć, że dzięki osiągnięciom medycyny żyjemy coraz dłużej.

To prawda, ale prędzej czy później koniec jest nieuchronny. Obecnie śmierć jest zmedykalizowana, odhumanizowana. Stoi za tym obietnica, że medycyna jest wszechmogąca. Więcej chorych przeżywa po leczeniu onkologicznym, wychodzi z zawałów serca, udarów mózgu, ale ich choroby przechodzą w stany przewlekłe. Umieranie może więc mieć różny przebieg, nie tylko nagły, ale powolny, rozłożony w czasie. Jest wiele chorób, wobec których medycyna jest bezradna i nie powinno się tego traktować w kategorii porażki, tylko przekierować energię na postępowanie związane z dobrym umieraniem. Pokazać, że „dobra śmierć” również może być traktowana jak sukces – zarówno pacjenta, który w toku



fot.: archiwum prywatne

▲ Od tematu śmierci nie da się uciec – uważa dr n. med. Agata Malenda

swojego życia się do niej przygotował, jak i jego rodziny, która go wspierała, oraz zespołu medycznego, który się nim opiekował. Badania wykazały, że właściwa oraz wczesna kwalifikacja pacjenta i objęcie go opieką paliatywną wpływa nie tylko na jakość jego życia, ale może je wydłużyć, pozwolić oswoić śmierć i zapewnić godne odejście.

Czy szpitale są na to przygotowane?

Nie są. Człowiek umiera często na wieloosobowej sali, w zgiełku krzątających się pracowników medycznych, wśród aparatury monitorującej i podtrzymującej życie w oddziale intensywnej terapii, w niekomfortowych dla niego warunkach. Nawet kiedy już wiadomo, że podejmowane czynności nie przyniosą poprawy, nie możemy czy nie potrafimy zapewnić mu dobrej śmierci. Także pacjenci

i ich rodziny są do tego umierania nieprzygotowani, ponieważ w toku diagnostyki i leczenia nikt o tym z nimi nie porozmawiał.

Fundacja Instytutu Dobrej Śmierci prowadzi szeroko pojętą edukację w tym zakresie zarówno społeczeństwa, jak i pracowników ochrony zdrowia. W uświadamianiu, że śmierć jest naturalną kolejną rzeczą, ten dialog musi być obustronny. Z jednej strony pacjent i jego bliscy, z drugiej pielęgniarka, opiekun medyczny i lekarz muszą wiedzieć, jak się zachować w takich sytuacjach. Niekoniecznie trzeba uczestniczyć w tym ostatnim momencie odchodzenia, ale być zaangażowanym w sam proces, często trudny, który ma zapewnić pacjentowi dobrą śmierć.

COBIK NIL i Fundacja Instytutu Dobrej Śmierci podpisały porozumienie obejmujące szkolenia lekarzy na temat umierania.

Pierwsze szkolenie odbyło się 26 maja i poprowadziła je online założycielka Fundacji Anja Franczak, doula umierania, która zawodowo zajmuje się towarzyszeniem osobom odchodzącym i pozostającym w żałobie. Dotyczyło ono ważnej roli komunikacji na temat śmierci, żałoby oraz umiejętności towarzyszenia osobie umierającej.

Kolejne odbędzie się 11 czerwca, poprowadzi je osobiście. Będę mówić o tym, jak rozpoznać, że rozpoczął się proces umierania, i jak nim zarządzać, czyli jak poprowadzić wsparcie psychologiczne, fizjologiczne, duchowe oraz w jakim momencie zaniechać terapii daremnej.

Trzecie szkolenie jest zaplanowane na 8 sierpnia, a poprowadzi je psychoonkolożka i psychoterapeutka Marta Banout, członkini Fundacji, która poinstruuje, jak zadbać o siebie jako medyka wspierającego chorych w procesie umierania.

Dwa razy w roku organizujemy konferencję „Empatia a umieranie i śmierć”. Zorganizowaliśmy również stacjonarne warsztaty, które zostały odebrane jako akt przywracania medycynie ludzkiej twarzy. ●

Czerwcowe Szkolenia Ośrodka Kształcenia Naczelnej Izby Lekarskiej!

- 02.06.2025** - Odpowiedzialność prawna lekarza dentysty.
- 05.06.2025** - Aspekty prawne przyjmowania pacjentów małoletnich.
- 06.06.2025** - Cykl: Rozmowy o zdrowiu z Pełnomocnikiem ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów.
cz.1: Żałoba i trauma.
- 12.06.2025** - Sztuka empatycznej komunikacji. Jak skutecznie słuchać pacjenta, aby zbudować zaufanie i lepiej zrozumieć jego potrzeby.
- 16.06.2025** - Ochrona wizerunku lekarza.
- 26.06.2025** - Podatki dla lekarzy.

Webinary organizowane z Partnerami.

- 04.06.2025** - Projektowanie szpitali przyszłości.
- 09.06.2025** - Zadania pracowników ochrony zdrowia w obszarze przeciwdziałania przemocy.
- 11.06.2025** - Kiedy umiera człowiek?
Czyli jak rozpoznać, że człowiek umiera i jak zaopiekować się tym etapem życia.
- 12.06.2025** - Rola magnezu zjonizowanego (iMg) w rozszerzonej gazometrii dla pacjentów krytycznych.
- 16.06.2025** - Symptomy krzywdzenia i mechanizmy psychologiczne towarzyszące przemocy domowej.
- 17.06.2025** - Przekazywanie niepomysłnych informacji.
- 18.06.2025** - Jak dostosować komunikację do indywidualnych potrzeb pacjenta?
- 23.06.2025** - Rozpoczęcie współpracy w badaniu klinicznym pomiędzy zespołem badawczym a sponsorem.
- 25.06.2025** - Diagnostyka i leczenie obturacyjnego bezdechu sennego.
- 27.06.2025** - Korelacje kliniczno-elektrofizjologiczne w diagnostyce zaburzeń transmisji nerwowo-mięśniowej.
- 30.06.2025** - Zasady odpowiedzialności zawodowej lekarzy

WTORKI Z INNOWACJAMI - SZKOLENIA ONLINE DOTYCZĄCE INNOWACJI W MEDYCYNIE.

- 03.06.2025** - Innowacje w medycynie – co warto wiedzieć o ochronie własności intelektualnej w branży medycznej.
- 10.06.2025** - Rozwiązania cyfrowe w obszarze farmakoterapii.
- 17.06.2025** - Wyzwania prawne stojące przed wtórnym przetwarzaniem danych osobowych, w szczególności dla celu badań naukowych w EHDS.
- 24.06.2025** - Lekarz w cyfrowym świecie: Jak chronić dane pacjentów i unikać zagrożeń.

Warsztaty stacjonarne.

- 12.06.2025** - Sztuka empatycznej komunikacji. Jak skutecznie słuchać pacjenta, aby zbudować zaufanie i lepiej zrozumieć jego potrzeby.
- 17.06.2025** - Przekazywanie niepomysłnych informacji
- 27.06-29.06.2025** - trzydniowe warsztaty
"Radzenie sobie z lękiem, stresem i budowanie odporności psychicznej"

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

Zapisy na szkolenia:

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



szkolenia@nil.org.pl



(22) 559 13 00 wew. 507



NIL NA SZYBKO

Odłożone na czas po wyborach

Samorząd natychmiast podjął działania w celu wzmocnienia ochrony przed hejtem i agresją wymierzonymi w lekarzy. Teraz czekamy na ruch ze strony rządu.

JAKUB KOSIKOWSKI
RZECZNIK NACZELNEJ IZBY
LEKARSKIEJ



Kiedy podejmowaliśmy interwencje w związku z wtargnięciem europosła Grzegorza Brauna do szpitala w Oleśnicy oraz kiedy domagaliśmy się uproszczenia i dookreślenia prawa w związku z niedoskonałymi przepisami regulującymi w Polsce przerwanie ciąży, nie zdawaliśmy sobie sprawy, jak szybko sytuacja przemocy – czy to słownej, czy fizycznej – wobec lekarzy może się wymknąć spod kontroli. Po tragicznych wydarzeniach w Krakowie media co chwilę obiegają nowe doniesienia o przemocach wobec medyków. Mówiąc wprost – nie jest tak, że nagle przybyło tych przypadków – po prostu teraz problem przebił się do opinii publicznej. Po marszu milczenia przekazaliśmy minister Izabeli Leszczynie postulaty zmian, których domagają się medycy.

Podjęliśmy szereg działań: od edukacji (plakaty dla szpitali informujące, że personel medyczny to funkcjonariusze publiczni i co grozi za agresję) po spotkania z przedstawicielami służb i najważniejszych urzędów w kraju. Realizacja omówionych z nimi postulatów zmniejszyłaby napięcia i poziom agresji. Rząd ma się nimi zająć po wyborach.

Z innych spraw: prof. dr hab. n. med. Krzysztof J. Filipiak, dotychczasowy przewodniczący Zespołu ds. Polityki Lekowej i Farmakoterapii w Naczelnej Izbie Lekarskiej, został wybrany na stanowisko dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (CMKP). Daje nam to wreszcie realny wpływ na kształt szkolenia podyplomowego lekarzy, co pozwoli je udoskonalić.

Udało się ostatecznie dojść do porozumienia i już ostatecznie igrzyska lekarskie odbędą się w dniach 10-13 września 2025 r. w Centralnym Ośrodku Sportu w Zakopanem. Kolejna edycja, w 2026 r., będzie miała miejsce w Cetniewie. Zapraszamy zatem w tym roku w góry i przepraszamy za zamieszanie – wynikało ono z chęci zorganizowania jak najlepszej imprezy dla was, lekarzy sportowców, i waszych rodzin.

Oddano do użytku system informatyczny wyborów do samorządu lekarskiego, co umożliwi nam m.in. wybory elektroniczne. Mamy nadzieję, że to podniesie zaangażowanie kolegów i koleżanek w samorząd i ostatecznie przyniesie korzyść nam wszystkim.

O TYM SIĘ MÓWI

Kampania informacyjna NIL

Naczelna Izba Lekarska wraz z okregowymi izbami lekarskimi i w porozumieniu z Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Lekarzy oraz Krajową Izbą Ratowników Medycznych, Naczelną Izbą Aptekarską i Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych przygotowała plakat informacyjny dotyczący odpowiedzialności prawnej za naruszanie dóbr i użycie przemocy wobec lekarza, pielęgniarki, ratownika medycznego i farmaceuty. – Chcemy, by informacja o konsekwencjach napaści na medyków znalazła się w każdym podmiocie wykonującym działalność leczniczą, dlatego proszę o możliwe jak najszersze rozpowszechnianie przygotowanego przez nas plakatu. Nasza kampania informacyjna to jeden z wielu elementów działań samorządu lekarskiego na rzecz bezpieczeństwa wszystkich pracowników ochrony zdrowia – zaznacza prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Łukasz Jankowski. Plakat można znaleźć na stronie 33 „Gazety Lekarskiej” lub pobrać ze strony nil.org.pl

Solidarność i wezwanie do reakcji

Po tragicznych wydarzeniach w Krakowie przedstawiciele Naczelnej Rady Lekarskiej mobilizowali środowisko do stanowczej reakcji i sprzeciwu wobec narastającej agresji wobec personelu medycznego. Każdy taki atak powinien być traktowany ze szczególną surowością. Przyzwolenie na takie czyny spowoduje jedynie eskalację przemocy i nienawiści. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej oczekuje zdecydowanej i natychmiastowej reakcji marszałka Sejmu, prezesa Rady Ministrów i ministra sprawiedliwości na zagrożenia zdrowia i życia lekarzy, jak i pacjentów pozostających pod ich opieką. Oczekujemy konkretnych rozwiązań, aby zapobiec takim zdarzeniom – napisało w swoim apelu Prezydium NRL.

Na rzecz bezpieczeństwa

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Łukasz Jankowski spotkał się z minister Izabelą Leszczyną, by omówić propozycje systemowych rozwiązań dotyczących

poprawy bezpieczeństwa pracowników ochrony zdrowia. – Bezpieczeństwo lekarzy to nie przywilej, to fundament sprawnie działającego systemu ochrony zdrowia. Nie możemy tolerować sytuacji, w której osoby ratujące życie same potrzebują ochrony. Zawsze, uderzając w bezpieczeństwo lekarza, uderza się w bezpieczeństwo pacjenta. Liczymy na szybkie i konkretne działania rządu w tym zakresie – podkreślił po spotkaniu Łukasz Jankowski.

Wspólne stanowisko

O bezpieczeństwie personelu medycznego prezes NRL rozmawiał także z Rzeczniką Praw Dziecka Moniką Horną-Cieślak. Zarówno Naczelna Izba Lekarska, jak i Rzeczniczka Praw Dziecka zwracają uwagę na konieczność: bezwzględnego egzekwowania prawa karnego w przypadkach napaści na pracowników ochrony zdrowia, wdrożenia systemowych procedur prewencyjnych w placówkach medycznych (w tym wyposażenia w przyciski alarmowe i wprowadzenia rozwiązań architektonicznych umożliwiających ewakuację), obowiązkowej rejestracji i zgłaszania każdego przypadku agresji, szkoleń dla personelu z zakresu rozpoznawania zagrożeń i technik deeskalacyjnych, dostępu do stałego wsparcia psychologicznego dla medyków, kampanii społecznych promujących szacunek i bezpieczeństwo w relacjach pacjent – personel medyczny.

Konsultacje z Medical Society of Virginia

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Łukasz Jankowski spotkał się w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej z przedstawicielkami Medical Society of Virginia – m.in. Meliną Davis oraz Mary Beth McIntire. Tematem rozmowy były wspólne wyzwania stojące przed środowiskiem medycznym w Polsce i Stanach Zjednoczonych, w szczególności problem narastającej agresji wobec pracowników ochrony zdrowia. Podczas spotkania zaznaczono, że dobry system powinien uwzględniać rozwiązanie, gdy to na zarządzającym placówką, a nie na pracowniku medycznym, ciąży obowiązek raportowania aktów agresji i współpracy ze służbami. Wymieniono także przykłady rozwiązań stosowanych w Stanach Zjednoczonych, takie jak bramki wykrywające metal oraz przyciski alarmowe

(tzw. panic button), funkcjonujące w wielu szpitalach.

Współpraca NIL z KIRM

W siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej odbyło się pierwsze oficjalne spotkanie prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z prezesem Krajowej Rady Ratowników Medycznych Mateuszem Komzą i wiceprezesem Tomaszem Draczyńskim. W trakcie spotkania omówiono najważniejsze wyzwania stojące przed środowiskiem medycznym w Polsce ze szczególnym uwzględnieniem poprawy warunków pracy oraz wzmacniania głosu zawodów medycznych w debacie publicznej. NRL z uznaniem przyjęła powołanie samorządu zawodowego ratowników medycznych – długo oczekiwanego i ważnego kroku w stronę wzmocnienia pozycji tej grupy zawodowej.

Działania z PTReh

Starzenie się społeczeństwa oraz zmiany demograficzne stawiają przed systemem ochrony zdrowia nowe wyzwania. Jednym z kluczowych obszarów, który już dziś wymaga szczególnej uwagi, jest rehabilitacja medyczna. Rola lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji rośnie – jego wiedza i kompetencje są niezbędne i powinny zostać uwzględnione w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Wszystkie te działania służą utrzymaniu sprawności i jakości życia pacjentów w każdym wieku – podkreślał Łukasz Jankowski podczas spotkania z przedstawicielami Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji.

MÓWIĄ O NAS

Przeciw agresji

Dla TVP prezes NRL Łukasz Jankowski komentował sprawę zabójstwa lek. Tomasza Soleckiego i narastającej agresji wobec personelu medycznego. – Tak dłużej nie może być. Internetowy hejt, ale

też wypowiedzi polityków ośmielały do tego, żeby pracowników ochrony zdrowia obarczać odpowiedzialnością za niewydolny system. Rodziła się frustracja. Ta frustracja ciągle narastała. Mówimy dosyć tego. Nie godzimy się na to, żeby przybierało to formę agresji w stosunku do personelu medycznego. Jesteśmy po to, żeby leczyć, żeby być razem z pacjentami, a ten 1 proc. agresorów, którzy dzisiaj frustrację zamieniają w agresję, powinni być po prostu karani – podkreślił.

Nieuchronność kary

O zmianie przepisów dotyczących odpowiedzialności za napastę na lekarza mówił w RMF FM wiceprezes NRL Klaudiusz Komor. – Trzeba rozpocząć dyskusję na temat wzmocnienia zabezpieczeń w placówkach medycznych. Coś w stylu przycisku bezpieczeństwa, który można zawsze nacisnąć w razie zagrożenia – wskazywał.

O potrzebie wprowadzenia znacznych kar za akty agresji w stosunku do personelu medycznego w TVP Info mówił także wiceprezes NRL Paweł Barucha. – Zmiany, których oczekuje środowisko medyczne, to m.in. kontrola wejść do placówek medycznych i przede wszystkim zwiększenie kar za agresję. My i pacjenci jesteśmy naczyniami powiązanymi. Nie możemy się od siebie izolować, ale jednocześnie przy przekroczeniu pewnych granic musimy powiedzieć wyraźnie dosyć – zaznaczył.

Agresja wobec medyków

Na pewno nie dopuścimy do tego, żeby tego typu tezy skierowane w stronę środowiska lekarskiego były powielane bez najmniejszych dowodów i poparcia w rzeczywistości – podkreślał wiceprezes NRL Mateusz Kowalczyk w rozmowie z Wirtualną Polską, komentując wystąpienia polityków podczas posiedzenia Parlamentarnego Zespołu ds. Ochrony Życia i Zdrowia Polaków, które prowadził poseł Roman Fritz z Klubu Parlamentarnego Konfederacji. ●

EPIKRYZA (148)

Fałszywe przebranie

Nie stronię od fabuł szpiegowskich i kryminalów. Lektura lżejszych pozycji daje nieco wytchnienia. Morderstwa z premedytacją, metody dochodzeniowe policji, zagadki rozwiązywane w prosektoriach i kalambury kanałów informacyjnych tworzą mroczną, ale jednak odległą iluzję świata nieustających zagrożeń. Czytelnik pozostaje z boku i w każdej chwili może odebrać telefon lub zaparzyć sobie kawę.

W codziennym życiu nie raz i nie dwa spotykamy wokół ludzi, którzy stroją się w cudze szaty i tworzą scenariusze thrillerów. Na próbę. Dla żartu. W karnawale. Myląc tropy. Po lekach. Zmieniając tożsamość. W kreacji teatralnej, a nawet politycznej. Śledzenie przyjętych ról intryguje, śmieszy, straszy lub zawstydza. W większości przypadków nie jest groźne. Aktorstwo wpisuje się przecież w gry miłosne i negocjacje płacowe. Pokerowe miny, tajemnicze uśmiechy, złowrogie spojrzenia, zamaszyste gesty i słowny ping-pong z pogroźkami mają ukryć intencje i dać poczucie władzy nad innymi. Sztuka sztuczności ma niestety w takich maskaradach swoją cenę i wymaga nie lada odporności psychicznej. W realizacji scenicznych celów pomaga jej: silna osobowość, wytrenowane parowanie ciosów, umiejętne uniki, metody relaksacyjne i używki. Gdy rozum śpi, budzą się demony, głupie żarty, mściwość, cynizm oraz ostracyzm, uszyte z przenicowanych naprędcę porażek i frustracji. Oto magia metamorfoz. Czy to naprawdę mój kolega? Gdzie się zagubiłaś, koleżanko? Co się z nami stało? Skąd się wzięły mundury bojowe?

355 metrów pod ziemią, w zabrańskiejskiej kopalni Guido, grupa z towarzystwa teatralnego, w której nie zabrakło lekarzy i lekarzy dentystów, odpracowała swoją górniczą szczytę. Kwietniowe słońce zamieniliśmy na nieprzenikloną ciemność. Zanim zatrzasnęły się drzwi opancerzonej windy, każdy uczestnik został zobowiązany do przebrania się w roboczy strój uzupełniony kaskiem z czółówką i maseczką w razie dużego zapylenia. Z aparatami tlenowymi i torbami narzędzi oraz telefonami utrwalającymi kilkugodzinną wyprawę nie bez strachu zjechaliśmy z doświadczonym sztygarem w głąb wyrobiska. Korytarz za korytarzem rosła świadomość wysiłku, jaki trzeba

JAROSŁAW WANECKI
PEDIATRA, FELIETONISTA



włożyć w wydobycie każdej grudki węgla. Hałas maszyn i głucha cisza na przodkach. Wilgoć. Upał ścigający się z wiatrem. Wąskie przejścia. Niskie tunele. Kilka drobnych prac montażowych. Pot zmęczenia. W sumie niewiele kilometrów. Zabawa w czołganie, schylanie, amortyzowane uderzenia zabezpieczonej głowy o drewniane obudowy chodników. Prosta zamiana ról prowadząca do wniosku: jakie to szczęście, że nie muszę fedrować, pracując jak kret, w ciągłym lęku osuwiska, wybuchów metanu czy podtopień z podziemnych jezior.

355 metrów nad poziomem morza usłyszałem o specjaliście, do którego przyszła lekarka w zakonnym habicie, a nie w białym kitlu, będąca opiekunką prawną osoby z niepełnosprawnością i prosząca o zmianę terminu wizyty. Powód był obiektywny, czyli trudności komunikacyjne między miastami i chęć odbycia kilku porad w jednym dniu. Ludzkie argumenty. Żadne wypychanie się kolejkę. W zamian usłyszała komentarz na temat nieestosownego przebrania, które do niczego nie upoważnia, oraz okraszona inwektywami propozycję wykreślenia kogoś z listy oczekujących. Taka „koleżeńska” wymiana zdań, szyta na miarę kodeksowych paragrafów i kultury wyniesionej z domu, szkoły,

uczelni. Strach pomyśleć, jaki przebieg miałaby rozmowa z pacjentem w górniczym drelichu.

355 losowo wybranych przykładów złego zachowania lekarskiego zatruwa miliony trafnych rozpoznania, wystandaryzowanego leczenia, dobrze wykonanej diagnostyki i planów profilaktycznych. Hejt przeciw białemu personelowi rodzi się na odreagowaniu chamstwa, koniunkturalizmu i bezradności, frustrując środowisko medyków. Koło się zamyka, gdy ukrywamy się za kurtyną przemilczeń, może nawet cynicznej aprobaty boskości, rubasznej anegdota o braku higieny chorych i snutej od pokoleń legendy o roszczeniowych pacjentach. Wolałbym przebrać tę frazę w baśń o czujności słuchania symptomów. Wolałbym opowiadać prometejski mit o medycynie narracyjnej z dobrą obsadą ról i w adekwatnym do sytuacji stroju poważnego konsylium niż ponizającej strony pyskówki.

Przebrane fabuły szpiegowskie i kryminalne przeniesione do codzienności są groźne. Śledztwo słów. Taniec chochołów. Metamorfozy uczciwości. Mata Hari i Sherlock Holmes w pogoni za maskami depresji wartości podstawowych i fałszywym marzeniem, że kiedyś opadną. Naiwność bywa także kostiumem.

PO GODZINACH – PODRÓŻE

Japoński spokój, czyli jak błogo jest w Hakone

SYLWIA WAMEJ

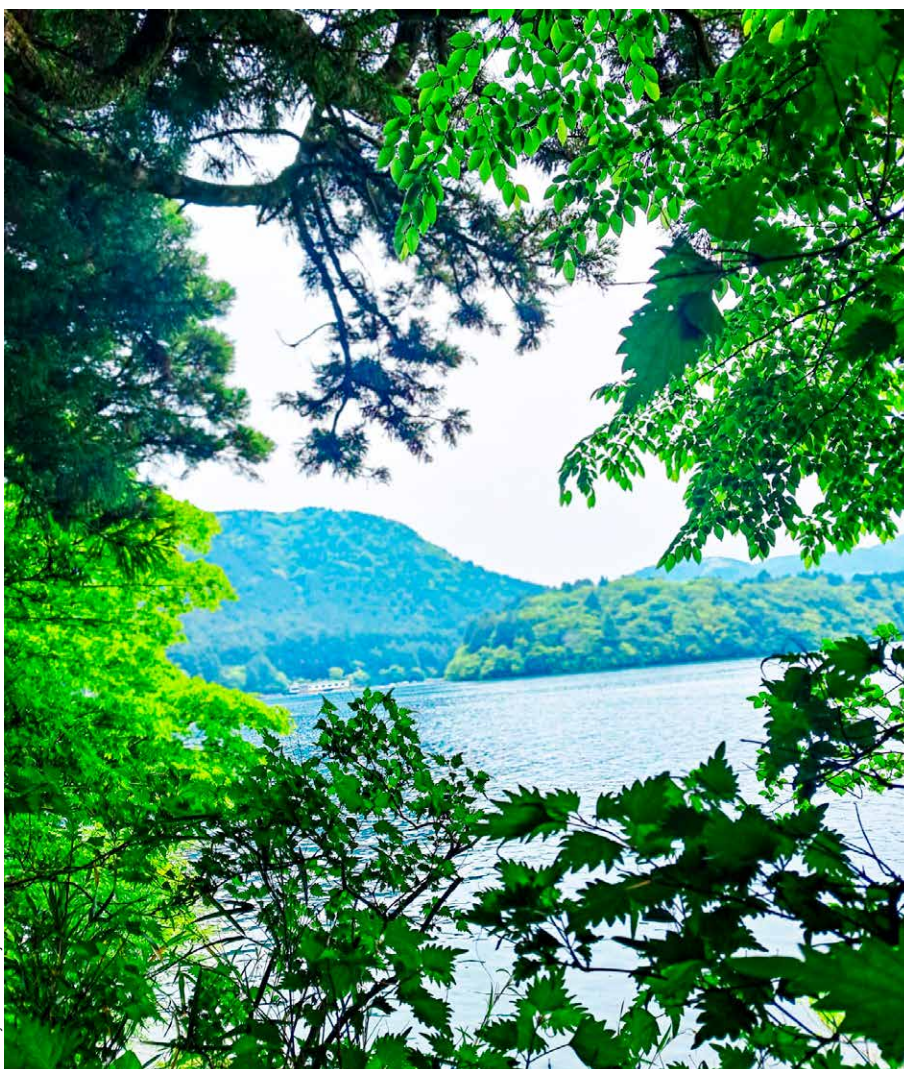
Soczysta zieleń, piękne jezioro Ashi z widokiem na górę Fudzi i gorące źródła z leczniczą wodą to tylko niektóre atrakcje malowniczego i górzystego terenu. Wypad w to miejsce będzie uspokajającą alternatywą dla wiecznie zatłoczonego i głośniego Tokio.

Japonia swoją odmiennością, ciekawą kulturą i pięknymi zakątkami zaskarbiła sobie serca wielu Polaków. Z roku na rok coraz chętniej odwiedzają ten kraj. Planując podróż do Kraju Kwitnącej Wiśni, warto jednak skupić się nie tylko na największych i najpopularniejszych miastach, jak Tokio czy Kioto. To miejsca, które, choć bogate w atrakcje, są bardzo zatłoczone i głośnie o każdej porze roku.

RAJ DLA MIŁOŚNIKÓW NATURY

Znacznie spokojniejsze jest Hakone. To teren położony na południowy zachód od Tokio w prefekturze Kanagawa, oddalony tylko 100 km od stolicy Japonii. Jest częścią Parku Narodowego Fudzi-Hakone-Izu, jednego z czterech najstarszych w tym kraju. Znajdziemy tam Hakone Botanical Garden of Wetlands, czyli ogród botaniczny, który został założony w 1976 r. Ma on w kolekcji 1700 gatunków roślin bagiennych i alpejskich. Cieszy się olbrzymią popularnością turystów szczególnie w czerwcu, gdy nikko kisuge (liliowiec) znajduje się w pełnym rozkwicie.

Będąc w Hakone, warto zobaczyć kraterowe jezioro Ashi, które rozciąga się na ok. 8 km, oferując przepiękny widok na górę Fudzi (nawet gdy nie dopisuje pogoda, wciąż jest malownicze). Tuż obok jeziora znajduje się świątynia szintoistyczna Hakone-jinja, położona w środku lasu cedrowego. Jej główny pawilon zbudowany został w 757 r. Sama świątynia robi oczywiście niesamowite wrażenie, lecz największą atrakcją jest brama Torii, która znajduje się na brzegu Ashi. Brama Torii



fot.: Sylwia Wamej

▲ Jezioro Ashi to kwintesencja piękna i soczystej zieleni



▲ Dolina Owakudani przyciąga kosmicznym krajobrazem



▲ Na odwiedzających jezioro Ashi czekają liczne atrakcje

fot.: Sylwia Wamej

fot.: Sylwia Wamej

► Jedna z rzeźb w otoczeniu zieleni w Open-Air Museum



fot.: Sylwia Wamej

oznacza przejście ze świata doczesnego do świata boskiej mocy. Jest to bez wątpienia najczęściej fotografowane przez turystów miejsce, o czym świadczą ogromne kolejki ustawiające się przed bramą.

ZJEDZ CZARNE JAJKA W DOLINIE OWAKUDANI

Równie popularne i fotogeniczne miejsce to dolina Owakudani, nazywana potocznie doliną Wielkiego Wrzenia, powstała podczas erupcji wulkanu Hakone (1438 m) ok. 3000 lat temu. Jej duża część to aktywna strefa wulkaniczna, która nasycona jest oparami siarki i pełna gorących źródeł.

Atrakcjami tego obszaru są liczne kominy parowe, bulgoczące źródła i... jajka gotowane w naturalnie gorącej wodzie. Ich skorupki czernieją od siarki i, jak głosi lokalna legenda, przedłużają życie o siedem lat. Choć na terenie Owakudani można poczuć charakterystyczny zapach zgniłych jaj, który jest dość nieprzyjemny, miejsce każdego roku przyciąga rzesze turystów.

Region Hakone od lat odwiedzany jest jednak z innego powodu: ze względu na gorące źródła – onseny. Wykorzystuje się je nie tylko w specjalnych łaźniach, ale także

w ryokanach, czyli tradycyjnych japońskich gospodach.

Kilka najpopularniejszych gorących źródeł, które warto odwiedzić podczas pobytu w Hakone, to Yunessun (uzdrowisko, które łączy tradycyjne onseny z nowoczesnymi atrakcjami, oferuje różnorodne baseny tematyczne, w tym z winem i czekoladą), Hakone Yuryo (elegancka oaza spokoju z widokiem na góry, idealna do relaksu po całym dniu zwiedzania), Owakudani onsen (gorące źródła znajdujące się w sercu aktywnego rejonu geotermalnego słynące z siarki i niezwykłych widoków na dolinę) i Gora



fot.: Sylvia Wamej

▲ Hakone: góryste tereny i świątynie



fot.: Sylvia Wamej

▲ Instalacja artystyczna na wodzie w Open-Air Museum

Kadan (luksusowe onsen, które zapewnia intymność oraz niezwykle aromatyczne kąpiele w tradycyjnym japońskim stylu).

MIKS SZTUKI I NATURY

Spragnieni kultury również znajdą coś dla siebie. Warto odwiedzić istniejące od 1969 r. Open-Air Museum – muzeum sztuki, które znajduje się na terenie parku krajobrazowego. Można tam podziwiać ok. 120 rzeźb japońskich i międzynarodowych artystów.

Fani sztuki ściągają nie tylko ze względu na ciekawe dzieła, ale również niesamowite krajobrazy, które zmieniają się wraz z porami roku. W muzeum dostępnych jest również kilka sal z wystawami czasowymi oraz sklepy i kawiarnie, z których roztacza się widok na niektóre instalacje artystyczne. Open-Air Museum z powodzeniem łączy ze sobą harmonijną równowagę między naturą a sztuką.

KRÓLEWSKA ELEGANCJA I PIĘKNE WIDOKI

Pasjonaci historii mogą z kolei odwiedzić pałac Hakone, który kiedyś był letnim azylem japońskiej rodziny cesarskiej. Położony na południowym brzegu jeziora Ashi oferuje turystom miks królewskiej

elegancji i zapierających dech w piersiach widoków na górę Fudzi. Wolnostojący pałac Hakone zbudowany został w 1886 r. jako prywatna willa dla cesarza Meiji. Po II wojnie światowej, w 1946 r., miejsce zostało przekazane państwu i otwarte dla turystów jako park w 1950 r.

Większość oryginalnych budynków pałacowych już nie istnieje. Pozostała jednak struktura i otaczający

ją park, które wciąż prezentują wyrafinowany gust i kunszt architektoniczny japońskiej rodziny cesarskiej. Park Onshi Hakone, centralny obszar pałacu wolnostojącego Hakone, obejmuje około 170 tys. mkw. Zachowała się tam część oryginalnych budynków willi cesarskich. W parku znajduje się kilka starannie zaprojektowanych tarasów widokowych, z których można podziwiać górę Fudzi i jezioro Ashi.

Będąc w tym rejonie, warto udać się również do Hakone Glass no Mori, znane jako Muzeum Sztuki Szklanej Weneckiego. Znajduje się tam kolekcja ponad 100 szklanych dzieł sztuki, wspaniały ogród i warsztat szkła. Zwiedzający mogą podziwiać obszerne wystawy sztuki szklanej, piękne ogrody z instalacjami ze szkła kryształowego, oglądać pokazy szkła, a nawet spróbować swoich sił w tworzeniu własnych dzieł sztuki szklanej w nadzorowanych warsztatach. Na miejscu znajduje się również sklep z wyrobami szklanymi oraz restauracja oferująca dania kuchni włoskiej z japońskim akcentem.

REGIONALNE POTRAWY I WYPIEKI

Na miłośników ciekawych smaków czekają w Hakone regionalne dania i słodkości. Znajdziemy tam liczne restauracje serwujące m.in. najbardziej ekskluzywne mięso na świecie, czyli wołowinę wagyu, przygotowane metodą teppan-yaki na podgrzewanej od spodu stalowej płycie, makaron gryczany soba, chrupiące i soczyste smażone kurczaki karaage czy wypieki takie jak pączki curry z maki ryżowej.

PO GODZINACH – BŁĄD MALARSKI

Na głucho

Torebka Louisa Vuittona to zapewne marzenie każdej fashionistki, charakterystyczne złote logo stało się symbolem naszych czasów. Ale Louis Vuitton to nie tylko luksusowe dobra, to także fundacja, która gra jedno z pierwszych skrzypiec wśród europejskich muzeów. A tego lata pokazuje ogromną retrospektywę jednego z tytanów sztuki współczesnej: Davida Hockneya.



Obraz: David Hockney, „Autoportret”, 29 grudnia 1996, Fundacja Davida Hockneya

Hockney ze swoim umiłowaniem portretu i pejzażu stworzył wiele ikon współczesnego malarstwa, a jego obrazy regularnie sprzedają się za rekordowe kwoty. Sam malarz, dobiegający dziewięćdziesiątki, boryka się z wieloma kłopotami zdrowotnymi, które jednak nie powstrzymują go przed codziennym kilkugodzinnym malowaniem. Jedną z jego przypadłości jest głuchota.

Słuch Hockneya pogarszał się stopniowo, po aparat sięgnął w 1979 r. Utrata tego zmysłu miała duży wpływ na jego prace. Przyznał, że narastało w nim poczucie izolacji i wycofania. Introspekcja stała się dla niego nowym instrumentem wyrażania dyskomfortu spowodowanego głuchotą.

Autoportret z grudnia 1996 r. to mistrzowskie studium cierpienia. Napięcie widać tu w oczach malarza, w jego rozwartych ustach, w głowie ułożonej w niewygodny sposób. Silnie kontrastujące kolory podbijają psychologiczny ferment obrazu. Mocne, wirujące impasty dodają całości wewnętrznej wibracji.

AGATA MORKA
DOKTOR HISTORII SZTUKI



Hockney rozmawia tu jednak nie tylko z samym sobą i widzem. Prowadzi też dialog ze swoim kolegą po fachu, van Goghciem. Ciasny sposób kadrowania autoportretu Hockneya, kontrast czerwieni i zieleni oraz ustawienie głowy *en trois quarts* eksponujące prawe ucho to oczywisty ukłon w stronę Vincenta i jego autoportretów z obciętym uchem. Zamiast otulenia ucha bandażem Hockney otula je ręką, zapewne, by lepiej słyszeć.

Zielono-żółta plama w otworze usznym sugerować może obecność aparatu słuchowego.

To obraz niewygodny, trudny do zrozumienia w kontekście innych autoportretów artysty. Ponoć wzbudzał zdziwienie i komentarze wśród bliskich Hockneya twierdzących, że nie wygląda on tutaj jak on. Być może jednak to w tych „na głucho” malowanych przedstawieniach Hockney pokazuje najbardziej intymną część siebie. ●

Rozwiązanie zagadki z „GL” 5/2025

Szczegóły różniące obrazy:

1. Zamknięcie drzwi w tle.

Malarz namalował półotwarte drzwi, co przypomina nieco obraz Quentina Messysa pokazujący bardzo podobną scenę bankiera i żony liczących pieniądze we wnętrzu 25 lat przed Marinusem. Marinus był ewidentnie zainspirowany tym obrazem.

2. Zmiana koloru pieniędzy na wszystkie srebrne.

Malarz pokazał na obrazie dwa rodzaje monet, różniąc je kolorem.

3. Usunięcie kart papieru powieszonych za mężczyzną.

Papiery te to spisane umowy, tylko częściowo można je odczytać.

4. Usunięcie białego papieru na półce za głową mężczyzny.

Malarz użył tej kartki do namalowania swego podpisu i daty, kiedy obraz został ukończony.



Obraz: Marinus van Reynewaale, „Poborca podatkowy i jego żona”, 1539, Muzeum Prado, Madryt

WSKAŹ ORYGINAŁ I ZNAJDŹ CZTERY SZCZEGÓŁY RÓŻNIĄCE OBRAZY.

Odpowiedź prześlij na bladmalarski@gazetalekarska.pl do 16 czerwca 2025 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” 05/2025

Voucher do Hotelu Prezydent **** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje Łukasz Czech (Rzeszów)

Nagrody dodatkowe: Monika Stanisł (Kobiernice), Tomasz Szatkowski (Gorzów Wielkopolski), Agata Szykut-Badaczewska (Słupsk)

Dla jednej z osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi

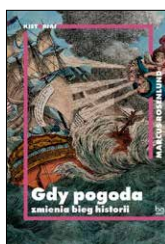
★★★★
HOTEL PREZYDENT
MEDICAL SPA & WELLNESS
HOTEL PRZYJAZNY DOROSŁYM

 WYDAWNICTWO
UNIwersYTETU
JAGIELLOŃSKIEGO
www.wuj.pl

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

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

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



KLAUZULA INFORMACYJNA

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

PO GODZINACH – PROZA

ROBERT RAWSKI

Laureat XIII edycji Ogólnopolskiego Konkursu Literackiego dla Lekarzy im. Prof. Andrzeja Szczeklika „Przychodzi wena do lekarza” dla studentów.

Jest studentem kierunku lekarskiego na Śląskim Uniwersytecie Medycznym w Zabrze. Jego największą pasją jest patomorfologia i tajemnice, jakie kryje każda komórka naszego ciała. Zafascynowany postacią profesora Mariana Zembali wybrał Zabrze, aby móc brać udział w realizacji jego wizji medycyny opartej na głębokiej miłości do cierpiącego człowieka. W chwilach gdy nie siedzi nad mikroskopem, poznaje historię polskiego kina w okresie międzywojnia oraz podziwia sztukę modernizmu. Jego wielkim marzeniem jest stworzenie sztuki teatralnej, przybliżającej Polakom historię powstawania Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu.

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

Cisza niedotykalna

(wybrany fragment)

Szybkim krokiem przemierzając jeszcze puste szpitalne korytarze, dopijam ostatnie łyki kawy. Dzwonek w telefonie nieubłaganie mi przypomina – jeszcze tylko 10 minut, muszę się spieszyć. Oddział chorób wewnętrznych wita mnie porannym zapachem rozłożonego śniadania, jednak w sali, do której zmierzam, dziś obowiązuje post. Niepewną ręką pukam do drzwi i delikatny głos zaprasza mnie do wejścia.

„Już myślałam, że zapomniałeś” – jakby z lekkim wyrzutem, ale też z charakterystycznym dla siebie kąśliwym humorem rzuca drobna, ponad osiemdziesięcioletnia pani Beata, chociaż w sumie tylko Beata, bo od wczoraj jesteśmy „na ty”.

Wyciągając ukryte w poduszce ciastko, oddaje mi połowę. Wiem, że nie powinna, ale przysmykam oko na to złamanie zasad. Dziś wielki dzień – operacja ostatniej szansy. Niestety, nowotwór to przeciwnik, z którym Beata stoczyła dzielną walkę, ale przegraną. Na stoliku różaniec, szklanka, ulubiony romans, jednak jedna rzecz najbardziej przykuwa moją uwagę. W otwartym laptopie zatrzymany kadr filmu „Bogowie”.

„Jak można leżeć u was w Zabrzu i nie obejrzeć tego filmu” – stwierdza ze zdziwieniem, widząc moje zainteresowanie.

Moje myśli wracają do pewnego wiosennego dnia, gdy pierwszy raz z przyjaciółmi obejrzałem ten film w kinie. Jeżeli jeszcze wtedy się wahałem, jaki kierunek studiów wybrać, to po seansie byłem już pewny. Do dzisiaj budzi on we mnie dreszcz niewyjaśnionego podniecenia. „Bogowie”... Czy ten przewrotny tytuł nie powinien wzbudzać we mnie zdziwienia, a nawet wywoływać sprzeciwu? Czy jedna grupa lub pojedynczy człowiek ma prawo do własnej apoteozy i zasiadania koło boskiego tronu?

(...)

Nie jesteśmy bogami – nie potrafimy wskrzesić z martwych, uleczyć nieuleczalnego, wyjaśnić każdej tajemnicy nauki, ale jesteśmy ludźmi i możemy dać sobie to, czego każdy z nas pragnie – bliskość. Czy uśmiech, który pojawi się dzięki nam na twarzy chorego w ostatniej chwili jego życia, jest mniejszym cudem niż chodzenie po wodzie? Czy nawet gdy zdaje się, że przegraliśmy, blask naszej bliskości nie jest tym prometejskim ogniem, świadczącym, że lekarz to więcej niż tylko zawód?

Nie wiem, czy kiedykolwiek dorównam moim mistrzom, jak Profesorowie Religa czy Zembali, ale mogę prosić tylko o jedno – niech zapalony dzięki nim prometejski ogień miłości i miłosierdzia do drugiego człowieka nigdy we mnie nie zgaśnie, ale rozpala każdego, kto będzie moim pacjentem i przyjacielem.

Panie Profesorze – niechaj i dla mnie rozpocznie się ta historia...

PO GODZINACH – SPORT

Szybko tam, gdzie wolno

PIOTR „MARGOL” MARKOWSKI

Dru ga edycja Mazowieckiego Rozpoczęcia Sezonu Motocyklowego na Torze Jastrzęb już za nami. W tym roku odwiedziło nas ponad 900 motocyklistów i to chyba na wszystkich znanych typach motocykli – od ścigaczy, przez ciężkie cruisery, po lekkie 125-ki.



fot.: archiwum prywatne

▲ Wszystkie szkolenia odbywały się pod nadzorem instruktorów Toru Jastrzęb



fot.: archiwum prywatne

▲ Jednym z elementów szkolenia była symulacja wypadku drogowego

Przeprowadziliśmy 420 sesji szkoleniowych na pięciu stacjach. Poza znanymi z zeszłego roku stacjami, czyli szybkiej jazdy na torze, jazdy precyzyjnej, gymkhany i pitbików, dodatkowo wprowadziliśmy szkolenia z jazdy off-road. Każdy po przyjeździe na Tor Jastrzęb mógł zapisać się na dwa dowolnie wybrane przez siebie szkolenia trwające po 45 minut oraz 15-minutową jazdę torową. Wszystkie szkolenia przeprowadzane były pod nadzorem i opieką Seweryna Gładygi wraz z instruktorami Toru Jastrzęb.

Tak jak w ubiegłym roku Fundacja Jednym Śladem przeprowadziła szkolenia z BLS, pokaz symulacji wypadku drogowego z udziałem samochodu i motocykla oraz schematu pomocy udzielanej najpierw przez przypadkowych świadków, następnie przez ratownika na motocyklu ratunkowym i wreszcie zespół karetki

pogotowia. Policja i straż pożarna pokazały, jak zabezpieczają miejsce zdarzenia, oraz, co dla nich jest niezwykle ważne, czego oczekują od nas – pierwszych świadków wypadku, jeśli chodzi o zabezpieczenie i przygotowanie miejsca zdarzenia na przyjazd służb. Takich szkoleń nigdy dosyć, ponieważ nawet gdy wszystko jest w zasadzie jasne, kiedy dochodzi stres na miejscu prawdziwego wypadku, nie ma czasu na zastanawianie się – musimy działać szybko i stanowczo. A do tego potrzebna jest pewność, jaką dadzą nam tylko wcześniejsze ćwiczenia. Czyli i tutaj ma zastosowanie stara prawda, że *Repetitio est mater studiorum*.

W tym roku DoctorMotoClub w ramach akcji Motoserce (jest to akcja krwiodawstwa organizowana

od 2009 r. przez kluby motocyklowe zrzeszone w Kongresie Polskich Klubów Motocyklowych) zaprosił na Tor Jastrzęb także autokar do poboru krwi. Od początku działalności Motoserce zebrało już ponad 40 tys. litrów krwi – a to robi wrażenie.

Na wieczór zaplanowaliśmy trzy koncerty, ale ze względu na ogłoszoną żałobę zostały odwołane.

Na kolejną, trzecią już edycję Mazowieckiego Rozpoczęcia Sezonu Motocyklowego na Torze Jastrzęb zapraszamy 25 kwietnia 2026 r. Jeśli macie ochotę obejrzeć relacje TVP z MRSM 2025 oraz reportaże Świata Motocykli (naszego Patrona Medialnego) i Fundacji Jednym Śladem – zapraszamy na naszą stronę www.doctormotoclub.pl do zakładki „Galeria”. ●

Igrzyska jednak w Zakopanem

Najważniejsze sportowe wydarzenie sezonu środowiska lekarskiego odbędzie się w dniach 10-14 września. Impreza w tym roku wraca z Cetniewa do Zakopanego.

Program 22. Igrzysk Lekarskich 2025 jest niezwykle napięty. Pierwsze konkurencje zostaną rozegrane już w środę: tatra walking na proponowanej trasie Brzeziny – Czarny Staw Gąsienicowy, a tego samego dnia wieczorem rozstrzygnięty zostanie turniej badmintonu. Równocześnie rozpocznie się rywalizacja w kolarstwie szosowym (Ludźmierz – Nowa Biała).

Jeszcze bardziej wypełnione sportowymi emocjami będą kolejne trzy dni igrzysk – od czwartku do soboty, ponieważ wtedy jednocześnie odbywać się będzie rywalizacja w kilku różnych dyscyplinach. W COS Zakopane trwać będą m.in. turnieje piłki nożnej, koszykówki, koszykówki 3x3, siatkówki, siatkówki plażowej, tenisa ziemnego i stołowego, a także zawody w konkurencjach lekkoatletycznych i pływaniu. Zawody squasha, w strzelaniu i triathlonie odbędą się jednak poza terenem Centralnego Ośrodka Sportu, a turniej golfowy

zostanie rozegrany w Tatrzańskiej Łomnicy. Hokej na lodzie wymaga zaś warunków, które zapewnić może tylko hala w Nowym Targu. Od czwartku każdy wieczór wieńczyć będzie ceremonia medalowa oraz atrakcje pozasportowe.

W zawodach mogą brać udział lekarze i lekarze dentyści, studenci medycyny, a także członkowie rodzin lekarzy i goście dopuszczeni przez organizatorów. Warunkiem jest zgłoszenie się, wniesienie opłaty i – w razie wątpliwości – przedstawienie dyplomu, PWZ czy legitymacji studenckiej.

Przygotowania do organizacji igrzysk budziły nie mniejsze emocje niż sama sportowa rywalizacja. Ubiegłoroczna impreza w Centralnym Ośrodku Sportu w nadmorskim Cetniewie przyciągnęła blisko 800 uczestników, pogoda dopisała, a sam obiekt i organizacja, którą zajęła się

Naczelna Izba Lekarska, zostały ocenione bardzo wysoko. Z tego powodu Naczelna Rada Lekarska podjęła uchwałę, że w 2025 r. igrzyska odbędą się pod koniec sierpnia nad morzem – o czym informowaliśmy w „Gazecie Lekarskiej”. Tej decyzji sprzeciwili się organizatorzy igrzysk w Zakopanem i po miejscami ostrej, ale merytorycznej dyskusji przekonali władze samorządowe do zasady „raz Zakopane, raz Cetniewo”. Dlatego tegoroczne zmagania sportowe odbędą się u stóp Tatr, a przyszłoroczne ponownie nad morzem.

Naczelna Izba Lekarska jest współorganizatorem Igrzysk, a „Gazeta Lekarska” sprawuje nad nimi patronat. Będziemy na bieżąco relacjonować przebieg i wyniki zawodów na portalu gazetalekarska.pl •

Więcej informacji na www.igrzyskalekarskie.org

Odeszła prof. Teresa Gardocka

Zgłębokim smutkiem samorząd lekarski żegna prof. Teresę Gardocką, wybitną prawniczkę, dziekan Wydziału Prawa i dyrektor Instytutu Prawa Uniwersytetu SWPS. Prof. Gardocka współpracowała z Naczelną Izbą Lekarską, służąc nam swoją wiedzą i doświadczeniem w najbardziej skomplikowanych kwestiach prawnych.

Pani profesor przez długie lata związana była z Uniwersytetem Warszawskim, a później z Wyższą Szkołą Handlu i Prawa. W 2008 r. związała swoje życie zawodowe z SWPS, gdzie dzięki jej zaangażowaniu uruchomiono studia prawnicze. Kochała uczyć, zarażała pasją badawczą, była podziwiana i szanowana przez studentów, którzy uwielbiali

jej charakterystyczny – przejrzysty i niepozabawiony humoru – sposób prowadzenia wykładów.

Wniosła również ogromny wkład w kształtowanie i rozumienie prawa w Polsce. Jest m.in. autorką podręczników akademickich o postępowaniu karnym, publikacji „Dylematy praw człowieka”, „Mowa nienawiści a wolność słowa”, a także „Nowe medyczne prawo karne”.

Z wiedzy prof. Gardockiej i jej zespołu wielokrotnie korzystał samorząd lekarski m.in. w sprawach wymagających skomplikowanych ekspertyz prawnych oraz interpretacji przepisów. Tak wspomina profesor Grzegorz Wrona, sekretarz

NIL: „To dziesięć lat współpracy, spotkań, tych służbowych, wynikających z zawartego porozumienia pomiędzy Uniwersytetem i Naczelną Izbą Lekarską, uczestnictwa w konferencjach na zaproszenie Pani Profesor i na zaproszenie jej Wychowanków – Studentów i Doktorantów. I dekada spotkań najciekawszych, prywatnych, w domu Profesora, dyskusji o prawie, medycynie, chorobach, zdrowiu, społeczeństwie, polityce i o zwykłym życiu”.

Prof. Teresa Gardocka pracowała do ostatnich dni życia. Odeszła 5 maja 2025 r. •

Zjazdy koleżeńskie

IV ZJAZD ABSOLWENTÓW POMORSKIEJ AKADEMII MEDYCZNEJ ROCZNIKA 1995.

Zapraszam na IV zjazd Absolwentów PAM z okazji XXX-lecia uzyskania absolutorium. Zjazd odbędzie się w dniach 10-12 października 2025 r. w Pobierowie (pisz.pobierowo.pl). Bliższych informacji udziela: Andrzej Radecki tel. 602428928 e-mail radecki@onet.pl

ABSOLWENCI WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1985.

Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 40-lecia uzyskania absolutorium, które odbędzie się w dniach 26-28.09.2025 w Polanicy Zdroju. Program Zjazdu wraz z wysokością opłat dostępny na stronie www.dilnet.wroc.pl w zakładce społeczność. Bliższych informacji udziela: Patrycja Malec, tel. 501-217-204, e-mail patka.malec@wp.pl •

Podziękowania

Panu Profesorowi dr hab. n. med. Markowi Durlikowi oraz całemu Zespołowi Kliniki Chirurgii Gastroenterologicznej i Transplantologii Szpitala MSWiA w Warszawie za uratowanie życia. Dziękuję.

lek. med. Józef Lula

Zapraszamy na plener fotograficzny

Lubelska Izba Lekarska oraz Komisja Kultury Okręgowej Rady Lekarskiej w Lublinie przy wsparciu Naczelnej Izby Lekarskiej zaprasza koleżanki i kolegów pasjonatów fotografii do udziału w 12. Ogólnopolskim Plenerze Fotograficznym Lekarzy. Plener odbędzie się w dniach 8-14 września 2025 r. w Kazimierzu Dolnym nad Wisłą. Zakwaterowanie: Dom Dziennikarza w Kazimierzu Dolnym nad Wisłą. Szczegółowe informacje (program, formularz zgłoszeniowy) znajdują się na stronie internetowej kultura.oil.lublin.pl.

PO GODZINACH – KULTURA

Radom inspiruje do zdjęć

MIROSLAW ŻYDECKI

W tym królewskim mieście z bogatą historią i wieloletnią tradycją odbył się IV Ogólnopolski Plener Fotograficzny dla lekarzy i lekarzy dentyistów, organizowany przez Komisję ds. Kultury ORL w Warszawie i współfinansowany przez NIL.



Fot.: Mirosław Żydecki

W plenerze, który odbył się w dniach 15-18 maja, wzięły udział 24 osoby reprezentujące sześć izb lekarskich: białostocką, częstochowską, gdańską, lubelską, łódzką i warszawską. Dlaczego Radom? Historia miasta sięga czasów piastowskich. Jego położenie na szlaku królewskim pomiędzy Krakowem a Wilnem wpływało na rozwój albo upadek miasta. Przetaczające się wojny: plemienne, piastowskie, potop szwedzki, kolejne powstania, I i II wojna światowa, odcisnęły swoje piętno na tym pięknym mieście, które jak Feniks po każdym upadku dumnie podnosiło się na nowo do życia. Fragmenty dawnych murów miejskich z zamkiem królewskim, kościoły, ulice i bogate kamienice zbudowane w stylu modernistycznym, nowoczesne budynki, detale architektoniczne: żeliwne balkony, posadzki ze znanej w całej Europie ceramiki Marywil i wiele innych

▲ Uczestnicy radomskiego pleneru fotograficznego

elementów historycznie związanych z Radomiem stały się inspiracjami do zdjęć.

Opiekunem i mentorem uczestników pleneru był wybitny fotografik Zbigniew Furman, który życzliwie, ale surowo oceniał wykonywane przez lekarzy zdjęcia. Gośćmi wydarzenia byli Wojciech Stan oraz Arkadiusz Kubisiak – fotograficy, którzy od wielu lat uwieczniają Radom na zdjęciach. Zaprezentowali swoje albumy „Radom” oraz „Ukarane Miasto, Radomski Czerwiec '76”. Uczestników pleneru odwiedził Karol Stępniewski, wiceprezes ORL Delegatury Radomskiej.

Wybrane fotografie z IV Pleneru Fotograficznego będą zaprezentowane na wystawie fotograficznej 7 grudnia w galerii Centrum Łowicka w Warszawie. •

Ogłoszenia

