

WAŻNY TEMAT: PACJENT PRZED PODRÓŻĄ

ISSN 0867-2164

PISMO IZB
LEKARSKICH

07-08 | 2023

GAZETA LEKARSKA

JAK ODPOCZAĆ

strony 7-11

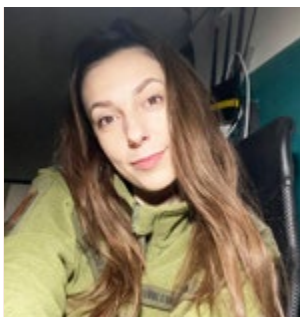
REKLAMA (dostępne tylko w wydaniu papierowym
i e-wydaniu udostępnianym lekarzom i lekarzom dentystom)



9

Lekarz zmęczony
hałasem

46

Pokonałam
śmierć

64

Estremadura – terra incognita

FELIETON PREZESA NRL

- 4 Łukasz Jankowski:
Samorząd apolityczny

JEDNYM GŁOSEM

- 6 Klaudiusz Komor:
Mądry Polak po... pandemii?

TEMAT NUMERU

- 7 Jak odpoczywać
9 Lekarz zmęczony hałasem

AKTUALNOŚCI

- 12 Jakość. Nowe otwarcie?
15 Bo nikt mnie nie powstrzymał
16 Absolutne wyzerowanie rezerw

PRAWO I MEDYCYNĄ

- 18 Przykre konsekwencje
rażących przewinień
20 Nowe prawa lekarza rodzica
22 Odstąpił od leczenia w ramach
solidarności. Co na to sąd?
24 Ewolucja Kodeksu
26 Co robić, gdy policja pyta
o pacjenta
28 Biuletyn

PRAKTYKA LEKARSKA

- 30 Paweł Barucha: Teraz specjalizacje
30 Wiedza i integracja
32 Gerostomatologia
i nowinki dentystyczne
34 Jakub Sieczko:
Rikai dekimasen
36 Jak wrócić zdrowym
z dalekiego wyjazdu?

- 40 Ultrasonograf
to stetoskop XXI wieku
43 Mariusz Politowicz:
Skąd pan wziął te leki
44 Wstrząs kardiogeny –
stare problemy, nowe wyzwania
46 Pokonałam śmierć
49 Anna Gołębicka:
PR szczura, PR chomika
50 Mamo, połknąłem 9 złotych!
52 Ból trzeba kontrolować i leczyć

SAMORZĄD ZAWODOWY

- 54 Jakub Kosikowski:
Zaznaczcie w grafiku
56 Polskość i medycyna
58 EFMA w Warszawie
60 PAZ Portfel Aplikacji
Zdrowotnych
62 Budowa start-upu
telemedycznego
63 Systemowa energia

PO GODZINACH

- 64 Terra incognita
67 Idźcie na „Pogo”!
68 Czytelnia – recenzje książek
70 Błąd malarski: U stóp
72 Jarosław Wanecki:
Ćwiczenia stylistyczne
73 Kultura
75 Przychodzi wena do lekarza:
Kilka słów o składaniu ptaków
76 Sport
77 Ogłoszenia
82 Jolka lekarska

OD REDAKCJI



Karolina Kowalska
redaktorka naczelna

ODPOCZNIJMY

Wakacje tradycyjnie kojarzą się z odpoczynkiem, o który w dzisiejszym świecie wyjątkowo trudno. Szczególnie lekarzom. Do nieregularnego, zabójczego dla organizmu, często zmianowego trybu życia dochodzi wszechobecne przebudowanie. Jak napisała Emilia Dłużewska w książce „Jak płakać w miejscach publicznych”, „nasze mózgi mają wystarczającą moc obliczeniową, by być w stanie wynaleźć bezprzewodowy internet, a jednocześnie oprogramowanie wgrane w czasach, gdy zajmowaliśmy się bieganiem po sawannie za antylopami”. To oprogramowanie musi sobie jednak poradzić z narastającą liczbą skomplikowanych informacji, zadań i problemów. Tym ważniejsze jest umieć odpocząć, czemu poświęcamy temat tego numeru. Odpocząć przydałoby się także od polityki, a ściślej od polityków, którzy przed wyborami usiłują zbić kapitał polityczny na lekarzach. Dlatego w tym numerze wiele miejsca poświęcamy wydarzeniom kulturalnym i proponujemy wycieczkę do hiszpańskiej Estremadury.

SZANOWNI PAŃSTWO, KOLEŻANKI I KOLEDZY

Tragedia ciężarnej pacjentki, do której doszło w szpitalu w Nowym Targu, odbiła się szerokim echem w mediach i wywołała poruszenie opinii publicznej. Samorząd poprzez rzecznika odpowiedzialności zawodowej niezwłocznie wszczął w tej sprawie postępowanie. Jednocześnie zwróciliśmy się do przedstawicieli świata polityki i mediów o nieferowanie wyroków przed procesem i umożliwienie oskarżanym publicznie lekarzom skorzystania z ich prawa do obrony w tej trudnej sytuacji. Nie uciekając od możliwej winy konkretnych osób, zwracaliśmy też od początku uwagę, że to obowiązujące represyjne przepisy prawa, zła organizacja systemu i brak efektywnego *no fault* mają wpływ na sytuację pacjentów i lekarzy w Polsce, w wielu przypadkach forsując stosowanie tzw. medycyny asekuracyjnej ze wszystkimi tragicznymi tego konsekwencjami. Powtarzaliśmy jak mantrę, że zawsze uderzając w bezpieczeństwo lekarza, uderza się w bezpieczeństwo pacjenta.

Z przykrością stwierdzam, że część środowisk politycznych wykorzystała sytuację do zbitcia politycznego kapitału i poruszania tematów pozornie tylko związanych ze sprawą, jednocześnie atakując naszą grupę zawodową.

Usłyszeliśmy, że według klubu Lewicy klauzula sumienia powinna zostać zlikwidowana, pomimo naszych merytorycznych tłumaczeń, że w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia matki klauzula sumienia w ogóle nie obowiązuje, a więc przykład ten nie odnosi się w ogóle do omawianej sytuacji pacjentki. Nie przeszkodziło to posłankom w organizowaniu konferencji prasowych i happeningów oraz podejmowaniu próby manipulacji poprzez powiązanie obowiązku klauzuli sumienia z tragiczną śmiercią pacjentki w Nowym Targu. Podobnie do świadomości tych polityków nie przebił się merytoryczny argument, że nie istnieje klauzula sumienia dla podmiotów leczniczych,



Łukasz Jankowski
prezes Naczelnej Rady Lekarskiej

SAMORZĄD APOLITYCZNY

a za kontraktowanie świadczeń i ich zapewnienie w istocie odpowiada płatnik, a więc NFZ. Nie pomogło informowanie, że wolność sumienia wynika zarówno z prawa unijnego, jak i polskiej konstytucji.

Usłyszeliśmy za to publicznie nieprawdziwe twierdzenia, że samorząd lekarski odmówił zaopiniowania tzw. ustawy ratunkowej, złożonej w Sejmie uprzednio przez posłów Lewicy, pomimo że osobiście kilka tygodni temu odpisywałem przewodniczącej klubu Lewicy na jej pismo z prośbą o opinię w sprawie tej ustawy. Być może posłanka uznała mój list za nieodpowiadający jej oczekiwaniom, bo

działając jako przedstawiciel pozapolitycznego gremium zrzeszającego wszystkich lekarzy, jakim jest Izba Lekarska, wyraziłem łączący nasze środowisko pogląd, że samorząd popiera wszelkie te inicjatywy, które pozwalają lekarzom leczyć zgodnie z obowiązującą wiedzą medyczną i własnym sumieniem. Podobnie, pomimo stanowiska Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie tzw. wyroku

TK, które Izba wydała jeszcze w poprzedniej kadencji i które zostało udostępnione opinii publicznej, przywołani wcześniej politycy próbowali manipulacji, oskarżając Izbę o brak stanowiska w sprawie. Mam satysfakcję, że naszym działaniem, wyważonymi merytorycznymi reakcjami, skutecznie przeciwstawiliśmy się próbie wciągnięcia samorządu w polityczne gry, co wywołało frustrację i gniew polityków.

Stworzona przez nich atmosfera nagonki na całe środowisko lekarskie, a także oparta na skrajnych emocjach i wykorzystywaniu uogólnień kampania uderzyła w relację lekarz

- pacjent. Została również podchwyciona przez internetowych hejterów.

Zareagowaliśmy, a do osób szczujących na nasze środowisko wysłaliśmy pisma przedsądowe z żądaniem usunięcia obraźliwych treści i przeprosin. A jeśli to nie nastąpi, skierujemy sprawy na drogę sądową. Działając wspólnie z Prezesami Samorządów Medycznych

- Pielęgniarek i Położnych, Fizjoterapeutów i Diagnostów Laboratoryjnych, podjęliśmy stanowisko, w którym wyraziliśmy stanowczy sprzeciw wobec wypowiedzi polityków godzących w dobre imię personelu medycznego.

Zachowaliśmy merytoryczny charakter naszych działań, pozostając w kontakcie z Polskim Towarzystwem Ginekologów i Położników, działając poprzez Radę Ekspertów NIL czy uczestnicząc w spotkaniach w Ministerstwie Zdrowia poświęconych omawianym zagadnieniom. Mam poczucie, że temat opieki okołoporodowej w Polsce jest dużo bardziej skomplikowany, niż wynika to z wypowiedzi polityków, i Naczelna Izba Lekarska będzie przypominać im o tych bólach, zaczynając od niedoinwestowania systemu ochrony zdrowia, a kończąc na represyjnym prawie, ze wszystkimi tego konsekwencjami.

Opisana próba wciągnięcia środowiska lekarskiego do bieżącej polityki, hejtu na lekarzy, emocji zamiast merytorycznej debaty jest kolejną odsłoną kampanii wyborczej i można się spodziewać ze strony polityków kolejnych tego typu zagrań. Deklaruję, że samorząd pozostanie apolityczny, starając się godnie reprezentować wszystkich lekarzy, niezależnie od poglądów politycznych czy światopoglądu. Łączy nas wspólny pogląd - dobro pacjenta, a nasz zawód chcemy móc uprawiać zgodnie z aktualną wiedzą medyczną.

”

**Staramy się godnie
reprezentować
wszystkich lekarzy,
niezależnie
od poglądów
politycznych czy
światopoglądu**

zmienia się dla Czytelników!

Od numeru 07-08/2023 „Gazeta Lekarska”
jest dostępna w formie:

- **e-wydania** dla lekarzy i lekarzy dentystów do 69. roku życia
(dostarczana do skrzynek mailowych)
- **papierowej** dla lekarzy i lekarzy dentystów 70+
(dostarczana do skrzynek pocztowych)

**Jeśli nie jesteś zadowolony/a z takiego kolportażu –
możesz to zmienić.**

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

- Wejdź na stronę gazetalekarska.pl lub nil.org.pl/gazeta
(albo najeżdż aparatem telefonu na **QR kod**
lub użyj aplikacji **czytnik kod QR**)
i wypełnij formularz **Subskrypcja „Gazety Lekarskiej”**



- Dokonaj wyboru, klikając w jedno z pól, lub zaznacz oba:
 - chcę otrzymywać wersję papierową
 - chcę otrzymywać wersję elektroniczną



Klaudiusz Komor
wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej

16 czerwca w Dzienniku Ustaw opublikowano rozporządzenie ministra zdrowia, zgodnie z którym od 1 lipca w naszym kraju zostaje zniesiony stan zagrożenia epidemicznego. Czyli mówiąc wprost, a właściwie nieco ironizując, w tym dniu zakończy się pandemia. Oczywiście wszyscy zdajemy sobie sprawę z tego, że COVID-19 zostanie z nami pewnie na zawsze i co roku będziemy mieli okresy zwiększonych zachorowań, i będziemy leczyć powikłania po tej chorobie, ale nie powinno już dojść do obserwowanych w czasie pandemii okresów niewydolności systemu ochrony zdrowia.

Zwykle kiedy coś się kończy, zaczyna się czas podsumowań i wyciągania wniosków. Spróbujmy się zatem zastanowić, co się sprawdziło, a co zawiodło w czasie pandemii. Niewątpliwie najgorzej wypadła organizacja systemu ochrony zdrowia i jego przygotowanie na takie sytuacje – a właściwie całkowity jego brak. Okazało się, że nie mamy praktycznie żadnych zapasów środków ochrony osobistej czy rezerwowych mocy produkcyjnych do szybkiego uzupełnienia ich zapasów ani też materiałów do ich produkcji. Jeszcze większym problemem okazał się brak gotowych procedur postępowania – oddziały były przekształcane w covidowe bez żadnego logicznego systemu i uwzględnienia zabezpieczenia łóżek dla chorych na inne choroby.

MĄDRY POLAK PO... PANDEMII?

Każdy szpital działał na własną rękę, a tworzone szybko sztaby kryzysowe próbowały nad tym wszystkim bezskutecznie zapanować.

Zgoda, rządzących trochę usprawiedliwia to, że podobnie sytuacja wyglądała również w innych krajach, nawet tych znacznie od nas bogatszych. Okazało się, że właściwie nikt nie był przygotowany na takiego rozmiaru pandemię, chociaż od zawsze było wiadomo, że w końcu ona

przyjdzie. Jak zawsze całość systemu uratowali pracownicy – całe rzesze lekarzy, pielęgniarek, ratowników i pozostałych pracowników ochrony zdrowia, dzięki którym poświęceniu, nieraz ponad własne możliwości, każdy chory mógł liczyć na pomoc i leczenie. Niestety na początku nie było ani sprzętu, ani skutecznych leków. Brakowało szybkiej diagnostyki i standardów postępowania, a wyjątkowa zjadliwość wirusa powodowała ciężkie zachorowania wśród medyków. Na początku była za to wdzięczność

społeczeństwa, która jednak szybko się skończyła...

Bez wątplenia sprawdzili się również naukowcy, którym udało się w krótkim czasie opracować wybitnie skuteczną szczepionkę. Zastanówmy się zatem, czy po pandemii zostanie nam coś pożytecznego?

Z pewnością e-recepty i teleporady, pod warunkiem rozsądnego ich używania (niestety znaleźli się tacy, którzy próbują je wykorzystać w złe rozumianych celach biznesowych jako tzw. receptomaty), z pewnością szkolenia i zebrania on-line, które pozwalają zaoszczędzić czas i finanse.

Żeby jednak doświadczenia ostatnich lat nie poszły na marne, potrzebne jest wykorzystanie ich celem przygotowania się na podobne pandemie w przyszłości. Bo znowu pewne jest tylko to, że podobna lub jeszcze gorsza pandemia znowu nadejdzie, nie wiadomo tylko kiedy.

Trzeba zatem opracować odpowiednie procedury na taką okoliczność zarówno na szczeblu centralnym, jak i lokalnym, w urzędach wojewódzkich, miejskich i pojedynczych szpitalach. Tymczasem wydaje się, że w Polsce wszyscy o pandemii chcą tylko jak najszybciej zapomnieć, tak jakby nigdy się nie zdarzyła i nie pochłonęła tysięcy ofiar. Trudno się dziwić – prawie każdy z powodu pandemii w jakiś sposób ucierpiał. I tak 1 lipca zdejmemy maseczki w ostatnich miejscach, gdzie jeszcze obowiązują, i wszystko będzie normalne. Wydaje się, że rolą nas, środowisk medycznych, jest niedopuszczenie do tego, żeby tak właśnie było – powinniśmy wymóc na zarządzających systemem przygotowanie i opracowanie procedur, a także bardzo mocno zaangażować się w edukację społeczeństwa, zwłaszcza w zakresie szczepień ochronnych, do których brak przekonania, a nawet nieufność Polaków, pokazała pandemia. Czyli pomimo odwołania pandemii jeszcze dużo pracy przed nami, żeby Polak był mądry po szkodzie, tak jak mówi staropolskie przysłowie.



”

***Wydaje się, że
w Polsce wszyscy
o pandemii
chcą tylko jak
najszybciej
zapomnieć, tak
jakby nigdy się
nie zdarzyła
i nie pochłonęła
tysięcy ofiar***

LEKARZ NA URLOPIE

Jak odpocząć

Ciągły kierat sprawia, że medycy przestają umieć odpoczywać.
Naukę należy zacząć na długo przed urlopem.



Karolina Kowalska
redaktorka naczelna



Mariusz Tomczak
dziennikarz

W podlubelskim domu Szymańskich pierwszy budzik dzwoni o 4.50. Ten w telefonie pani domu, Renaty Florek-Szymańskiej, chirurg ogólniej i naczyniowej i matki czworga dzieci. Zabiegi pielęgnacyjne, które wykonuje do godz. 6 – mycie, układanie włosów, malowanie – są właściwie pretekstem do zaplanowania dnia: swojego, dzieci, oddziału. Bo chociaż wszystko ma ustalone miesiąc do przodu, przy dwóch sześciolatków, oddziale i własnym gabinecie plan może się wykrzaczyć na sto sposobów i zazwyczaj tak się dzieje. O godz. 5 do Renaty dołącza mąż, neurochirurg, który szykuje żonie śniadanie i potem wyprowadza na spacer psy. To czasem jedyny moment dnia, który spędzają razem.

KAWA I ADRENALINA

Pierwszy wychodzi Tomasz Szymański. Odkąd został ordynatorem neurochirurgii w Radomiu, do pracy ma 135 km. O 6 budzi maluchy, pomaga średnia córka. Doktor Renata wyrusza o 7. Ma godzinę, żeby odwieźć dzieci do przedszkola i szkoły i zdążyć do pracy na Oddziale Chirurgii Naczyniowej SPSK nr 4 w Lublinie. Jest starszym asystentem i jeśli nie jest to dzień poradniano, natychmiast wpada w wir: wizyt, operacji, konsultacji, opieki nad pacjentami. Popołudnie

to odbieranie dzieci, obowiązki domowe, kilka razy w tygodniu konsultacje w prywatnym gabinecie. Jeśli ma dyżur (zwykle w piątki lub soboty) przestawia się w tryb stand-by – wyćwiczony, a raczej wyhartowany przez lata dyżurów na naczyniowce sposób funkcjonowania wielu zabiegowców. – Od kilku lat jestem nałogowym kawoszem, od tygodnia jadę na energetykach. Pobudzenie układu adrenergicznego sprawia, że adrenalina w pewnej dawce towarzyszy mi cały czas. Musi, bo o każdej porze trzeba stanąć na wysokości zadania. Zdarza się, że pacjent z pękniętym tętniakiem trafia do naszego szpitala o pierwszej w nocy czy o trzeciej lub piątej nad ranem. Czasem jeden po drugim. I wtedy ani pacjentowi, ani prokuratorowi nie usprawiedliwię się zmęczeniem po kilkunastogodzinnej operacji, która skończyła się kilkanaście minut wcześniej. Muszę być zawsze gotowa – tłumaczy Renata Florek-Szymańska. Rozmawiamy w czwartek, dzień, który z niedyżurowego stał się dla niej dyżurowym, bo od godz. 20 zastępuje kolegę z niespodziewaną awarią rodzinną.

Pytam, jak się czuje?: – Jestem umordowana – odpowiada szczerze. – Właściwie to jestem przewlekłe zmęczona. W ubiegłym roku nie byłam na urlopie, bo gdybym go nie odwołała, trzeba by było zamknąć oddział. Ja nie mam życia prywatnego, nie chodzę do kina, teatru ani na imprezy, nie czytam książek innych niż podręczniki, czasopism innych niż naukowe, nie siedzę na Facebooku ani nie przeglądam Pudełka. Od lat nie byłam na badaniach, które powinno się wykonywać regularnie. Na takim trybie życia traci moja rodzina. To cena, jaką szczególnie w mojej specjalizacji płaci się za ten wspianiały, niesamowity zawód – mówi lekarka.

80 GODZIN W TYGODNIU

Tak jak ona pracuje wielu lekarzy w Polsce. Z badania „Lekarz przyszłości”, przeprowadzonego w ubiegłym roku przez Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego we współpracy z Naczelną Izbą Lekarską, wynika, że 60 proc. lekarzy w Polsce pracuje dla więcej niż jednego pracodawcy, prawie 20 proc. pracuje w trzech miejscach, 27,9 proc. w dwóch miejscach, a blisko 10 proc. w czterech. Samozatrudnienie powoduje, że lekarze pracują nawet 80 godzin tygodniowo.

Czy Renata Florek-Szymańska ma w tym roku szansę na urlop? Jeszcze nie wie. Na skutek prowadzonej przez wiele lat polityki kadrowej i blokowania miejsc na specjalizacjach – chirurgów naczyniowych, szczególnie tych doświadczonych, jest mało. Jeśli jednemu zdarzy się ciężiej zachorować,

Ciągły kontakt z pacjentami jest obciążający dla psychiki. Zarówno dla psychiatry, chirurga, jak i stomatologa



kolega lub koleżanka nigdzie nie wyjadą. Bo będą musieli dyżurować albo w oddziale, albo pod telefonem. Na dyżurze pod telefonem też nie ma życia, bo gdy dyżuruje rezydent, trzeba być w każdej chwili gotowym do przyjazdu do szpitala.

Nawet gdyby mogła wyjechać, pewnie do końca by nie odpoczęła. Jak większość zapracowanych lekarzy. Lata w kieracie nauczyły ich pracy ponad siły, na granicy wyczerpania, mobilizowania organizmu do wysiłku, do jakiego nikt ich nie przystosował.

Trochę jak wyczynowy sportowiec, z tą tylko różnicą, że sportowcy przykładają dużą wagę do odpoczynku, regeneracji, higieny psychicznej. Na sesjach z psychologami uczą się nie tylko podnosić po porażce, ale „wylączyć” mózg tak, by umożliwić regenerację ciała.

Lekarzy nikt tego nie uczy.

URLOP TO WYZWANIE

Kinga Rochala, psycholog i psychoterapeutka, certyfikowany specjalista psychoterapii uzależnień, przyznaje, że dla niektórych ludzi urlop to nie lada wyzwanie. – Wiele osób nie potrafi wypoczywać, bo na co dzień tkwią w błędnym kole ciągłej pracy. Część osób – i bez wątpienia dotyczy to środowiska lekarskiego – nie daje sobie przyzwolenia na odpoczynek. Wielu lekarzy biegnie z dyżuru na dyżur, po pracy w szpitalu jedzie do pracy w poradni albo z publicznej poradni do

60 proc. lekarzy w Polsce pracuje dla więcej niż jednego pracodawcy

gabinetu prywatnego, a kiedy w końcu pojawia się okazja do wypoczynku, wiąże się to z pewnym lękiem. To paradoks, że z jednej strony czeka się na urlop, ale kiedy do niego dochodzi, niektórzy zadają sobie pytanie: jak zagospodarować tyle wolnego czasu? – mówi Kinga Rochala.

Dlatego, jej zdaniem, o odpoczynek podczas urlopu należy zadbać na długo przed wyjazdem. – Jeszcze zanim wyjedziemy, warto zadbać o zachowanie work-life balance i troszczyć się o higienę dnia codziennego. W życiu musi być czas na pracę i na relaks, na obowiązki i na przyjemności. Każdy człowiek powinien żyć, a nie tylko funkcjonować. To także dotyczy środowiska lekarskiego. Kiedy ktoś się zapętli w obowiązkach zawodowych, nie zawsze potrafi dostrzec, że przekroczył już pewną granicę. Do tego czasami dochodzą m.in. trudności z zasypianiem, zaburzenia łaknienia, stan napięcia, nerwowość, pojawiające się wybuchy złości, trudności w kontrolowaniu impulsów czy wreszcie potrzeba używania substancji psychoaktywnych, by zredukować stan napięcia i poczuć się błogo. Uświadomienie sobie tego bywa bardzo trudne, ale jest niezwykle ważne. „Jest ze mną coś nie tak, bo zaczynam umawiać dwóch pacjentów na jedną godzinę” – usłyszałam niedawno od kilku znajomych lekarzy. To ostrzeżenie, że w naszym życiu coś trzeba zmienić.

Zbliżający się sezon urlopowy powinien pomóc w podjęciu takich decyzji – przekonuje Kinga Rochala.

JAK WIĘC ODPOCZĄĆ?

Moi rozmówcy śmieją się, że nikt nie powinien wiedzieć tego lepiej niż lekarze. Dr n. med. Michał Skalski, założyciel, a w przeszłości przez wiele lat kierownik Poradni Leczenia Zaburzeń Snu przy Klinice Psychiatrycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, zauważa jednak, że znajomość teorii nie zawsze przekłada się na praktykę. Lekarzom, którzy na urlopie chcą dobrze wypocząć, zaleca więc higieniczny tryb życia. A o taki trudno, jeśli urlop spędza się na balowaniu do białego rana i piciu alkoholu. Odradza też przesypianie urlopu – dłużej można spać pierwsze dwa dni, potem lepiej wrócić do stałych pór wstawania i zamiast zalegać w łóżku, iść na spacer.

Kinga Rochala podkreśla, że urlop nie może być za krótki. – W tydzień można trochę odpocząć i zregenerować siły, ale optymalny okres urlopu to trzy tygodnie: przez pierwszy dochodzimy do siebie po kilku miesiącach pracy, w drugim odpoczywamy, a w trzecim powoli zbliżamy się myślami do powrotu do naszych obowiązków. Lekarze powinni wypoczywać, by złapać więcej dystansu. Ciągły kontakt z pacjentami jest przecież obciążający dla psychiki. I nie ma znaczenia, czy chodzi o psychiatrę, który bezpośrednio mierzy się z ludzkimi problemami i różnymi chorobami dotyczącymi zdrowia psychicznego, czy o chirurga albo stomatologa. W zawodzie jest dużo odpowiedzialności i koncentrowania się, by nie popełnić jakiegos błędu – dodaje.

Nieoczekiwaną receptę na odpoczynek w pracy lekarza daje dr n. med. Mateusz Kowalczyk, psychiatra i wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej. Uważa, że w zawodzie lekarza najważniejsze jest posiadanie odskoczni, tak by medycyna nie przesłoniła całego życia. Najlepszą jest przebywanie wśród osób niezwiązanych z medycyną, bo kiedy spotka się kilku lekarzy, po kilku minutach rozmowa i tak zejdzie na leczenie, pacjentów i system. – Dlatego instynktownie od pierwszego roku studiów obracałem się w towarzystwie nielekarskim. Moi najbliżsi przyjaciele to informatycy i prawnicy, żona też nie jest lekarzem. Podczas spotkań towarzyskich nie rozmawiam o sprawach zawodowych, przestaję być lekarzem. To naprawdę pomaga odpocząć – mówi dr Kowalczyk.

HIGIENA PRACY



Lekarz ZMĘCZONY HAŁASEM

W placówkach ochrony zdrowia hałas przybywa, co dodatkowo utrudnia pracę lekarza – mówi prof. **Piotr H. Skarżyński**, otochirurg, w rozmowie z Karoliną Kowalską.

Czy hałas męczy?

Hałas nie tylko męczy, ale także może powodować niedosłuch, szumy uszne, a w konsekwencji depresję i wycofanie z życia społecznego. Widzimy to na przykładzie pacjentów, ale ofiarami hałasu mogą być także lekarze. Europejskie normy medycyny pracy dotyczące hałasu nie wzięły się znikąd. Jeszcze nie tak dawno hałasowe uszkodzenia słuchu

były dosyć istotną przyczyną niepełnosprawności i niezdolności do pracy. Kilkadziesiąt, a nawet kilkanaście lat temu, mało kto wymagał ochraniaczy w dużych zakładach produkcyjnych czy w branży budowlanej. Obecne normy BHP to osiągnięcia ostatnich 20-30 lat i do tej pory spotykamy pacjentów, którzy po wielu latach pracy w hałasie mają typowy niedosłuch, wcale niełatwy do leczenia.

W niektórych przypadkach możemy dopasować aparat słuchowy, czasem konieczne jest wszczepienie implantu ślimakowego. W wielu przypadkach niedosłuch jest wysokoczęstotliwościowy, a na niskich częstotliwościach pacjenci słyszą całkiem dobrze. Tyle że wzmocnienie na wysokich częstotliwościach może być dla takich osób uciążliwe w codziennym funkcjonowaniu.

A aspekt psychologiczny?

Przeważnie hałas powoduje zmęczenie, rozdrażnienie i przyspieszenie pulsu, co wiąże się z chorobami cywilizacyjnymi, takimi jak nadciśnienie tętnicze. Sprawia też, że odczuwamy osłabienie psychiczne. Dostrzegli to decydenci, wprowadzając choćby obowiązkowe ekrany dźwiękochłonne. W niektórych krajach regulacje były tak wyśrubowane i wiązały się z tak dużymi kosztami, że gdyby wszystkie szkoły wyposażać w bardzo specyficzne materiały dźwiękochłonne, sam koszt materiałów, z których miały być zbudowane ściany, stanowiłby 40 proc. kosztów powstania całej szkoły. Podaję przykład szkoły, gdyż z badań



- Staram się układać grafik zabiegów operacyjnych w taki sposób, aby „przeplatać” te wymagające intensywniejszego wiercenia tymi, w których nie jest to konieczne - mówi prof. Piotr H. Skarżyński

Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu (IFiPS) przeprowadzonych wśród dzieci w wieku szkolnym podczas polskiej prezydencji w Unii Europejskiej wynika, że hałas na przerwach jest ogromny i zamiast odpocząć, dzieci wtedy jeszcze bardziej się męczą, tyle że hałasowo.

🏥 Szpital, nawet szpitalny oddział ratunkowy, trudno przyrównywać do szkoły, szczególnie podczas przerwy. Jednak wiemy, że placówki ochrony zdrowia nie należą do najcichszych.

Możemy oczywiście zejść na poziom natężeń i dyskutować, czy dopuszczalny hałas ma wynosić 5, 25 czy 90 decybeli i trwać tyle czy tyle minut. Pewne jest natomiast, że również w placówkach ochrony zdrowia hałas przybywa, ponieważ emituje go coraz więcej urządzeń, zaczynając od komputerów, które generują pewien szum, przez drukarki, ekrany czy wyświetlacze. Stanowi to element cyfryzacji medycyny, która z jednej strony przynosi ogromny postęp, a z drugiej powoduje zwiększone zużycie energii, ale także zwiększoną pracę urządzeń, które emitują hałas.

🏥 Którzy lekarze są najbardziej narażeni na hałas?

Są to ci specjaliści, którzy korzystają z emitujących dosyć duży hałas wiertarek, a więc otorynolaryngologów,

Najgorszy jest sprzęt i głośniki, które powodują piski, wyladowania czy skrzeczenia

neurochirurgów czy ortopedów. Do tej grupy należą także anestezjologowie, biorący udział w operacjach z użyciem wiertła, kardiologowie interwencyjni, transplantologowie czy chirurdzy, operujący przy użyciu robotów. Słowem - wszyscy, którzy korzystają z zaawansowanych urządzeń. W przypadku mojej specjalności istnieją analizy, według których wiertarka z wiertłem tnącym emituje niższy hałas niż z diamentowym. Jednak wymaga większego doświadczenia lekarza z uwagi na to, że można niechcący usunąć dużo więcej tkanki kostnej, niż byśmy chcieli. Dość duży hałas emituje również ssak. Do tego dochodzą mikroskopy - im nowszy, tym hałas jest większy, gdyż silnik, który wpływa na jakość obrazu, przekazywanie go w różnych wymiarach i gwarantuje większą precyzję, wymaga o wiele większej energii chłodzenia całego systemu. Ostatnio dysponujemy dwoma nowymi mikroskopami, które są bardziej skomplikowane, skracają czas operacji,

pozwalają na większą precyzję i dają wyższą jakość obrazu, niemniej emitują większy hałas.

🏥 Głośne operacje męczą bardziej?

Dla lekarza wykonującego jedną lub dwie operacje nie jest to wielkim problemem, ale gdy operuje się cały dzień, od świtu do wieczora, spędzając z takim urządzeniem więcej czasu, może pojawić się zmęczenie. Występuje też zjawisko, które było tematem mojej pracy doktorskiej - czasowego przesunięcia progu słyszenia. Łatwo je zobrazować na przykładzie głośnej imprezy, np. koncertu. Każdy z nas miał zapewne epizod, podczas którego, już znajdując się w ciszy, słyszał szum czy buczenie. Na skutek hałasowego zmęczenia komórki, które przewodzą dźwięk od ślimaka wzwyż na drodze słuchowej do kory skroniowej, nie były już w stanie funkcjonować na takim poziomie jak na samym początku. Odkryliśmy, że komórki te nie męczą się - jak można by było przypuszczać - w ślimaku, gdzie pulsują i pękają, ale do częściowego wyłączenia ich aktywacji dochodzi na poziomie wzgórza. W ten sposób może powstawać szum uszny. U osób, które na hałas narażone są rzadko, dzieje się to czasowo, u narażonych ciągle przesunięcie progu słyszenia jest permanentne.

Do hałasu urządzeń czasem dochodzi muzyka. Naukowcy z Azji sprawdzili, jacy lekarze słuchają muzyki najgłośniej. Okazało się, że kardiochirurdzy. Należy mieć świadomość, że jeżeli podczas operacji słuchamy muzyki, natężenie hałasu jest jeszcze większe. Tu trzeba dodać, że kardiochirurgów ratują anestezjologowie, którzy sprzeciwiają się tak głośnej muzyce, gdyż zagłusza ona włączające się alarmy.

Sam operuje Pan przez wiele godzin kilka dni w tygodniu. Jak radzi sobie Pan z hałasem? Staram się układać grafik zabiegów operacyjnych w taki sposób, aby „przeplatać” te wymagające intensywniejszego wiercenia tymi, w których nie jest to konieczne. Ponadto próbuję też nie operować trudnych przypadków kilka dni z rzędu. W pierwszej kolejności staram się przeprowadzać procedury chirurgiczne u pacjentów o większej masie ciała, u których kości są grubsze, korzystając z ostrzejszych wiertel i na tyle opanowując technikę chirurgiczną, by zabiegi przebiegały szybciej. Poza tym jeszcze dokładniej analizuję tomografię komputerową, by wiedzieć, na co przygotować się podczas zabiegu. Ostatnio rozważałem także operowanie we wkładkach usznych. Niesie to jednak ryzyko gorszej komunikacji z zespołem.

Może więc jedna wkładka, założona do ucha, które jest bardziej narażone na hałas? To wbrew pozorom jeszcze gorsze rozwiązanie niż niestosowanie wkładek. Gdy

zatkamy jedno ucho, drugie jest bardziej narażone na hałas. Już lepsze jest narażenie po obu stronach. Warto też zwrócić uwagę na jakość słuchawek, z których korzystamy na co dzień, niekoniecznie w celu wyciszenia hałasu podczas operacji. Powinny być dobrej jakości, podobnie jak sprzęt w samochodzie.

Co to znaczy sprzęt dobrej jakości? Najgorszy jest sprzęt i głośniki, które powodują piski, wyładowania czy skrzeczenia. Krótkie wyładowania są najbardziej niebezpieczne dla słuchu, dużo bardziej niż słuchanie przez jakiś czas głośnej muzyki. Czasem takie wyładowania możemy słyszeć w słuchawkach rozdawanych w samolocie. Na szczęście coraz więcej linii lotniczych oferuje słuchawki z funkcją odwracania fazy, co niweluje hałas. Bardzo to doceniam, jednak podróżując samolotem, zabieram własne słuchawki nauszne w dobrym standardzie. Słuchanie za ich pośrednictwem np. muzyki czy audiobooka powoduje, że odcinamy się od hałasu.

Słuchawki nauszne są lepsze od wewnętrznych? Tak. Oczywiście, jeśli przez godzinę biegamy, słuchając muzyki w słuchawkach wewnętrznych, to nic nam się nie stanie. Jednak gdy ktoś słucha muzyki przez osiem godzin, będzie hałasowo zmęczony. Mało tego, u osób regularnie korzystających ze słuchawek wewnętrznych częściej dochodzi do infekcji ucha zewnętrznego, ponieważ ucho poci

się i nie ma szansy na wentylację. Osobiście jestem zwolennikiem muzyki, uważam, że łagodzi ona obyczaje i powinno się jej słuchać, ale w sposób najmniej szkodliwy dla naszych uszu i naszego słuchu.

Czyli nie za głośno? Bez przesady. Czasami słucham muzyki bardzo głośno, ale robię to krótko. To samo zalecam moim pacjentom. Mówię: „Jeżeli wybieracie się na koncert, to obowiązkowo powinniście mieć zatyczki do uszu, bo bardzo wiele osób traci słuch pod wpływem hałasu na koncercie czy w klubie. Jeśli nie dopuszczacie zatyczek, to przynajmniej róbcie sobie przerwy, np. co pół godziny chodząc do toalety”. W toalecie jest w miarę cicho, co pozwala choć na chwilę odizolować się od hałasu. Chodzi o to, by natężenie dźwięku nie było tak duże. Te przerwy od hałasu są niezwykle istotne.

A jak odpocząć po całym dniu na sali operacyjnej? Być w miejscu, w którym nie ma hałasu, na świeżym powietrzu, czasem włączam muzykę relaksacyjną. Ważne jest otoczenie, w którym żyjemy. Osoby mieszkające w blokach mogą stosować lepsze szyby dźwiękochłonne, ci z mniejszych miejscowości czy wsi mają mniej hałasu. Ważna jest również higiena snu. Dobrze, by w pokoju, w którym śpimy, nie było urządzeń emitujących hałas, takich jak zamrażarka, klimatyzacja, włączony komputer. Warto nie zasypiać z włączonym telewizorem czy radiem. Emitować dźwięki może także lampka i komputer nastawiony na czuwanie. Koleżanki i koлегów lekarzy uczulam na szum uszny. Jeśli się u nich pojawia, warto zwrócić uwagę, czy nie występują także problemy ze zrozumieniem mowy, szczególnie w towarzystwie i w gwarnej miejscowości. To może być pierwszy objaw niedosłuchu. Zauważam, że bardzo wielu pacjentów, nawet gdy jeszcze słyszy bardzo dobrze, pod wpływem szumu podświadomie zaczyna wycofywać się z życia towarzyskiego, co może prowadzić do depresji. Jeśli byliśmy narażeni na hałas i towarzyszy nam szum uszny, sprawdźmy, czy nie mamy problemów ze zrozumieniem mowy. Może się okazać, że mamy już niedosłuch, którym trzeba się zainteresować, bo z wiekiem ta sytuacja będzie się pogarszać, szczególnie jeżeli chodzi o słyszenie wysokich częstotliwości. ■■■

PROF. DR N. MED. I N. O ZDR. PIOTR HENRYK SKARŻYŃSKI
mgr zarządzania, specjalista otorynaryngologii, otorynaryngologii dziecięcej, audiologii i foniatrii oraz zdrowia publicznego, zastępca kierownika Zakładu Teleaudiologii i Badań Przesiewowych Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu, dyrektor ds. nauki i rozwoju Instytutu Narządów Zmysłów, członek zarządu Centrum Słuchu i Mowy, członek współzałożyciel Światowego Forum Słuchu przy WHO, audytor w European Federation of Audiology Societies, członek Consultant Committee of International Experts of CPAM-VBMS na specjalne zaproszenie, członek Roster of Experts on Digital Health of WHO, członek Komisji ds. kongresów i warsztatów w European Academy of Otolology and Neurotology, Representative Board Member (do 2019) oraz Vice-President i Institutional Representative (2019–2021) w International Society for Telemedicine and e-Health, Regional Representative of Europe w International Society of Audiology, sekretarz zarządu Towarzystwa Otorynaryngologów, Foniatrów i Audiologów Polskich, Vice-President grupy Hearing oraz członek Hearing Committee (2018–2019), Implantable Hearing Devices Committee oraz Otolology & Neurotology Education Committee (2021–2022) w American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery, członek Facial Nerve Stimulation Steering Committee oraz Goodwill Ambassador reprezentujący Polskę podczas kongresu AAO-HNSF 2021 Annual Meeting & OTO Experience.

Jakość. Nowe otwarcie?

Losy ustawy o jakości rozstrzygną się w lipcu. Wcześniej Forum dla Jakości i Bezpieczeństwa Pacjenta przedstawi swoje postulaty.



Małgorzata Solecka
dziennikarka

Sejm uchwalił pakiet ustaw „jakościowych” – trudno mówić o jakimkolwiek zaskoczeniu. W przypadku ustawy wprowadzającej Fundusz Kompensacyjny Zdarzeń Medycznych zapanowała dawno niewidziana zgoda ponad podziałami, bo niemal wszyscy byli „za”. W przypadku ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta niemal cała opozycja wstrzymała się od głosu. Ciąg dalszy nastąpi?

POPRAWEK NIE UWZGLĘDNIONO

Podczas czerwcowego posiedzenia Sejmu rozegrał się nie tyle ostatni akt, co raczej prolog ostatniego aktu bitwy o ustawę o jakości (nie mylić z bitwą o jakość w ochronie zdrowia, to światy wręcz równoległe). W ciągu czterech dni posłowie na posiedzeniach Komisji Zdrowia i w czytaniach plenarnych „przerobili” dwa poważne akty prawne, które – przynajmniej teoretycznie – mają wpłynąć w zasadniczy sposób na poprawę sytuacji pacjenta w systemie ochrony zdrowia. „Przerobili” to najwłaściwsze określenie, bo trudno mówić o przepracowaniu, gdy wszystkie wątpliwości i poprawki opozycji zgłaszane, jak w przypadku nowelizacji

ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, były metodycznie odrzucane. Dodajmy, że odrzucane w najlepszej wierze, z zapowiedzią poparcia ustawy wprowadzającej (choć w daleki od doskonałości sposób, bo wybiórczo) możliwość uzyskania przez pacjentów kompensat za zdarzenia medyczne. Podobnie jak globalnie zostały odrzucone poprawki do ustawy o jakości. Wiele o przebiegu procesu legislacyjnego mówi odpowiedź wiceministra zdrowia Piotra Brombera podczas drugiego czytania: „Pani poseł Gelert (Elżbieta Gelert z Koalicji Obywatelskiej – przyp. red.) wspomniała, że nie zostały uwzględnione poprawki. Owszem, ale zostało szczegółowo wyjaśnione, dlaczego te poprawki nie zostały uwzględnione”.

Przepisy dotyczące powstania i funkcjonowania Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych to jedno – tu rzeczywiście można mieć przynajmniej nadzieję, że z czasem będą mogły być rozszerzane i obejmą na przykład nie tylko pacjentów korzystających z leczenia szpitalnego, ale także – pod pewnymi warunkami – być może również pacjentów leczonych w sektorze prywatnym, co oczywiście musiałoby się wiązać ze zmianą konstrukcji przychodów Funduszu. Zupełnie inaczej rzecz ma się z ustawą o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta. – Rozpocznijmy prace, żeby w ogóle było co poprawiać – namawiał posłów opozycji przewodniczący Komisji Zdrowia Tomasz Latos, gdy złożono dwa

**Jeśli jest obietnica
premiowania
za jakość,
jest też zapowiedź
karania
za brak jakości**

wnioski o odrzucenie projektu w pierwszym czytaniu. Gdy prace ruszyły, oczywiście o żadnych poprawkach mowy nie było, machina rządowo-poselska miażdżyła, a może raczej utylizowała, jedną po drugiej.

NA SENSACJĘ SIĘ NIE ZANOSI

Może zresztą nie tyle słusznie, co lepiej. Gdyby poprawki opozycji zostały uwzględnione, musiałaby ona wziąć współodpowiedzialność za konsekwencje nowych przepisów, jeśli oczywiście wejdą w życie. Bo jest jeszcze Senat. Co zrobi izba wyższa? Warto przypomnieć, że podstawą weta Senatu do rządowej ustawy o jakości nie były tyle kwestie merytoryczne, co liczne naruszenia konstytucji. Te same delikty powtarzają się w uchwalonych w czerwcu ustawach – obu. Czy Senat podtrzyma swoją decyzję? Czy zawetuje obydwie ustawy, czy też zdecyduje się przynajmniej jedną z nich tylko poprawić, a odrzuci ustawę o jakości? Odpowiedź poznamy w lipcu, bo wiadomo, że Senat pakietem „jakościowym” w czerwcu się nie zajmie. Brak weta do ustawy o jakości byłby jednak dużą niespodzianką w kontekście całości historii legislacyjnej tego projektu. Przyjęcie ustaw bez poprawek – sensacją, na którą się w żadnej mierze nie zanosz.

Przesunięcie na lipiec ostatecznego starcia wokół ustaw o jakości (minister zdrowia z pewnością będzie chciał, by decyzja Senatu stanęła na najbliższym możliwym posiedzeniu Sejmu, być może nawet



Spotkanie Forum dla Jakości i Bezpieczeństwa Pacjenta w Naczelnej Izbie Lekarskiej, 21 czerwca 2023 r.

13 lipca, bo Senat obraduje 11-12 lipca, tak jak Sejm, tylko dzień krócej) będzie mieć swój kontekst. Już pod koniec czerwca Związek Powiatów Polskich przedstawi raport o sytuacji finansowej szpitali powiatowych, a także analizę skutków finansowych wzrostu kosztów od 1 lipca oraz, co kluczowe, analizę zmian przychodów z NFZ. Mówiąc wprost, okaże się, czy 7,5 mld zł, które minister zdrowia zarezerwował na sfinansowanie wzrostu wynagrodzeń i innych kosztów, pokryje zapotrzebowanie szpitali. Albo, jak przewidują eksperci, w jakim stopniu go nie pokryje. Tymczasem jednym z kluczowych wątków poruszanych podczas prac nad projektem ustawy o jakości w opiece zdrowotnej były właśnie obawy, na ile szpitalom zmagającym się z coraz większymi problemami finansowymi uda się wdrożyć rozwiązania projakościowe. Jak mówił Marek Wójcik ze Związku Miast Polskich podczas prac w Komisji Zdrowia, ustawa nakłada na szpitale koszty, ale nie są w niej wskazane źródła ich finansowania – nie po raz pierwszy zresztą w ostatnich latach.

WIDMO UTRATY KONTRAKTU

Wnioski? Być może część rozwiązań projakościowych siłą rzeczy pozostanie martwym zapisem. Również trudno byłoby to uznać za precedens. Ale to nie jest przesądzone – równie dobrze można sobie wyobrazić, że szpitale „nieradzące sobie z jakością” będą mieć pomniejszane lub nawet odbierane kontrakty. W systemie ochrony zdrowia nie ma bowiem nadmiaru pieniędzy – jeśli jest obietnica premiowania za jakość, jest też – nawet jeśli niewerbalizowana – zapowiedź karania za brak

jakości. Trudno byłoby to zresztą oceniać negatywnie, gdyby ten proces był odpowiednio zapowiedziany i oprzyrządowany. Nie jest, a trudna sytuacja dużej części szpitali może go dodatkowo skomplikować.

Mocno w trakcie dyskusji wybrzmiał zarzut braku systemu raportowania zdarzeń niepożądanych – usunięto go razem z blokiem dotyczącym odpowiedzialności pracowników medycznych za tzw. błędy medyczne, ale wszystko wskazuje na to, że wylano dziecko z kąpielą. Bo, jak mówiła w trakcie debaty Marcelina Zawisza z Lewicy, w sytuacji, w której każdy szpital z osobna tworzy własny system zbierania i raportowania zdarzeń niepożądanych, „będziemy mieli tak naprawdę powtórkę z pilotażu sieci onkologicznej, czyli otrzymamy masę danych, których nie będziemy w stanie przeanalizować i nie będziemy w stanie wyciągnąć wniosków na podstawie tych danych”. Takie rozwiązanie jest jednak wystarczającym dowodem, że w projekcie ustawy o jakości nigdy nie chodziło o zbudowanie systemu pozwalającego na analizę danych i uczenie się na błędach. Że celem było ustalenie odpowiedzialności indywidualnej za zdarzenie medyczne, błąd lekarski, i wyciągnięcie konsekwencji.

POWRÓT „NA WNUCZKA”

Kolejna istotna kwestia: perspektywa pracowników. Ustawa o jakości zakłada mierzenie parametrów jakościowych w obszarze klinicznym, zarządczym i pacjencim (satisfakcja pacjenta), nie odnosi się jednak w żadnym momencie do perspektywy pracowniczej. Ani w kwestii bezpieczeństwa, ani w kwestii jakości warunków pracy. Warto przy tym przypomnieć, że zwłaszcza dla

Organizacje lekarskie przedstawią – na etapie prac Senatu nad ustawą o jakości i znowelizowaną ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – swoje uwagi, oczekując, że Senat, jeśli podejmie decyzję o wprowadzaniu poprawek do obu uchwalonych aktów prawnych, weźmie je pod uwagę. To jeden z najważniejszych wniosków płynących z kolejnego spotkania Forum dla Jakości i Bezpieczeństwa Pacjenta, które odbyło się w Naczelnej Izbie Lekarskiej 21 czerwca 2023 r.

Zarówno organizacje lekarskie, jak i większość uczestników czerwcowego spotkania, przedstawiły zastrzeżenia do uchwalonych ustaw, choć wyraźnie widać, że znacząco mniej kontrowersji budzi, podobnie jak na etapie uchwalania w Sejmie, nowelizacja ustawy o prawach pacjenta wprowadzająca systemowe rozwiązania kompensacji zdarzeń medycznych. Tu uwagi koncentrują się przede wszystkim na zawężeniu kategorii zdarzeń medycznych wyłącznie do obszaru szpitalnego w systemie publicznym. Podnoszono również postulat możliwości zwolnienia pacjentów z opłat związanych ze składaniem wniosku do Rzecznika Praw Pacjenta.

Znacznie więcej zastrzeżeń budzi ustawa o jakości. Nie wiadomo, czy Senat w ogóle będzie chciał ją poprawiać, czy też zgłosi weto, ale gdyby jednak izba wyższa zdecydowała się na wprowadzanie poprawek, z Forum dla Jakości i Bezpieczeństwa Pacjenta płynie jednoznaczny sygnał, że jest co poprawiać: od nieuwzględnienia obszaru pracowniczego we wskaźnikach jakości („warunki pracy personelu medycznego są kluczowym aspektem jakości w ochronie zdrowia, a zła organizacja pracy, nierówne traktowanie, przemęczenie i wypalenie zawodowe są jednymi z czynników prowadzących do zdarzeń niepożądanych”) po kwestie „ustrojowe”, dotyczące skupienia w jednej instytucji – Narodowym Funduszu Zdrowia – zbyt wielu zadań. Można się spodziewać, że gdy w lipcu ustawami zajmie się Senat, uwagi przedstawione przez reprezentantów środowiska lekarskiego będą ważnym elementem dyskusji. Z jakim skutkiem? Rozstrzygnięcie zapadnie nie wcześniej niż w połowie lipca.



Ustawa o jakości wróciła do Sejmu w postaci projektu poselskiego, omijającego konsultacje publiczne

młodego pokolenia profesjonalistów medycznych – co potwierdzają wyniki badań studentów szóstego roku kierunków lekarskich akademickich uczelni medycznych – warunki pracy są jednym z głównych czynników skłaniających do brania pod uwagę decyzji o emigracji i wykonywaniu zawodu lekarza za granicą. – Jeśli mamy mobbing, jeśli mamy dręczenie, jeśli mamy nieprawidłową atmosferę w pracy, jeśli nie przestrzega się zasad BHP, to prawda jest taka, że zakład pracy, w którym pracownicy nie czują się bezpiecznie, nie jest miejscem, gdzie świadczenia będą realizowane na najwyższym poziomie – przypominała w Sejmie Marcelina Zawisza.

Last but not least, czyli rzecz o dotrzymywaniu słowa. Ustawa o jakości wróciła do Sejmu, jak mówił Dariusz Klimczak (KP-PSL), metodą „na wnuczka”, czyli w postaci projektu poselskiego, omijającego konsultacje publiczne. Wcześniej minister zdrowia zapowiedział usunięcie z niej najbardziej kontrowersyjnych zapisów – czyli po pierwsze tych dotyczących odpowiedzialności personelu medycznego za zdarzenia niepożądane (tylko ministrowi i jego współpracownikom może w tym kontekście przechodzić przez gardło określenie „klauzula no fault”, bo żadnego *no fault* odrzucona

w kwietniu rządowa ustawa nie gwarantowała), po drugie – likwidacji Centrum Monitorowania Jakości (CMJ). Obietnica obietnicą, ale centralizacja musi iść po naszej myśli – można by sparafrazować kultowy cytat.

MONOPOLISTA OCENI JAKOŚĆ

Poselski projekt, a w tej chwili już uchwalona ustawa, pozostawia CMJ, natomiast odbiera mu kompetencje. Gdzie je przesuwamy? Tam, gdzie zaplanował wcześniej minister zdrowia. – Nie będzie naszej

zgody na to, żeby NFZ odgrywał podwójną rolę w procesie autoryzacji placówek medycznych. Jak mówił klasyk – nie można być jednocześnie twórcą i twórczym. W krajach, w których system autoryzacji i akredytacji jest ustabilizowany i rozwinięty, oceny jakości w systemie ochrony zdrowia dokonują niezależne organizacje, często

pozarządowe. Co mamy u nas? Scentralizowany proceduralnie, instytucjonalnie, finansowo i upolityczniony monopolista będzie dokonywał oceny jakości – podsumował Klimczak.

Czterodniowy maraton zdrowotny (Sejm uchwalił również ustawę o niektórych zawodach medycznych, z czego minister zdrowia był bardzo rad, dając

temu wyraz na Twitterze, a i minister edukacji i nauki nie ma powodów do narzekań, bo całkowicie obok Komisji Zdrowia posłowie, nowelizując Kartę Nauczyciela, zliberalizowali przepisy regulujące otwieranie kierunków lekarskich i jeśli PIS zdoła ten przepis „dowieźć” do końca, kierunek lekarski będzie mogła otworzyć, bez żadnej przesady, każda szkoła, jeśli tylko znajdzie dwunastu profesorów np. z dziedziny kultury fizycznej) przyniesie więcej szkody niż pożytku?

Jakość legislacji waży więcej, niż obecnie rządząca większość chce przyznać. O jej skutki potykamy się w zdrowiu (i nie tylko) na każdym kroku: w minionym tygodniu sejmowa Komisja Zdrowia, opiniując wykonanie ustawy budżetowej za 2022 r., zderzyła się ze skutkami własnych działań w postaci opinii Najwyższej Izby Kontroli na temat Funduszu Medycznego. W dwa lata od jego utworzenia większość zadań nie była realizowana lub ich realizacja była znikoma. Stan zamrożonych środków finansowych na koniec 2022 r. wynosił 5,5 mld zł. NIK wnioskuje o zamknięcie Funduszu Medycznego, uznając jego dalsze istnienie za pozbawione sensu. Choćby dlatego, że wszystkie zadania, jakie finansuje FM (nie z własnych, dodatkowych, środków przecieży), mógłby i powinien finansować NFZ (w obszarze świadczeń) lub minister zdrowia (w obszarze inwestycji czy dostępu do innowacyjnych technologii). ■■■

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

OPARTE NA FAKTACH

Bo nikt mnie nie powstrzymał

Bezpieczeństwa pacjenta powinien strzec system i jego zasady, ale ostatecznie i tak kluczowy okazuje się czynnik ludzki. To jeden z wniosków po obejrzeniu duńskiego serialu true crime „Pielęgniarka”.

Małgorzata Solecka dziennikarka

Nykøbing Falster Hospital, gmina Guldborgsund, region Zelandii. Google podpowiada – najbardziej wysunięta na południe placówka szpitalna w Danii. W 2015 r. jedna z pielęgniarek pracujących w szpitalu po nocnym dyżurze zawiadomiła policję, że jej koleżanka Christina Aistrup Hansen podczas jednego dyżuru pozbawiła życia troje pacjentów i próbowała zabić kolejnego. Z policją rozmawiała Pernille Kurzmann Lundén. Historię pielęgniarki, która zobaczyła niedostrzegalne, opowiada serial true crime, który można obejrzeć na Netflixie („Pielęgniarka”). To nie jest opowieść oparta na faktach – raczej ich streszczenie.

NIE UZNAJE PÓŁŚRODKÓW

Mamy więc Pernille, młodą pielęgniarkę, która dopiero co wchodzi do zawodu i rozpoczyna pracę w szpitalu na duńskiej prowincji. To ważny szczegół. Choć duński system ochrony zdrowia uznawany jest za jeden z najlepszych na świecie, a duńskie nakłady plasują się znacząco powyżej średniej unijnej (są w czołówce tego zestawienia), Nykøbing Falster Hospital wygląda tak, jakby pilnie potrzebował rządowego czeku na modernizację. Polski widz może czuć się jak w domu, a na pewno jak w znanym sobie, dowolnie wybranym polskim szpitalu. To jednak nie koniec swojskich nut. Choć Duńczycy i generalnie Skandynawowie kojarzą się ze zdrowym stylem życia, nie dotyczy to najwyraźniej tego regionu, którego mieszkańcy – w dużym odsetku ludzie starsi

– palą jak smoki, piją alkohol (piwo – nawet przebywając na oddziale obserwacyjnym SOR) i niezdrowo się odżywiają. Zaskakująco podobne jest też podejście do procedur. Szpitalnej apteczki nie zamyka się na klucz, nie prowadzi się też dokładnego rejestru leków. Po co, skoro wstęp do niej mają tylko pielęgniarki? Po co, jeśli podstawą pracy w takim miejscu jest zaufanie, że wszystkich łączy wspólny cel – ratowanie życia?

Pernille jest pełna zapału i gdy trafia na szpitalny oddział ratunkowy, chce być „dobrą SOR-ówką”. Pielęgniarką, która ratuje pacjentów. I zostaje – szkoli się pod okiem najlepszej, Christiny Aistrup Hansen. To pielęgniarka, na której polegają lekarze. Taka, która przeprowadza resuscytację za resuscytacją. Która nie uznaje półśrodków. Która – co Pernille dość szybko odkrywa – podaje pacjentom mieszaninę leków prowadzącą do zatrzymania krążenia.

KILKADZIESIĄT ISTNIEŃ LUDZKICH

To nie spoiler, fakty są znane. Christina Aistrup Hansen odsiaduje wyrok 12 lat więzienia, choć początkowo skazano ją na dożywocie. Sąd II instancji uznał jednak, że nie ma wystarczających dowodów, że pacjenci stracili życie na skutek jej działań. Nie rozszerzono też aktu oskarżenia poza ofiary z jednego, ostatniego, dyżuru, choć prawdopodobnie Hansen ma na sumieniu kilkadziesiąt, jeśli nie ponad sto, istnień ludzkich.

Fakty są znane, co nie wyklucza zaskoczeń i znaków zapytania. Serial zostawia je bez odpowiedzi.

Nie uzyskujemy prostej odpowiedzi, jak proceder podawania zabójczej mieszanki leków mógł trwać latami. Brak procedur związanych ze stosowaniem leków? Na pewno. Brak czujności ze strony lekarzy, uśpionych przez ofensywną i stojącą na pierwszej linii frontu walki o pacjentów współpracowniczkę? Z pewnością. Brak nadzoru? Gdy Pernille próbuje zainteresować tematem przełożonych, spotyka się z drastycznie negatywną reakcją. Dramatycznie znajomo, biorąc pod uwagę pandemiczne doświadczenia, brzmi krótkie wyjaśnienie, jakie uzyskuje od kardiologa ordynator SOR, gdy zgłasza się z wątpliwościami dotyczącymi niemającego uzasadnienia w dokumentacji medycznej zgonu pacjenta. – Wiesz, jak niezdrowo oni tu żyją.

Jest jeszcze jedno, zostawiające ślad na długie tygodnie, pytanie. Jakie? To byłby prawdziwy spoiler, nie tyle psujący przyjemność, co zmniejszający wartość i sens przeznaczenia kilku godzin na obejrzenie produkcji. Pytanie zahaczające o kwestie absolutnie fundamentalne, na czele z wiarą w człowieka, w którego zawód wpisana jest ochrona ludzkiego życia. I nie, nie chodzi tu o kobietę, która odbywa karę pozbawienia wolności.

A jeśli już o nią chodzi... Nie dowiadujemy się wiele o motywacjach stojących za zabójstwami pacjentów. Paradoksalnie, odpowiedź może być ukryta w zupełnie innej historii (też do obejrzenia na Netflixie): „Dobry opiekun”. Również opartej na faktach, hollywoodzkiej produkcji z gwiazdorską obsadą. Historii bliźniaczo wręcz podobnej. Charles Cullen, pielęgniarski, płynnie przechodzący przez szesnaście lat ze szpitala do szpitala (dlaczego kolejne placówki rozwiązywały z nim umowy, umożliwiając podejmowanie pracy w następnych, to jeden z ciekawszych wątków historii) – również zabijał pacjentów za pomocą leków. Przyznając się do winy, na pytanie: „Dlaczego?” odpowiedział krótko: „Bo nikt mnie nie powstrzymał”. Przynajmniej do czasu, gdy podjął pracę w Somerset Medical Center w Somerville, New Jersey, i spotkał na swojej drodze Amy Loughren. Pielęgniarkę, która nie wahała się współpracować z policją mimo ograniczeń nakładanych przez pracodawcę.

„Anioł Śmierci” odsiaduje wyrok kilkuset lat więzienia za zabójstwo 22 osób i próbę zabójstwa trzech kolejnych, choć w śledztwie przyznał się do czterdziestu morderstw, a liczbę jego ofiar niektóre źródła szacują na nawet dziesięć razy więcej. ■■■

Autorka jest dziennikarką portalu Medycyna Praktyczna i miesiecznika „Służba Zdrowia”.

Absolutne wyzerowanie rezerw

Można się spodziewać, że po 1 lipca będzie jeszcze trwać liczenie kosztów operacji podwyżkowej, a resort zdrowia będzie dysponował 2-3 mld zł resztek w funduszu zapasowym.

Małgorzata Solecka dziennikarka

W tym roku wydatki publiczne na zdrowie przekroczą 160 mld zł. W przyszłym, jak zostali już poinformowani członkowie Zespołu Trójstronnego ds. Ochrony Zdrowia, sięgną 190 mld zł. – W 2015 r. wydawaliśmy 70 mld zł – przypomina minister zdrowia, mówiąc o podwojeniu nakładów.

Żadnego podwojenia, oczywiście, nie ma. Choćby dlatego, że dużą część nominalnego wzrostu pożarła – i nadal pożera – inflacja. Nawet 13 proc. – takie są ostatnie wskazania GUS – to bardzo dużo i nie ma nadziei, by Polska szybko wróciła do celu inflacyjnego NBP, czyli maksymalnie 2,5 proc. inflacji rocznie. – W ciągu ostatnich ośmiu lat możemy mówić o zwiększeniu wydatków publicznych na zdrowie, ale na pewno nie o 100 czy nawet więcej procent, jak wynika z zestawienia nominalnych wartości, ale o ok. 14 proc. – mówi Łukasz Kozłowski, główny ekonomista Federacji Przedsiębiorców Polskich. Federacja co kwartał przedstawia Monitor Finansowania Ochrony Zdrowia, wykonując tytaniczną pracę zbierania danych rozsianych po różnych publicznie dostępnych źródłach i analizując stan wydatków państwa na zdrowie. Wnioski są mało optymistyczne: choć nominalnie pieniędzy w systemie jest coraz więcej, udział wydatków na zdrowie względem PKB maleje. Gospodarka rośnie szybciej niż nasze inwestycje w jej absolutny fundament, czyli stan zdrowia społeczeństwa. A może wręcz – ochrony życia.

ZDEWASTOWAĆ RATOWNICTWO

24 maja. Komisja Zdrowia pracuje nad rządowym projektem ustawy o niektórych zawodach medycznych. To duża ustawa, regulująca działalność kilkunastu zawodów medycznych, które nie mają własnych ustaw. To też, jak się okazuje, znakomita okazja do wrzutek. Prawo i Sprawiedliwość lubuje się w tej metodzie legislacji – ni z tego, ni z owego, przy okazji prac nad dowolną ustawą, rękami posłów rząd zgłasza poprawki dotyczące zupełnie innej materii. Nie inaczej jest tym razem. Wiceprzewodniczący Bolesław Piecha zgłasza blok poprawek, w tym do ustawy o systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne (PRM). Poprawki są uzgodnione z resortem zdrowia: chodzi o to, by odsetek karettek „S” określić na 10 proc. wszystkich zespołów ratownictwa medycznego. I by zmienić zapis dotyczący czasu dojazdu do pacjenta. Dziś mediana liczona w skali miesiąca wynosi 8 min w mieście i 15 min poza miastem. Piecha proponuje, by było to 20 min w obu przypadkach. Opozycja protestuje, wiceminister zdrowia Piotr Bromber popiera poprawkę Piechy – trudno się dziwić, skoro została wcześniej przez posła przejęta od

rządu – i Komisja Zdrowia głosami PiS ją przyjmuje. Jednak po fali nieprzychylnych materiałów w mediach i komentarzach ekspertów Ministerstwo Zdrowia na Twitterze anuluje dewastację systemu ratownictwa medycznego i zapowiada wycofanie poprawki.

Jaki związek ma mediana czasu dojazdu karetki pogotowia do pacjenta w mieście z finansami ochrony zdrowia?

Związek jest, można powiedzieć, bezpośredni. Pod koniec ubiegłego roku Sejm przeforsował, odrzucając weto Senatu, rządową nowelizację ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty,

która uwolniła budżet państwa od – mniej więcej – 7 mld zł wydatków na zdrowie. Do końca 2022 r. to minister zdrowia płacił między innymi za funkcjonowanie zespołów ratownictwa medycznego (ale też za bezpłatne leki dla seniorów i kobiet w ciąży czy obojętne szczepienia). Od 1 stycznia 2023 r. jest to zadanie Narodowego Funduszu Zdrowia, które musi sfinansować z przychodów z własnych środków, czyli ze składek zdrowotnych.

Mimo że budżet NFZ to ok. 160 mld zł, 7 mld zł to nie jest mała kwota. Eksperci

**Gospodarka
rośnie szybciej
niż nasze inwestycje
w jej fundament,
czyli stan zdrowia
społeczeństwa.
A wręcz ochrony
życia**

OSZCZĘDNOŚCI NA WSZYSTKIM

Mimo że budżet NFZ to ok. 160 mld zł, 7 mld zł to nie jest mała kwota. Eksperci

przestrzegali, że Fundusz może odczuć jej brak, choć oczywiście nie zachwieje on jego stabilnością finansową. Gorzej z tymi, którzy wykonują zadania. Pół roku po uchwaleniu tamtych przepisów poprawki dotyczące ratownictwa medycznego uzasadniano a to stwierdzeniami, że „nie ma pieniędzy” (na zapłacenie lekarzom tyle, by chcieli jeździć w karetkach), a to koniecznością „dostosowania przepisów do realiów”. A realia, jak natychmiast przypomniawszy opozycja, są takie, że gdy jest jedno źródło finansowania dysponujące niewielkimi zasobami, rozpoczyna się szukanie oszczędności. Na wszystkim.

W tym samym czasie Ministerstwo Zdrowia potwierdza, że w styczniu i lutym minister zdrowia wnioskował do NFZ o przekazanie łącznie ok. 2,2 mld zł do Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 (na co również pozwoliła grudniowa nowelizacja ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty).

Fundusz wydaje pieniądze, bo ma. Pod koniec maja Rada NFZ przyjęła uchwałę w sprawie przekazania do funduszu zapasowego ponad 7 mld zł, czyli całości dodatniego wyniku finansowego za 2022 r. Inaczej – w ubiegłym roku ponownie nie udało się wydać na leczenie Polaków wszystkich zaplanowanych pieniędzy. Dzięki temu jest rezerwa – nie, nie na ciężkie czasy. Na tegoroczne wydatki.

Również w maju sejmowe komisje zdrowia i finansów publicznych opiniowały zmianę planu finansowego NFZ, która przyniesie do końca roku ok. 4 mld zł dodatkowych przychodów, przede wszystkim ze składek odprowadzanych do ZUS, drugim znaczącym źródłem są odsetki od lokat kapitałowych. Te pieniądze nie zmniejszą jednak dziury w budżecie Funduszu, która zostaje na poziomie zaplanowanym już w ubiegłym roku, czyli ponad 10 mld zł. To połowa środków, które pozostaną w dyspozycji funduszu zapasowego.

Druga połowa zostanie wydana na sfinansowanie kosztów podwyżek wynikających z ustawy o wynagrodzeniach minimalnych oraz innych kosztów osobowych oraz rekompensatę „inflacyjnego” – Ministerstwo Zdrowia ocenia ten wydatek w skali roku na nieco ponad 15 mld zł, co oznacza, że w drugim półroczu Fundusz będzie musiał przekazać podmiotom leczniczym dodatkowo 7,5 mld zł. Czy to wystarczy? Można

mieć wątpliwości, zwłaszcza że szpitale do 7 czerwca nie otrzymały algorytmu, według którego Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji policzyła koszty. Można się spodziewać, że jeszcze po 1 lipca będzie trwać „narodowe liczenie kosztów” operacji podwyżkowej, a resort zdrowia będzie mieć do dyspozycji 2-3 mld zł „resztek” w funduszu zapasowym – i będzie to absolutne wyzerowanie rezerw.

REKOMENDACJE JAK OSTRZEŻENIE

Do 1 czerwca NFZ i Ministerstwo Zdrowia miały otrzymać z resortu finansów komplet danych makroekonomicznych, na podstawie których sporządzany jest plan finansowy Funduszu na kolejny rok. Łącznie z informacją, jaka będzie dotacja podmiotowa, związana z realizacją ustawy 7 proc. PKB na zdrowie. W 2024 r. minimalny ustawowy próg wynosi 6,2 proc. PKB (oczywiście, PKB z 2022 r., bo ma zastosowanie metodologia n-2). Według szacunków Federacji Przedsiębiorców Polskich w przyszłym roku nie będzie już można myśleć o samofinansowaniu tego progu rosnącymi przychodami ze składek zdrowotnych i dotacja – nawet przekraczająca 10-11 mld zł – będzie konieczna. Tymczasem w tym roku bez żadnej dotacji, licząc zgodnie z metodologią ustawową, nakłady publiczne na zdrowie wyniosą wyraźnie ponad 6,4 mld zł.

Czy rzeczywiście tak będzie, czy też po raz kolejny budżet będzie szukać oszczędności w systemie ochrony zdrowia? Na razie nie wiadomo, bo jak usłyszeli na początku czerwca członkowie prezydium Zespołu Trójstronnego ds. Ochrony Zdrowia, rozmowy między ministerstwami zdrowia i finansów cały czas trwają. Wiadomo, że całość wydatków publicznych na zdrowie w 2024 r. ma wynieść ok. 190 mld zł.

Kwota nominalna robi wrażenie? – Naszym największym ograniczeniem jest poziom finansowania ochrony zdrowia – komentowała podczas konferencji zorganizowanej przez Związek Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA dr Małgorzata Gałązka-Sobotka z Uczelni Łazarskiego, od lat

wiceprzewodnicząca Rady Narodowego Funduszu Zdrowia. Dr Gałązka-Sobotka wprost stwierdziła, że publiczne wydatki na zdrowie nie mogą się przebić przez szklany sufit 5 proc. PKB i, co więcej, podkreślała, że sytuacja wydaje się bez wyjścia, bo większość społeczeństwa odrzuca pomysły wprowadzenia większych danin na zdrowie. Tymczasem nasza składka zdrowotna należy do najniższych w Europie.

Niedostatek finansowy dotyczy wszystkich obszarów ochrony zdrowia, dostępu do leków również. Polscy pacjenci dopłacają do leków najwięcej (obok Rumunii i Bułgarii) wśród krajów Unii Europejskiej. Rekordowo długo czekamy na decyzje o objęciu leków refundacją, a dostępność do najnowocześniejszych metod leczenia jest ograniczona. Nie tylko na tle bogatych krajów północnej czy zachodniej Eu-

ropy. INFARMA drugi rok z rzędu przygotowała narzędzie, tzw. Access GAP, które pokazuje, jak wygląda dostępność do nowoczesnych terapii m.in. w chorobach rzadkich, onkologii, chorobach przewlekłych (np. cukrzyca, astma) w Grupie Wyszehradzkiej (V4). W stu-punktowej skali uży-

skaliśmy 53 punkty. To dużo, bo rok temu było ich tylko 42, co dawało nam ostatnie miejsce w V4. W tym roku zaliczyliśmy awans, wyprzedzając Węgry (47) i o włos przegrywając ze Słowacją (55). Liderem pozostają Czechy, które zbierały 67 punktów. I nikt chyba już nie chce – przynajmniej w branży farmaceutycznej – Budapesztu w Warszawie.

Jak ostrzeżenie brzmią też opublikowane właśnie przez Polską Akademię Nauk rekomendacje ekspertów, którzy mówią o „ekstremalnym niedofinansowaniu systemu ochrony zdrowia”. – Zachowanie tak niskiego poziomu finansowania uniemożliwia polskiemu systemowi ochrony zdrowia zapewnienie obywatelom kraju dostępu do usług medycznych o jakości i ilości porównywalnej z tymi dostępnymi w krajach Zachodniej Europy – czytamy w dokumencie. ■■■

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

***Jaki związek ma
mediana czasu
dojazdu karetki
pogotowia
do pacjenta
w mieście z finansami
ochrony zdrowia?
Bezpośredni***

ORZECZENIA SĄDÓW LEKARSKICH

PRZYKRE KONSEKWENCJE RAŻĄCYCH PRZEWINIEN

Kara zawieszenia PWZ to powód do rozwiązania bez wypowiedzenia umowy o pracę albo umowy cywilnoprawnej, na podstawie której lekarz wykonuje zawód.



Grzegorz Wrona

sekretarz Naczelnej Rady Lekarskiej

Kary zawieszenia prawa wykonywania zawodu lekarza (PWZ) są orzekane przez okręgowe sądy lekarskie na okres od roku do pięciu lat w wyniku uznania winy popełnienia przewinień zawodowych, których stopień należy uznać za rażący.

Najczęściej orzeczenia takie są związane z oczywistymi odstępstwami od wykonywania zawodu w zgodzie z aktualną wiedzą medyczną i powszechnie przyjętymi za obowiązujące procedurami, a także za wielokrotność popełniania tych samych wykroczeń mimo zwracanej przez organa odpowiedzialności zawodowej uwagi na niedopuszczalność określonych czynności (recydywa). Mogą być również związane z uznanymi za nieliczące z godnością lekarza zachowaniami np. o charakterze korupcjogennym, a w ostatnim okresie także z lekceważeniem orzeczeń wydanych przez sądy lekarskie i nie poddaniem się ich wykonaniu.

Kara zawieszenia prawa wykonywania zawodu zaczyna być wykonywana natychmiast po jej uprawomocnieniu, a lekarz zawieszony w prawie wykonywania zawodu nie może wykonywać zawodu w żadnej formie.

STOP TAKŻE DLA PRYWATNEJ PRAKTYKI

Musimy też pamiętać, że orzeczenie tej kary stanowi nie tylko powód do rozwiązania bez wypowiedzenia umowy o pracę albo umowy cywilnoprawnej, na podstawie której lekarz wykonuje zawód, ale także skutkuje obligatoryjnym skreśleniem z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, czyli przynajmniej czasową likwidacją prywatnej praktyki. Nie jest więc zaskoczeniem, że od orzeczeń sądów okręgowych wymierzających

tę karę prawie zawsze składane są odwołania do Naczelnego Sądu Lekarskiego (NSL), stąd kara zawieszenia prawa wykonywania zawodu uprawomocnia się najczęściej po orzeczeniu jej przez NSL. Z wykorzystaniem procedury odwoławczej przez niezadowolonych z wymiaru kary pokrzywdzonych mamy też do czynienia w przypadku orzeczeń przez sądy kar łagodniejszych niż zawieszenie PWZ. Nierzadko zatem i w takich sytuacjach dochodzi do orzeczenia przez NSL i uprawomocnienia tej bardzo dolegliwej kary.

INTYMNOŚĆ PACJENTKI, GODNOŚĆ LEKARZA

Warto zapoznać się z postawionymi przez rzeczników odpowiedzialności zawodowej zarzutami, które wobec potwierdzenia przez sąd winy lekarzy skutkowały zawieszeniem PWZ:

1) pełniąc funkcję ordynatora, udzielał lub uzależniał udzielanie świadczeń

zdrowotnych od uzyskania korzyści majątkowych od licznych pacjentów;

2) podczas badania fizykalnego pacjentki po urazie biodra, mimo braku konieczności poszerzenia rutynowego badania ortopedycznego o palpację narządów płciowych pacjentki, wykroczył poza zakres badania, dotykając jej zewnętrzne narządy płciowe, naruszając zarówno intymność pacjentki, jak i godność zawodu lekarza;

3) pełniąc obowiązki kierownika zespołu ratownictwa medycznego (ZRM), prze-

prowadził czynności diagnostyczne i lecznicze bez należytej staranności i pozostawił pacjentkę w ciężkim stanie bez opieki lekarskiej, czym naraził ją na bezpośrednie niebezpieczeństwo uszczerbku na zdrowiu lub utraty życia;

W przypadku zawieszenia prawa wykonywania zawodu nie ma żadnego vacatio legis

4) propagował poprzez zamieszczanie wpisów na portalu Facebook informacje rażąco niezgodne z aktualną wiedzą medyczną;

5) wykazała się brakiem należytej staranności w leczeniu ortodontycznym pacjenta (wcześniej wielokrotnie karana łagodniejszymi orzeczeniami za tożsame przewinienia).

WZMOCNIONA DOLEGLIWOŚĆ

Dolegliwość kary zawieszenia PWZ w szczególnie rażących sytuacjach może być - i bywa - wzmocniona przez dodatkowe orzeczenie kary zakazu pełnienia funkcji kierowniczych w jednostkach organizacyjnych ochrony zdrowia czy też



poprzez obowiązek publikacji orzeczenia w biuletynie okręgowej izby lekarskiej.

Prezes okręgowej rady lekarskiej, wykonując orzeczenie zawieszenia PWZ, informuje o nałożeniu tej kary Centralę NFZ i ZUS, co uniemożliwia lekarzowi wystawianie recept i zapotrzebowań na leki oraz wystawianie zaświadczeń ZUS ZLA. Informuje też wojewodę prowadzącego rejestr podmiotów leczniczych, pracodawcę ujawnionego w okręgowym rejestrze lekarzy i komisję wyborczą, co ma zapobiegać dalszemu zatrudnieniu i możliwości wyboru lekarza do organów samorządowych, a także, o ile pełni funkcję w samorządzie, oznacza utratę tego mandatu. Adnotacja o orzeczonej karze jest zamieszczana w dokumencie

prawo wykonywania zawodu, a odpis orzeczenia sądu umieszczany jest w aktach osobowych lekarza. Okręgowa rada lekarska niezwłocznie umieszcza informację o ukaraniu karą zawieszenia PWZ w systemie IMI, co skutkuje podjęciem właściwych działań ograniczających możliwość wykonywania zawodu lekarza w państwach zjednoczonej Europy. Informacja o karze zawieszenia PWZ powinna natychmiast po uprawomocnieniu zostać umieszczona w okręgowym rejestrze lekarzy i już następnego dnia jest publicznie dostępna poprzez portal rejestr.nil.org.pl.

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej umieszcza informację o karze w Rejestrze Ukaranych Lekarzy, a wzmiankę

o ukaraniu zaciera po pięciu latach od dnia wykonania kary.

Oczywiście to na lekarzu ciąży obowiązek podporządkowania się zakazowi wykonywania zawodu - i to natychmiast po rozprawie przed NSL lub po informacji z okręgowego sądu lekarskiego o prawomocności orzeczenia. Nie ma tu żadnego *vacatio legis*, a przystąpienie do wykonywania czynności lekarza w czasie zawieszenia PWZ niewątpliwie będzie skutkować wszczęciem kolejnego postępowania wyjaśniającego przez rzecznika odpowiedzialności zawodowej i może prostą drogą prowadzić do bardziej dolegliwej kary, nie wyłączając pozbawienia prawa wykonywania zawodu. Kontrola internetu jest tu szczególnie bezwzględna.

FOTO: SHUTTERSTOCK.COM

OGŁOSZENIE



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



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

Nr konta: 31 1240 6263 1111 0010 4779 2541

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

Mariusz Janikowski, prezes zarządu Fundacji Lekarze Lekarzom

KODEKS PRACY

NOWE PRAWA LEKARZA RODZICA

Kwietniowa nowelizacja Kodeksu pracy wprowadziła ułatwienia dla pracowników będących rodzicami.

Leszek Kubicz radca prawny

Jakub Kosikowski rzecznik NIL



W majowym numerze „Gazety Lekarskiej” omówiono implementację dwóch dyrektyw unijnych mających na celu osiągnięcie równości kobiet i mężczyzn pod względem szans na rynku pracy, traktowania w miejscu pracy oraz ułatwienie pracownikom będącym rodzicami lub opiekunami godzenia życia zawodowego z życiem rodzinnym. W tym numerze skupimy się na zasadach skorzystania z nowego prawa przez lekarzy rodziców zatrudnionych na umowie o pracę.

URLOP RODZICIELSKI

Długość nowych urlopów omówiono już w majowym numerze „Gazety”. Warto dodać, że lekarze rodzice dziecka posiadającego tzw. zaświadczenie stwierdzające

ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu (zaświadczenie „Za życiem”), mają prawo do dłuższego urlopu rodzicielskiego, tj. w wymiarze do 65 tygodni w przypadku urodzenia jednego dziecka przy jednym porodzie lub 67 tygodni w przypadku urodzenia więcej niż jednego dziecka przy jednym porodzie.

Wymiar urlopu rodzicielskiego przysługuje łącznie obojgu rodzicom dziecka. Urlop rodzicielski przyznawany jest maksymalnie w pięciu częściach, nie później niż do zakończenia roku kalendarzowego, w którym dziecko kończy szósty rok życia. Z urlopu rodzicielskiego mogą jednocześnie korzystać oboje rodzice.

Urlop udzielany jest na wniosek składany w postaci papierowej lub elektronicznej przez rodzica w terminie nie krótszym niż 21 dni przed rozpoczęciem korzystania z urlopu. Urlopu rodzicielskiego udziela się jako wielokrotności tygodnia i nie można go dzielić na dni.

PRZYKŁAD:

Lekarka urodziła jedno dziecko, po 20 tygodniach przysługującego jej urlopu macierzyńskiego ma prawo wspólnie z jego ojcem do urlopu rodzicielskiego w wymiarze 41 tygodni. Skorzystała z 32 tygodni urlopu rodzicielskiego. Ojciec ma zatem prawo do 9 tygodni urlopu i nie może przenieść tego prawa na matkę lekarkę.

Z urlopu rodzicielskiego mogą też korzystać inni członkowie najbliższej rodziny:

- po śmierci matki,
- po porzuceniu dziecka przez matkę,
- kiedy matka ma orzeczenie o niezdolności do samodzielnej egzystencji,
- kiedy matka przebywa w szpitalu albo innym zakładzie leczniczym w rodzaju świadczeń stacjonarnych i całodobowych.

REZYGNACJA Z URLOPU:

Rodzic może zrezygnować z korzystania z urlopu rodzicielskiego w każdym czasie za zgodą pracodawcy i powrócić do pracy. Podjęcie pracy następuje także na wniosek w postaci papierowej lub elektronicznej składany przez rodzica w terminie nie krótszym niż 21 dni przed rozpoczęciem wykonywania pracy.

Czy pracodawca może odmówić urlopu rodzicielskiego?

Pracodawca jest obowiązany uwzględnić wniosek pracownika, chyba że nie jest to możliwe ze względu na organizację pracy lub rodzaj pracy wykonywanej przez pracownika (np. brak obsady na oddziale). O przyczynie odmowy uwzględnienia wniosku pracodawca informuje pracownika w postaci papierowej lub elektronicznej w terminie 7 dni od dnia otrzymania wniosku.

Czy prawo pracy zezwala na łączenie urlopu rodzicielskiego z pracą, np. odbywania rezydentury na pół etatu?

Według Kodeksu pracy lekarz podczas urlopu rodzicielskiego może wykonywać dla swojego pracodawcy pracę w wymiarze nie większym niż połowa etatu. Wówczas urlop rodzicielski otrzymuje na pozostałą część etatu. Jeżeli rodzic dziecka będzie

łączył korzystanie z urlopu rodzicielskiego z wykonywaniem pracy u swojego pracodawcy, to wymiar urlopu rodzicielskiego będzie ulegał wydłużeniu, nie dłużej jednak niż do 82 tygodni - w przypadku urodzenia jednego dziecka przy jednym porodzie lub 86 tygodni - w przypadku urodzenia więcej niż jednego dziecka przy jednym porodzie.

W przypadku rodzica dziecka posiadającego zaświadczenie „Za życiem” wymiar urlopu rodzicielskiego ulega wydłużeniu, nie dłużej jednak niż do 130 tygodni - w przypadku urodzenia jednego dziecka przy jednym porodzie lub 134 tygodni - w przypadku urodzenia więcej niż jednego dziecka przy jednym porodzie.

Lekarz, aby podjąć pracę u swojego pracodawcy w czasie urlopu rodzicielskiego, składa pracodawcy na 21 dni wcześniej pisemny wniosek w postaci papierowej lub elektronicznej, zawierający następujące informacje:

- imię i nazwisko, wymiar czasu pracy (część etatu), w którym chce pracować,
- okres, w którym chce łączyć urlop rodzicielski z pracą,
- oświadczenie o zamiarze łączenia części urlopu rodzicielskiego powstałej w wyniku proporcjonalnego wydłużenia tego urlopu z dalszą pracą na część etatu albo oświadczenie o braku takiego zamiaru.

Pracodawca nie musi przyjąć takiego wniosku, gdy nie jest to możliwe ze względu na organizację pracy w zakładzie pracy lub rodzaj wykonywanej pracy. O przyczynie odmowy pracodawca powinien poinformować na piśmie w terminie 7 dni.

URLOP OJCOWSKI

Urlop ojcowski może być wykorzystany jednorazowo lub w dwóch tygodniowych częściach.

Za okres urlopu ojcowskiego należy się 100 proc. wynagrodzenia.

Czy ojciec/matka będący na etacie, korzystający z urlopu rodzicielskiego/macierzyńskiego/ojcowskiego, może w tym czasie pracować w innym miejscu na umowie zlecenie/działalności i np. dyżurować?

Na stronie internetowej Państwowej Inspekcji Pracy jest stanowisko (Kod QR 1) dopuszczające możliwość podjęcia pracy przez lekarza korzystającego z urlopu

Za okres urlopu ojcowskiego należy się 100 proc. wynagrodzenia

prawnym - kontraktów. Rodzic, który zamierza podjąć pracę u innego pracodawcy, nie zawsze musi informować o tym fakcie pracodawcy udzielającego urlopu rodzicielskiego - obowiązek taki nie wynika bowiem z przepisów prawa pracy. Powinność ta może jednak wynikać z wewnątrzzakładowych źródeł prawa (np. układ zbiorowy pracy, regulamin pracy, umowa o pracę czy umowa o zakazie konkurencji), dlatego przed podjęciem zatrudnienia poproście prawnika swojej OIL o weryfikację, czy możecie podjąć pracę w trakcie urlopu rodzicielskiego bez powiadamiania pracodawcy, u którego korzystacie z urlopu.

Czy będąc na urlopie rodzicielskim z umowy o pracę, mogę pracować na zleceniu/kontrakcie u tego samego pracodawcy?

O ile nie jest to wprost zakazane przez Kodeks pracy (stanowisko PIP, kod QR 2), powoduje to niedopłatę składek na ZUS, o które Zakład skutecznie upomina się zazwyczaj po latach wraz z odsetkami. Stąd odradzamy pracę u jednego pracodawcy na różnych umowach, jeśli w ich zapisach pokrywa się zakres obowiązków.

RODZIC DZIECKA DO LAT 8

Od 26.04.2023 r. obowiązuje zakaz pracy w nocy, w godzinach nadliczbowych, zakaz delegowania poza stałe miejsce pracy, zakaz stosowania systemu przerywanego czasu pracy pracownika rodzica wychowującego dziecko do ukończenia przez nie 8. roku życia, chyba że pracownik wyrazi na to zgodę (art. 178 Kodeksu pracy). Prawo to obowiązuje również rodziców lekarzy. W przypadku posiadania dziecka z orzeczeniem o niepełnosprawności wyżej opisana granica wieku przesuwana na 14. rok życia dziecka.

Mam dziecko w wieku 2 lat, mąż nie jest lekarzem. Czy mogę zastrzec sobie zakaz pracy w godzinach nocnych? Czy muszę chodzić na dyżury towarzyszące, jeśli jestem rezydentką?

Jesteśmy małżeństwem lekarskim - rezydentami z małymi dziećmi w wieku 3 i 5 lat. Czy możemy obydwójce korzystać ze zwolnienia z dyżurowania? Jeśli nie, to jak „wymieniać” się na tym zwolnieniu? Czy musimy później odrobić te dyżury, by ukończyć specjalizację?

Do tych problemów Ministerstwo Zdrowia ustosunkowało się w Komunikacie MZ w sprawie interpretacji przepisów dotyczących uprawnień pracowników lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne związanych z rodzicielstwem lub stanem zdrowia z dnia 13 lipca 2021 r. (RKL.U.81222.318.2021.DR) (więcej: Kod QR 3).

Lekarz rodzic odbywający szkolenie specjalizacyjne, korzystający z uprawnień wynikających z rodzicielstwa, może umorzyć okres obowiązkowych dyżurów medycznych łącznie do 50 proc. czasu trwania szkolenia specjalizacyjnego, nie dłużej jednak niż 24 miesiące z przewidzianego właściwym dla danego lekarza programem szkolenia. Po wyczerpaniu tego prawa może nadal, do ukończenia przez dziecko 8. roku życia, nie dyżurować w godzinach nocnych, a wszystkie pozostałe wymagane dyżury odbyć w formie dyżurów towarzyszących. W jednym momencie korzystać z niego może tylko jeden rodzic. Z tego prawa rodzice mogą korzystać naprzemiennie i dowolnie je między sobą dzielić. Po wykorzystaniu całości przysługującego mu prawa do zwolnienia z dyżurowania oraz pracy w godzinach nocnych przez jednego z rodziców, z tych uprawnień może zacząć korzystać drugi z rodziców. Co więcej, z prawa zwolnienia z dyżurowania można korzystać nadal po wyczerpaniu okresu 50 proc./24 miesiące, ale te dyżury będzie trzeba odrobić przed ukończeniem specjalizacji bądź ją o nie przedłużyć.

Czy korzystając ze zwolnienia z dyżurowania z powodu posiadania dziecka do lat 8 w miejscu odbywania specjalizacji z umowy o pracę, mogę jednocześnie dyżurować w innym miejscu z umowy kontraktowej?

Prawo nie zakazuje takiego wykorzystania przepisów Kodeksu pracy (więcej: Kod QR 1).



Kod QR 1



Kod QR 2



Kod QR 3

KODEKS ETYKI LEKARSKIEJ

ODSTĄPIŁ OD LECZENIA W RAMACH SOLIDARNOSTCI. CO NA TO SĄD?

Jeśli lekarz odstępuje od leczenia, musi zapewnić pacjentowi jego kontynuację.



Zbigniew Kuzyszyn

Naczelny Rzecznik
Odpowiedzialności Zawodowej

Pokrzywdzony pacjent zarzucił dotychczas prowadzącemu go lekarzowi, że odmówił mu dalszej opieki bez wyraźnej przyczyny, nie uzyskując zgody swojego przełożonego i nie wskazując lekarza, u którego mógłby kontynuować terapię.

W wyniku postępowania wyjaśniającego okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej (OROZ) ustalił, że skarżący się został poinformowany telefonicznie, że lekarz odstępuje od leczenia w ramach solidarności z kolegami z macierzystego oddziału szpitalnego, których chory obrażał w czasie niedawnej hospitalizacji. Według OROZ podany przez lekarza powód nie może uzasadniać zaprzestania leczenia, bowiem pacjent zachował się niewłaściwie

wobec innych lekarzy niż obwiniony. Na granie rozmowy telefonicznej potwierdziło, że nie wskazano innej możliwości uzyskania pomocy.

CO MÓWI PRAWO

Rzecznik stwierdził naruszenie art. 38 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty:

- W przypadku odstąpienia od leczenia, lekarz ma obowiązek dostatecznie wcześniej uprzedzić o tym pacjenta i wskazać realne możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym. Jeżeli lekarz wykonuje swój zawód na podstawie stosunku pracy, może odstąpić od leczenia, jeżeli istnieją poważne ku temu powody, po uzyskaniu zgody swojego przełożonego. W przypadku odstąpienia od leczenia lekarz ma obowiązek uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej.
- W szczególnie uzasadnionych wypadkach lekarz może odstąpić od leczenia chorego. Odstępując od leczenia, lekarz winien wskazać choremu inną możliwość uzyskania pomocy lekarskiej.

OROZ wnioskował o karę upomnienia.

Przed okręgowym sądem lekarskim (OSL) obwiniony wyjaśnił, iż przez kilkanaście lat

sprawował opiekę nad chorym, którego wizyty trwały co najmniej godzinę. Pacjent nieustannie narzekał na sposób leczenia w innych placówkach ochrony zdrowia. Gdy obwiniony dowiedział się o skandalicznym zachowaniu pacjenta, którego wcześniej przyjął na oddział, zdecydował o zaprzestaniu dalszej opieki ambulatoryjnej nad chorym. Jednocześnie wyjaśnił, że w rejestracji przychodni zaproponowano skarżącemu możliwość kontynuacji terapii u jednego z dwóch innych lekarzy pracujących w tej samej placówce.

UZASADNIONA PRZESŁANKA

Istotą przewodu sądowego było ustalenie, czy lekarz mógł odstąpić od leczenia oraz czy należycie to uzasadnić i udokumentować. OSL stwierdził, że przyczyny zaprzestania opieki mogą być po stronie pacjenta, lekarza lub innych osób. Podstawą odmowy leczenia mogą być m.in.: brak lub zerwanie więzi zaufania, obraźliwe lub agresywne zachowanie, notorycznie nieprzestrzeganie zaleceń, złośliwe uchylanie się od zapłaty umówionego honorarium, stan wyczerpania lekarza, dramatyczna sytuacja życiowa lekarza lub osoby bliskiej i zmiana miejsca zamieszkania. Również w orzecznictwie sądów powszechnych zajmujących się podobną problematyką znajdziemy następujące powody, które usprawiedliwiają odstąpienie od leczenia: podważanie lub brak kompetencji, szczególny stan emocjonalny lekarza, świadoma odmowa zgody na leczenie, osobiste bezpieczeństwo lekarza, kolizja obowiązków, brak wskazań lub obecność przeciwwskazań do leczenia. W ocenie OSL incydent w szpitalu był uzasadnioną przesłanką odstąpienia od leczenia. Sąd zwrócił uwagę, że pacjent dalej mógł korzystać z opieki tej samej poradni, swobodnie wybierając lekarza. Z kolei brak odpowiedniego wpisu do dokumentacji medycznej według oceny OSL nie był karygodny. Ostatecznie OSL uniewinnił lekarza. Pokrzywdzony złożył odwołanie do Naczelnego Sądu Lekarskiego (NSL).

W ocenie Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej zachowanie lekarza (mimo że nie cała procedura odbyła się zgodnie z literą prawa) było zgodne z duchem prawa. Zatem szkodliwość społeczna czynu była znikoma. Odpowiednio, stosując art. 1 § 2 Kodeksu karnego („Nie stanowi przestępstwa czyn zabroniony, którego społeczna szkodliwość jest znikoma”), nie doszło do popełnienia przewinienia zawodowego. NSL utrzymał orzeczenie uniewinniające.

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

SAMORZĄD ZAWODOWY



Ewolucja KODEKSU

Zachęcam wszystkich lekarzy do współpracy przy nowelizacji Kodeksu Etyki Lekarskiej – mówi dr **Artur de Rosier**, przewodniczący Komisji Etyki Lekarskiej Naczelnej Rady Lekarskiej, w rozmowie z Karoliną Kowalską.

Jednym z głównych punktów programu wyborczego prezesa NRL Łukasza Jankowskiego była nowelizacja Kodeksu Etyki Lekarskiej (KEL). Prezes Jankowski istotnie wzmocnił Komisję Etyki Lekarskiej, dzięki czemu prace nad nowelizacją Kodeksu ruszyły

pełną parą. Mam zespół wspaniałych, kreatywnych osób, z którymi pracuje się niezwykle twórczo. Spotykamy się co trzy tygodnie, a w bieżącej kadencji odbyło się już 12 spotkań. Każdy z członków komisji ma przydzielone zadania, a pracę

podzieliliśmy na etapy. W pierwszym okresie zapoznaliśmy się z pracami Komisji Etyki Lekarskiej NRL poprzednich dwóch kadencji, by zobaczyć, jakie ustalenia poczyniły tamtejsze zespoły ekspertów i jak wyglądały konsultacje społeczne z innymi izbami. Ówczesne konkluzje były takie, że KEL właściwie nie wymaga zmiany, ale jedynie komentarza.

Komisja obecnej kadencji ma odmienne zdanie na ten temat?

Podobnie jak prezes NRL żyjemy przekonanie, że sam komentarz nie wystarczy. Postanowiliśmy więc zapytać o to wszystkich lekarzy i lekarzy dentyków. W ramach akcji „Zadaj pytanie”, która odbyła się pod koniec ubiegłego roku, każdy mógł wypowiedzieć się na temat tego, czego w KEL brakuje, co powinniśmy uzupełnić, a co zmienić. Otrzymaliśmy odpowiedzi zawierające ponad sto różnych zagadnień i to nad nimi pracowaliśmy w pierwszym okresie. Drugim etapem prac naszej komisji, który trwa obecnie, jest opracowywanie omówień poszczególnych artykułów KEL.

Pierwsze z nich pojawiły się na początku czerwca na stronie internetowej NIL. Cemu mają służyć?

Są to omówienia będące punktem wyjścia do dyskusji samorządowej. Przedstawiamy w nich własny pogląd na kwestie poruszane w poszczególnych artykułach, ale uważamy, że powinien on podlegać dyskusji. Czekamy na komentarze, krytykę, zmiany, zapytania, skreślenia czy własne opracowania i zamierzamy je sukcesywnie uzupełniać w naszych opracowaniach.

Pierwszym artykułem, który pojawił się na stronie internetowej NIL, był art. 6 mówiący o tym, że lekarz ma swobodę wyboru w zakresie metod postępowania, które uzna za najskuteczniejsze. Nie idą Państwo zgodnie z kolejnością.

W tej chwili pracujemy nad artykułami, które wydają nam się najbardziej istotne czy też wzbudzają najwięcej wątpliwości, zapytań czy kontrowersji. Zachęcam wszystkich lekarzy i lekarzy dentyków do odwiedzania strony internetowej NIL i współpracy z Komisją Etyki Lekarskiej. Na stronie podany jest adres mailowy kel@nil.org.pl, pod którym można nawiązać z nami kontakt. Czekamy na uwagi i sugestie kolegów lekarzy i lekarzy dentyków.

Co będzie kolejnym etapem prac?

Trwa on równolegle z drugim etapem i polega na zmianie poszczególnych jednostek redakcyjnych Kodeksu. Pracujemy nad aktualną treścią KEL, dokonując skreśleń, poprawek, odpisów i przeniesień. Dokonujemy pewnego ujednolicenia, jeśli chodzi o język, ponieważ w obecnej treści Kodeksu zauważamy sporo niespójności. Gdzieś jest „chory”, gdzieś indziej „pacjent”. Gdzieś indziej mówi się o tym, że lekarz powinien się starać. Z kolei w odpowiedzialności zawodowej bardzo trudno udowodnić, czy się starał, czy nie. Zastanawiamy się więc, czy nie powinno być napisane, że lekarz „ma obowiązek” albo „winien”, a może „powinien” lub też „musi”. Pracujemy nad ujednoliceniem tekstu w taki sposób, by był zarówno spójny redakcyjnie, jak i zgodny z obowiązującym prawem.

Czy KEL czeka rewolucja?

Można się liczyć z tym, że będzie on inny, ponieważ zmieniona zostanie treść niektórych artykułów, niektóre zostaną przeniesione w inne miejsce, inne wykreślone, a inne z kolei dopisane. Myślę jednak, że jest to bardziej ewolucja niż rewolucja, i to taka dostosowana do bieżących standardów współczesnej wiedzy medycznej i bieżącej technologii.

Punktem kulminacyjnym prac będzie październikowa konferencja w Gdańsku.

Konferencja „Rozmowy o etyce – Kodeks Etyki Lekarskiej, reklama, psychiatria”, która odbędzie się 7 października w Gdańsku, to nieco odwołany w czasie, czwarty punkt prac nad Kodeksem. Podczas konferencji chcemy się zastanowić nad dwoma istotnymi problemami – kwestią reklamy w KEL i życiu lekarskim

oraz telemedycyny. Tematy te okazały się najbardziej istotne nie tylko w ankiecie „Zadaj pytanie”. Dziennikarze dzwoniący z prośbą o wywiad na temat Kodeksu zwykle pytają o sprawy związane z reklamą i z telemedycyną. Nie tylko w środowisku lekarskim czujemy, że to nowe, ważne tematy dla społeczeństwa. Chciałbym, żebyśmy wyjechali z Gdańska ze stanowiskiem podsumowującym te kwestie i z propozycją, ale też z wypracowanym omówieniem lub projektem nowelizacji odpowiednich przepisów Kodeksu. Zgodnie z uchwałą NRL gotowy projekt zmian powinniśmy przedstawić do końca stycznia 2024 r. Wówczas zostanie on przesłany do delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy w formie, nad którą będziemy głosować. Stąd apel, by nie czekać z dyskusją aż do Zjazdu. ■■

WYDARZENIA

II WARSZAWSKIE FORUM OKULISTYCZNE JUŻ WE WRZEŚNIU

Już za kilka tygodni w podwarszawskim Józefowie okuliści z całej Polski będą mieć świetną okazję do wymiany poglądów i doświadczeń na temat najnowszych wyników badań i metod leczenia dotyczących chorób narządu wzroku. Dla uczestników II Warszawskiego Forum Okulistycznego, zaplanowanego w dniach 14-16 września 2023 r., przygotowano program bogaty w wykłady, kursy i warsztaty.

Po inauguracyjnej, pierwszej naszej konferencji, która zyskała uznanie wśród okulistów z całego kraju, jesteśmy pełni zapału, by zorganizować kolejną jej edycję. Ideą naszego Forum pozostaje współczesne, szerokie spojrzenie na choroby narządu wzroku – informują dr Radosław Różycki (przewodniczący Komitetu Naukowego konferencji) oraz dr Jaromir Wasyluk (przewodniczący Komitetu Organizacyjnego).

Podczas pierwszego dnia WFO odbędą się kursy i warsztaty zawierające praktyczne wskazówki dotyczące postępowania w procesie diagnostyczno-terapeutycznym. W programie znalazły się m.in. kursy chirurgiczne, laseroterapii, medycyny estetycznej czy kurs z optyki okularowej. Drugiego i trzeciego dnia wydarzenia zaproszeni goście przekażą najnowsze doniesienia



diagnostyczno-chirurgiczne dotyczące zaćmy, jaskry, chorób siatkówki i aparatu ochronnego oka. Sesja inauguracyjna dotyczyć będzie kwestii medycznych związanych z lotami kosmicznymi.

Organizatorem spotkania jest Klinika Okulistyczna Wojskowego Instytutu Medycyny Lotniczej w Warszawie we współpracy z Fundacją na rzecz Rozwoju Nauki i Medycyny.

Więcej informacji: www.wfo2023.icongress.pl.

CO ROBIĆ, GDY POLICJA PYTA O PACJENTA

Nie ma podstaw do udzielenia funkcjonariuszom pomocy w postaci informacji o poszukiwanym pacjencie. Nie można jednak wykluczyć, że w indywidualnych przypadkach ich przekazanie będzie znajdowało uzasadnienie.

dr **Amadeusz Małolepszy** adwokat

Lekarze prowadzący indywidualne gabinety lub podmioty lecznicze często pytają o udzielanie pomocy policji w postaci udostępnienia danych poszukiwanych pacjentów. Żądane dane obejmują najczęściej adresy zamieszkania osób poszukiwanych, ich numery telefonów, dane osób bliskich upoważnionych przez pacjentów oraz informacje o planowanej wizycie. Lekarze nie są pewni, czy takie dane mogą być udostępniane.

MOGĄ SIĘ ZWRACAĆ

Do zadań policji należy m.in. poszukiwanie osób ukrywających się przed organami ścigania lub wymiaru sprawiedliwości. Policjanci mają przy wykonywaniu tych zadań m.in.:

- prawo do żądania niezbędnej pomocy od instytucji państwowych, organów administracji rządowej i samorządu terytorialnego oraz przedsiębiorców prowadzących działalność w zakresie użyteczności publicznej;
- prawo zwracania się o niezbędną pomoc do innych przedsiębiorców i organizacji społecznych, jak również zwracania się w nagłych wypadkach do każdej osoby o udzielenie doraźnej pomocy w ramach obowiązujących przepisów prawa.

Podmioty lecznicze zaliczają się do kategorii tych, do których policja może zwrócić się o udzielenie niezbędnej pomocy. Może mieć to formę pisemną lub



ustną. Pisemne zwrócenie się o pomoc powinno zawierać powołanie podstawy prawnej żądania, określenie rodzaju i zakresu niezbędnej pomocy oraz wskazanie policjanta korzystającego z pomocy. Ustne zwrócenie się o pomoc może być zgłoszone przez każdego policjanta, który jej potrzebuje. Jest to możliwe w sytuacjach niecierpiących zwłoki, a także przy wykonywaniu czynności służbowej na pisemne polecenie sądu, prokuratora lub

organu administracji publicznej. Ustne zgłoszenie powinno zostać niezwłocznie potwierdzone na piśmie.

ZAKRES DANYCH DO PRZEKAZANIA

Udzielenie pomocy powinno nastąpić w granicach obowiązujących przepisów prawa. Ważnym elementem będzie tu określenie, jakiego rodzaju dane mogą być przekazane, a o jakie dane prosi policja.

Najczęściej przedmiotem zapytania o pomoc będą „zwykłe” dane osobowe, rozumiane jako wszelkie informacje o zidentyfikowanej lub możliwej do zidentyfikowania osobie fizycznej, takie jak imię i nazwisko, numer identyfikacyjny, dane o lokalizacji, identyfikator internetowy lub jeden bądź kilka szczególnych czynników określających fizyczną, fizjologiczną, genetyczną, psychiczną, ekonomiczną, kulturową lub społeczną tożsamość osoby fizycznej.

Danymi wymagającymi szczególnej uwagi, bez których trudno wyobrazić sobie funkcjonowanie podmiotu leczniczego lub podmiotu wykonującego działalność leczniczą, są tzw. dane wrażliwe, którymi są m.in. dane dotyczące zdrowia. Zaliczyć do nich należy wszystkie dane o stanie zdrowia osoby, której dotyczą, ujawniające informacje o przeszłym, obecnym lub przyszłym stanie fizycznego lub psychicznego zdrowia. Do danych takich należą m.in. informacje o danej osobie zbierane podczas rejestracji do

usług opieki zdrowotnej lub podczas świadczenia jej takich usług; informacje pochodzące z badań laboratoryjnych lub lekarskich części ciała lub płynów ustrojowych, w tym danych genetycznych i próbek biologicznych, oraz wszelkie informacje, na przykład o chorobie, niepełnosprawności, ryzyku choroby, historii medycznej, leczeniu klinicznym lub stanie fizjologicznym lub biomedycznym, niezależnie od ich źródła, którym może być na przykład lekarz lub inny pracownik służby zdrowia czy szpital.

Istotne jest zatem skontrolowanie, jakiego rodzaju pomoc ma być udzielona (warunek formalny zapytania o pomoc) i czy nie obejmuje ona danych, które z uwagi na ich szczególny charakter mogą być objęte tajemnicą zawodową.

POMOC A TAJEMNICA

Osoby wykonujące zawód medyczny są obowiązane zachować w tajemnicy informacje związane z pacjentem, w szczególności ze stanem zdrowia pacjenta. Katalog nie jest zamknięty i – co istotne – obejmuje nie tylko dane związane ze stanem zdrowia, ale też np. dane o sytuacji rodzinnej, majątkowej lub zawodowej. Informacje te mogą być ujawnione tylko w przypadku, gdy:

- stanowią tak przepisy ustaw;
- zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób;
- pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyrażą zgodę na ujawnienie tajemnicy;
- zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innym osobom wykonującym zawód medyczny, uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń.

Osobami wykonującymi zawód medyczny są osoby uprawnione na podstawie

odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny. Przedstawicielami takich zawodów są m.in. lekarze, pielęgniarki i położne, których obowiązek zachowania tajemnicy wynika z ustaw regulujących wykonywanie zawodu.

Inne osoby wykonujące czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, a także czynności związane z utrzymaniem systemu teleinformatycznego, w którym przetwarzana jest dokumentacja medyczna, i zapewnieniem bezpieczeństwa tego systemu są obowiązane do zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, uzyskanych w związku z wykonywaniem zadań. Osoby te są związane tajemnicą także po śmierci pacjenta.

Obowiązek zachowania w tajemnicy informacji o pacjencie nie dotyczy wyłącznie osób wykonujących zawody medyczne. Rozciąga się on także na podmioty lecznicze (niezależnie od formy organizacyjno-prawnej), albowiem te prowadzą dokumentację medyczną oraz posiadają teleinformatyczne bazy danych o pacjentach.

Dane osobowe, takie jak adres zamieszkania, numer telefonu, dane osób bliskich upoważnionych przez pacjenta, stanowią element dokumentacji medycznej. Dokumentację prowadzi podmiot leczniczy lub podmiot wykonujący działalność leczniczą i jest ona objęta tożsamą ochroną

co osoby wykonujące zawód medyczny lub go niewykonujące. Innymi słowy dane w niej zawarte chroni tajemnica.

Udostępnienie danych zawartych w dokumentacji medycznej osobom innym niż pacjent, jego przedstawiciel ustawowy lub osoba upoważniona przez pacjenta może nastąpić w wypadkach przewidzianych w ustawie o prawach pacjenta. Dokumentacja (papierowa, jak i elektroniczna) może być udostępniona jedynie sądom,

w tym sądom dyscyplinarnym, prokuraturom, lekarzom sądowym i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem.

Informacja o planowanej wizycie w poradni stanowi jedną z danych medycznych zamieszczanych w systemie teleinformatycznym. Nie zostało to wyrażone wprost w przepisach prawa, ale taka informacja również podlega ochronie. Skoro zatem

podmioty, którym powierzono przetwarzanie danych, są obowiązane do zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentami w związku z powierzeniem im przetwarzania danych, to tym bardziej taka tajemnica obejmuje dane wprowadzane przez podmioty lecznicze lub podmioty wykonujące działalność leczniczą.

Ujawnienie okoliczności objętych tajemnicą zawodową może, obok odpowiedzialności zawodowej, prowadzić do odpowiedzialności karnej

OD REGUŁY BYWAJĄ WYJĄTKI

Podsumowując, nie ma podstaw do udzielenia pomocy w postaci informacji przedstawionych w zapytaniu na temat poszukiwanego pacjenta. Trudno jest jednak wskazać jedną, konkretną podstawę prawną odmowy udzielenia informacji. Ta może bowiem zależeć od tego, do kogo została skierowana prośba o pomoc, jak również o jakie dane pacjenta chodzi bądź w jakim trybie wystąpiono o pomoc. Nie można jednakże wykluczyć, że w indywidualnych przypadkach udzielenie informacji policji będzie znajdowało uzasadnienie. Można sobie wyobrazić, choć nie musi być to bezdyskusyjne, udzielenie pomocy polegające jedynie na potwierdzeniu lub zaprzeczeniu faktu, że określona osoba jest zarejestrowana, leczyla się bądź leczy się w podmiocie leczniczym bądź podmiocie wykonującym działalność leczniczą.

Przykre konsekwencje

Dane dotyczące pacjenta objęte są tajemnicą zawodową. Tryb zwolnienia z niej jest ściśle uregulowany w przepisach prawa.

Udzielenie informacji objętej tajemnicą zawodową przez osobę zobowiązaną do jej zachowania godzi w prawa pacjenta i może prowadzić do wszczęcia przez Rzecznika Praw Pacjenta postępowania wyjaśniającego. Dodatkowo w przypadku osób wykonujących zawody medyczne niedochowanie tajemnicy zawodowej może stanowić podstawę do wszczęcia postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, natomiast w przypadku osób niewykonujących zawodów medycznych może być rozpatrywane jako ciężkie naruszenie obowiązków pracowniczych.

Biuletyn

NR 4 (220)

WARSZAWA, VI 2023

Paweł Doczekalski Redaktor naczelny

**UCHWAŁA Nr 20/23/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 2 czerwca 2023 r.
w sprawie kierunku nowelizacji
Kodeksu Etyki Lekarskiej (KEL)**

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

§ 1.

Naczelna Rada Lekarska zobowiązuje Komisję Etyki Lekarskiej NRL do:

- 1) opracowania i sukcesywnego udostępniania na stronie internetowej NIL w celu prowadzenia debaty w środowisku samorządowym propozycji zmian treści artykułów KEL,
- 2) opracowania i przedłożenia Naczelnej Radzie Lekarskiej w terminie do dnia 31 stycznia 2024 r. projektu zmian Kodeksu Etyki Lekarskiej pod kątem nowelizacji KEL na Nadzwyczajnym XVI Krajowym Zjeździe Lekarzy, który odbędzie się w dniach 16-18 maja 2024 r.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Grzegorz Wrona

PREZES
Łukasz Jankowski

**UCHWAŁA Nr 21/23/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 2 czerwca 2023 r.
w sprawie powołania przedstawicieli
do ministerialnego Zespołu
ds. opracowania rekomendacji
wdrożenia systemu kompensacji
szkód bez orzekania
o winie no-fault**

Na podstawie art. 5 pkt 14, 15, 20 i 24 w związku z art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich

(Dz. U. z 2021, poz. 1342) uchwała się, co następuje:

§ 1.

Na przedstawicieli Naczelnej Izby Lekarskiej do Zespołu do spraw opracowania rekomendacji wdrożenia systemu kompensacji szkód bez orzekania o winie „no-fault”, powołanego na mocy zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 maja 2023 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw opracowania rekomendacji wdrożenia systemu kompensacji szkód bez orzekania o winie no-fault (Dz. Urz. M.Z. z dnia 9 maja 2023 r. poz. 33) ustanawia się:

1. lek. Piotra Pawliszaka, jako Zastępcę Przewodniczącego,
2. dr. n. med. Jarosława Feszaka,
3. dr. n. med. Krzysztofa Kordela.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Grzegorz Wrona

PREZES
Łukasz Jankowski

**UCHWAŁA Nr 22/23/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 2 czerwca 2023 r.
w sprawie regulaminu
nadawania odznaczenia
„Meritus Pro Medicis”**

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

§ 1.

Ustanawia się regulamin nadawania odznaczenia „Meritus Pro Medicis”, stanowiący załącznik do uchwały.

§ 2.

Uchyła się uchwałę Nr 15/18/VIII z dnia 2 listopada 2018 r. w sprawie regulaminu nadawania odznaczenia „Meritus Pro Medicis”.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Grzegorz Wrona

PREZES
Łukasz Jankowski

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

**UCHWAŁA Nr 23/23/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 2 czerwca 2023 r.
w sprawie wyboru Kanclerza Kapituły
Odznaczenia „Meritus Pro Medicis”**

Na podstawie art. 39 ust.1 pkt 1-4 w zw. z art. 5 pkt 13 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342) oraz § 2 pkt 1 Regulaminu nadawania odznaczenia „Meritus Pro Medicis”, stanowiącego załącznik do uchwały nr 22/23/IX Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 2 czerwca 2023 r. w sprawie regulaminu nadawania odznaczenia „Meritus Pro Medicis”, uchwała się, co następuje:

§ 1.

Na Kanclerza Kapituły Odznaczenia „Meritus Pro Medicis” powołuje się kol. prof. dr. hab. n. med. Romualda Krajewskiego.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Grzegorz Wrona

PREZES
Łukasz Jankowski

**UCHWAŁA Nr 24/23/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 2 czerwca 2023 r.
w sprawie zobowiązania Prezesa
Naczelnej Rady Lekarskiej do podjęcia
działań w celu zmodernizowania logo
Naczelnej Izby Lekarskiej**

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

§ 1.

Zobowiązuje się Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej – Łukasza Jankowskiego do podjęcia niezbędnych czynności w celu zrealizowania zadania związanego ze zmodernizowaniem logo Naczelnej Izby Lekarskiej.

§ 2.

Upoważnia się Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej – Łukasza Jankowskiego i Skarbnika Naczelnej Rady Lekarskiej – Grzegorza Mazura do zawarcia umów w celu zrealizowania zadania określonego w § 1.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Grzegorz Wrona

PREZES
Łukasz Jankowski

UCHWAŁA Nr 25/23/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 2 czerwca 2023 r.

w sprawie upoważnienia Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej do podjęcia działań mających na celu analizę struktur baz danych okręgowych rejestrów lekarzy

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

§ 1.

1. Upoważnia się Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej do podjęcia działań mających na celu analizę struktur baz danych okręgowych rejestrów lekarzy oraz powiązanych z nimi konfiguracjami serwerów i funkcjonalnościami oprogramowania „finn - rejestr lekarzy”, w każdej okręgowej izbie lekarskiej.
2. Zobowiązuje się Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej do rozpoczęcia prac nad stworzeniem nowego oprogramowania do obsługi Centralnego Rejestru Lekarzy i okręgowych rejestrów lekarzy, na podstawie wytycznych Komisji Organizacyjnej Naczelnej Rady Lekarskiej.
3. Obliguje się okręgowe izby lekarskie do umożliwienia realizacji zadania przeprowadzenia audytu, o którym mowa w ust. 1.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Grzegorz Wrona

PREZES
Łukasz Jankowski

UCHWAŁA Nr 26/23/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 2 czerwca 2023 r.

w sprawie zmiany uchwały w sprawie upoważnienia Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej do podjęcia działań mających na celu analizę struktur baz danych okręgowych rejestrów lekarzy

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

§ 1.

Pkt 3 § 1. uchwały nr 25/23/IX z dnia 02.06.2023 r. otrzymuje następujące brzmienie: „3. Rekomenduje się okręgowym izbom lekarskim umożliwienie realizacji zadania przeprowadzenia audytu, o którym mowa w ust. 1”.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Grzegorz Wrona

PREZES
Łukasz Jankowski

STANOWISKO Nr 3/23/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 2 czerwca 2023 r. w przedmiocie Apelu Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu z dnia 25 maja 2023 roku w sprawie przywrócenia części ustnej Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego

Naczelna Rada Lekarska, po zapoznaniu się z Apelem Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu z dnia 25 maja 2023 roku w sprawie przywrócenia części ustnej Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego, odrzuca możliwość podjęcia działań zmierzających do uchylenia zapisów art. 16rc ust. 10 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz. U. z 2022 roku, poz. 1731 ze zm.)

Uzasadnienie

Od dłuższego czasu środowisko medyków, w tym działacze samorządu lekarskiego, oczekiwali likwidacji części ustnej Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego w sytuacji uzyskania co najmniej 75% poprawnych odpowiedzi z części pisemnej. Powyższe postulaty miały swe szerokie uzasadnienie. Przede wszystkim z danych przedstawionych w piśmie CEM z dnia 22 czerwca 2022 roku wynikało, że po podsumowaniu wyników z 9 sesji egzaminacyjnych, spośród 426 osób z oceną bardzo dobrą z części pisemnej tylko 2 osoby nie zdały następnie części ustnej (0,4%).

W przypadku osób z oceną dobry plus było to zaledwie 0,7%, a u osób z oceną dobrą 1,3%. Przedstawione dane jednoznacznie dowodziły, że egzamin ustny w tej grupie lekarzy jest jedynie formalnością i pozostaje bez wpływu na przygotowanie zawodowe tych lekarzy. Kolejnym argumentem było to, że czas, w którym lekarze skupiają się w przygotowaniach do ustnej części PES, mogliby przeznaczyć na opiekę nad Pacjentami. Mając na uwadze te okoliczności, Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej dnia 18 listopada 2022 roku wydało stanowisko Nr 30/22/P-IX w sprawie szkodliwych zapisów przyjętej przez Sejm ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw, w którym stanowczo wyraziło oczekiwanie i zasadność zwolnienia lekarzy z części ustnej PES w sytuacji uzyskania 75% poprawnych odpowiedzi z części pisemnej. Stanowisko to zostało opublikowane w BIP i było powszechnie znane w środowisku. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej, w związku z powyższym podjęło aktywne działania zmierzające do wprowadzenia stosownych regulacji prawnych, czego wynikiem było dodanie przez Ministra Zdrowia art. 16rc ust. 10 do Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz. U. z 2022 roku, poz. 1731 ze zm.).

W związku z powyższym Apel Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu z dnia 25 maja 2023 roku w sprawie przywrócenia części ustnej Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego jest nieuzasadniony.

SEKRETARZ
Grzegorz Wrona

PREZES
Łukasz Jankowski

STANOWISKO Nr 4/23/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 2 czerwca 2023 r.

w sprawie przyjęcia rekomendacji w zakresie przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentysty w tzw. uproszczonych trybach

Naczelna Rada Lekarska zaleca przyjęcie i stosowanie rekomendacji Komisji Organizacyjnej Naczelnej Rady Lekarskiej w zakresie przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentysty w tzw. uproszczonych trybach. Opracowane procedury stanowią załącznik do niniejszego Stanowiska.

SEKRETARZ
Grzegorz Wrona

PREZES
Łukasz Jankowski

STOMATOLOGIA

**Paweł Barucha**

wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej
przewodniczący Komisji Stomatologicznej NRL

TERAZ SPECJALIZACJE

Pod koniec czerwca w życie weszło rozporządzenie z dnia 13 czerwca 2023 r. w sprawie umiejętności zawodowych lekarzy i lekarzy dentystów. W dokumencie zostały określone rodzaje umiejętności zawodowych, w których lekarz i lekarz dentysta mogą uzyskać certyfikat umiejętności zawodowej wraz z ich kodami. Wśród ponad 40 umiejętności tylko jedna dotyczy lekarzy dentystów – implantologiczna. Rozporządzenie mówi, że może ją uzyskać lekarz z co najmniej pięcioletnim doświadczeniem w zawodzie.

To kolejny argument za postulowanym przez samorząd lekarski zwiększeniem liczby miejsc specjalizacyjnych w dziedzinach stomatologicznych. Umiejętność, którą lekarz dentysta będzie zdobywać pięć lat po dyplomie, mógłby zacząć nabywać tuż po ukończeniu studiów w ramach specjalizacji z chirurgii stomatologicznej. W dodatku zostając specjalistą, który w przyszłości mógłby kształcić kolejne pokolenia dentystów.

Jako Komisja Stomatologiczna NRL od lat postulujemy zwiększenie liczby miejsc specjalizacyjnych, szczególnie w trybie rezydentury. Obecnie rezydentury dentystyczne stanowią mniej niż 2 proc. wszystkich rezydentur lekarskich. Uważamy, że jest to krzywdzące nie tylko dla lekarzy dentystów, ale przede wszystkim dla pacjentów, którym utrudnia to dostęp do specjalistów.

Konieczność zwiększenia liczby miejsc specjalizacyjnych w trybie rezydentury to jeden z głównych tematów posiedzenia Komisji Stomatologicznej NRL, które odbyło się 18 czerwca podczas Mazowieckich Spotkań Stomatologicznych (MSS) w Serocku pod Warszawą. Posiedzenie było otwarte i cieszyło się rekordowym zainteresowaniem koleżanek i kolegów stomatologów. Uczestnicy zgodzili się, że sprawa rezydentur lekarskich jest priorytetowa.

Tegoroczne MSS zgromadziły konsultantów krajowych i wojewódzkich oraz najznajniejszych naukowców z całego kraju, stając się jedną z najważniejszych imprez stomatologicznych w tym roku. ■■■

ROZMOWA

WIEDZA I INTEGRACJA

Kongres Polonii Medycznej to dla uczestników nie tylko szansa poszerzenia wiedzy, ale także odświeżenia kontaktów i nawiązania znajomości – mówi **Anna Lella**, prezes Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej i organizatorka XI Kongresu Polonii Medycznej.

Na IV Światowy Zjazd Lekarzy Polskich i XI Kongres Polonii Medycznej do Olsztyna zjechało kilkuset polskich medyków z całego świata. Dużą część stanowili lekarze dentyści.

Polscy stomatolodzy z Francji, Niemiec czy Mołdawii byli jednymi z pierwszych lekarzy, którzy zarejestrowali się na kongres. Przyjeżdżają tu, by wyjechać z konkretną wiedzą, ale też dla integracji. Kongres Polonii Medycznej to dla nich nie tylko szansa poszerzenia wiedzy, ale także odświeżenia kontaktów i nawiązania znajomości z lekarzami mieszkającymi w Polsce i poza jej granicami.

Czy polska stomatologia uczy się od świata czy raczej świat od Polski?

Myślę, że plasujemy się równo pośrodku. Są dziedziny, w których przodujemy, jak kształcenie stomatologów, ale i takie, które wymagają poprawy, jak kwestie organizacji ochrony zdrowia czy jej finansowania. Podczas prac w różnych organizacjach europejskich czy Światowej Federacji Dentystycznej zauważam, że Polska stomatologia nie ma powodów do kompleksów. Wystarczy spojrzeć na wykładowców zaproszonych na KPM. Prof. Teresa Sierpińska jest prezydentem elektem Europejskiego Towarzystwa Protetycznego, a prof. Ingrid Różyło-Kalinowska właśnie skończyła swoją kadencję i jest pastprezydentem Europejskiego Towarzystwa Radiologii Szczękowo-Twarzowej. Wielu polskich profesorów i wykładowców jest zapraszanych i goszczonych na kongresach europejskich i światowych.



Anna Lella, prezes Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej

Z kolei Pani jest pierwszą Polką i pierwszym polskim lekarzem stomatologiem w ścisłym zarządzie Światowej Federacji Dentystycznej.

Każdy sukces poprzedza ciężka praca, cieszę się, że została dostrzeżona. Poziom polskich stomatologów i ich edukacji nie daje żadnych powodów do narzekań. Zastrzeżenia mogą budzić kwestie od nas niezależne, a więc brak finansowania, rozwiązań strukturalnych czy programów profilaktycznych, o które cały czas apelujemy jako środowisko. Osobiście widzę wiele powodów do optymizmu, jak choćby rozwój i postęp świadomości społeczeństwa o znaczeniu zdrowia jamy ustnej i korelacji z chorobami ogólnoustrojowymi. W ramach obchodzonego co roku Światowego Dnia Zdrowia Jamy Ustnej, ustanowionego przez Światową Federację Dentystyczną, temat stomatologii przebił się zarówno w społeczeństwie, jak i w środowisku lekarskim, szczególnie wśród lekarzy innych specjalności.

Lekarze również potrzebowali uświadamiania?

Głównie w kwestii holistycznego spojrzenia na pacjenta z uwzględnieniem jamy ustnej – nie tylko stanu zębów, ale także zdrowia dziąseł, zmian na błonie

śluzowej. I to się udaje. Kardiologzy, okuliści, ortopedzi czy reumatolodzy wysyłają pacjentów do gabinetów stomatologicznych. Mówią: „Proszę sprawdzić zęby”. My, stomatolodzy, współpracujemy także z diabetologami, bo ciężko ustabilizować pacjenta z cukrzycą, jeśli ma przewlekłe stany zapalne w jamie ustnej. Zawsze współpracowaliśmy z lekarzami innych specjalności, ale teraz ta współpraca się rozwija. Widzę to na co dzień w swoim gabinecie i szczerze mnie to raduje.

Czy polscy lekarze dentyści wyjeżdżają za granicę równie często, co lekarze innych specjalności?

W moim odczuciu stomatolodzy do innego państwa czy nawet miasta wyjeżdżają rzadziej, są mniej mobilni niż lekarze. Wynika to choćby z faktu, że lekarz stomatolog w swoim gabinecie pracuje na swoje nazwisko. Jeżeli na tym etapie życia miałabym przeprowadzić się do innego miasta, zaczynałabym od zera. Lekarze innych specjalności, pracujący w szpitalach czy przychodniach, oczywiście również pracują na swoje nazwisko, ale często są przez pacjentów nierozpoznawalni. Zdarza się, że po wyjściu ze

szpitala pacjent nawet nie wie, kto się nim zajmował. W stomatologii tego nie ma. Z pacjentami mamy równie długą i bliską relację co lekarze rodzinni, przy czym o ile do lekarza rodzinnego pacjent jest zapisany na listę, do nas nikt się nie zapisuje. Choć na każdą wizytę pacjent może chodzić gdzie indziej, zdarza się to rzadko. Większość ma swojego stałego stomatologa, a relacja między lekarzem a pacjentem jest budowana i pielęgnowana przez lata. Myślę, że jest to przyczynkiem do tego, że z jednej strony mobilność lekarzy stomatologów jest trochę mniejsza, a z drugiej – że pacjenci mieszkający/pracujący za granicą na leczenie wracają do swojego lekarza stomatologa do Polski. I to nawet gdy w nowym kraju mają ubezpieczenie. Często towarzyszymy pacjentom przez całe ich życie. Taka relacja to ogromny przywilej, ale też odpowiedzialność. Czasami mam wyrzuty sumienia, że jestem niedostępna, a pacjent z bólem, obrzękiem czeka, aż wrócę, bo nie chce iść do nikogo innego.

Rozmawiały Lidia Sulikowska
i Karolina Kowalska

Gerostomatologia i nowinki dentystyczne

Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne merytorykę traktują na równi z integracją środowiska. W czerwcu dentyści spotkali się w Serocku już po raz siódmy.

Lucyna Krysiak dziennikarka

Blisko pół tysiąca lekarzy dentyków z całego kraju wzięło udział w Mazowieckich Spotkaniach Stomatologicznych. Podczas największej samorządowej konferencji stomatologicznej w kraju odbyło się dziewięć sesji i 40 wykładów. Wśród 50 prelegentów znaleźli się wybitni specjaliści reprezentujący wszystkie dziedziny stomatologii oraz przedstawiciele uczelni medycznych i towarzystw naukowych. Impreza zgromadziła również konsultantów krajowych: periodontologii – prof. Renatę Górską, ortodoncji – prof. Beatę Kawalę, stomatologii zachowawczej z endodencją – prof. Agnieszkę Mielczarek, stomatologii dziecięcej – prof. Dorotę Olczak-Kowalczyk, chirurgii stomatologicznej – prof. Mansura Rahnamę oraz chirurgii szczękowo-twarzowej – dr hab. Mariusza Szutę.

ŻELAZNA ZASADA

– To grupa osób, do których lekarze dentyści najczęściej zwracali się z pytaniami o miejsce stomatologii w obecnej rzeczywistości, o zamierzenia resortu zdrowia dotyczące możliwości specjalizowania się w tych dziedzinach czy możliwości rozwoju – mówi dr n. med. Dariusz Paluszek, wiceprezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, przewodniczący Komisji Stomatologicznej tej Rady i animator VII MSS. Dodał, że konferencja spełnia nie tylko cele edukacyjne (uczestnicy otrzymują 25 punktów edukacyjnych), ale także integruje środowisko lekarzy dentyków, którzy po pandemii złąknieni są bezpośrednich kontaktów, wymiany doświadczeń, opinii na temat sprzętu oraz najnowszych technologii, a także luźnych prywatnych



– Najlepsi specjaliści, przemyślany program i unikatowa atmosfera to żelazna zasada Mazowieckich Spotkań Stomatologicznych – przekonuje dr Dariusz Paluszek (pierwszy od prawej, obok stoją: prof. Ewa Czochrowska, prof. Dorota Olczak-Kowalczyk, prof. Mariusz Lipski, Rafał Grzywacz)

rozmów sprzyjających relaksowi. To okazja, by odnowić dawne relacje i nawiązać nowe znajomości. – Najlepsi specjaliści, przemyślany program i unikatowa atmosfera to żelazna zasada Mazowieckich Spotkań Stomatologicznych, która jak pokazuje praktyka, po prostu się sprawdza – przekonuje dr Paluszek.

DLA LEKARZY OD LEKARZY

Zaznacza, że organizatorom zależało, aby oferta programowa konferencji była bogata i różnorodna. Chodziło o to, aby dobór tematów i wykładowców odpowiadał oczekiwaniom uczestników konferencji. – Nie sposób uczestniczyć we wszystkich wykładach i warsztatach, gdyż program obejmował ich kilkadziesiąt, ale chcieliśmy, aby każdy lekarz dentysta znalazł

tu coś dla siebie. Co roku organizatorzy starają się podnosić nie tylko poziom merytoryczny konferencji, ale i jej atrakcyjność – mówi dr Paluszek.

Uczestnicy posłuchali też prelekcji na temat ubezpieczeń, prowadzenia praktyk, a także zabezpieczenia socjalnego i prawnego. Prawnik Rafał Nowak przedstawił na przykładach z życia roszczenia pacjentów wobec lekarzy stomatologów, radząc, jak zapobiegać tego rodzaju zdarzeniom, aby uniknąć przykrych konsekwencji prawnych i finansowych. Zainteresowaniem cieszyły się też warsztaty dr n. med. Adama M. Pietrzaka, specjalisty anestezjologa, i psycholożki Kingi J. Karczewskiej, przedstawiające różne warianty postępowania w sytuacjach kryzysowych w gabinecie stomatologicznym.



Paweł Barucha, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej



Otwarte posiedzenie Komisji Stomatologicznej NRL podczas VII MSS cieszyło się dużą popularnością

PACJENT W WIEKU SENIORALNYM

Jedną z sesji poświęcono gerostomatologii, przeżywającej obecnie prawdziwy rozkwit ze względu na wzrastającą świadomość osób w wieku senioralnym i ich opiekunów. Uczestnicy dowiedzieli się m.in., jak stan zdrowia jamy ustnej wpływa na ogólny stan zdrowia, a także psychiczne samopoczucie. W opinii ekspertów WHO zdrowa jama ustna to jeden z najważniejszych elementów „aktywnego starzenia”, który decyduje o jakości życia seniorów. Niestety, na tle Europy polscy seniorzy wypadają pod tym względem fatalnie, a opieka stomatologiczna nad takimi pacjentami jest niezadowalająca. Zmiany w jamie ustnej manifestują się u nich zaburzeniami wydzielania śliny, próchnicą zębów, przewlekłym zapaleniem tkanek przyzębia, nowotworami, zespołem pieczenia w jamie ustnej czy kandydozą błony śluzowej. Seniorom towarzyszy wielochorobowość i polifarmakologia. Często przyjmują oni nie tylko leki ordynowane

przez lekarza, ale ogólnodostępne witaminy, leki przeciwbólowe czy suplementy. Ich interakcja jest nieprzewidywalna i prowadzi często do nasilenia objawów chorobowych w jamie ustnej, szczególnie w obrębie błony śluzowej języka czy policzków.

Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Stomatologii Geriatrycznej prof. Agnieszka Mielczarek omówiła wyzwania gerostomatologii i oczekiwania pacjentów wobec tej specjalności. Przypomniała, że do niedawna celem tej dziedziny było odtworzenie funkcji narządu żucia, co w polskich realiach oznaczało wykonanie ruchomych protez akrylowych, refundowanych w ramach świadczeń gwarantowanych przez NFZ. - Obecnie gerostomatologia oferuje całą gamę procedur, w tym zabiegi z zakresu stomatologii estetycznej, endodoncji, periodontologii, implantologii czy ortodoncji. Niestety, dostęp do tego rodzaju procedur ogranicza bariera finansowa. Koszyk refundowanych świadczeń stomatologicznych dla seniorów wciąż

jest ubogi. Osoby z ograniczoną sprawnością motoryczną mają również problem z dotarciem do gabinetu i korzystaniem ze świadczeń stomatologicznych. Gorsza sprawność manualna obniża skuteczność zabiegów higienicznych w obrębie jamy ustnej, co może zaostrzyć objawy chorobowe - mówiła prof. Mielczarek, dodając, że należy zintensyfikować działania na rzecz poprawy zdrowia jamy ustnej u seniorów poprzez włączenie w działania profilaktyczne i edukacyjne całego środowiska medycznego, m.in. lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, geriatrów i zespołów stomatologicznych.

WYKŁAD POŁĄCZONY Z DIALOGIEM

Zainteresowanie budził też cykl wykładów dotyczących radiologii. O wystąpieniach dr. hab. Kornela Krasnego pt. „Obraz radiologiczny a obraz kliniczny - pułapki stomatologiczne okiem biegłego sądowego” oraz dr n. med. Anny Pogorzelskiej na temat diagnostyki radiologicznej zębów zatrzymanych i prof. dr hab. n. med. Kazimierza Szopińskiego - „Diagnostyka obrazowa chorób stawów skroniowo-żuchwowych” długo dyskutowano w przerwach między wykładami. Dostrzegając potrzebę nieformalnych i dłuższych kontaktów z prelegentami, organizatorzy MSS wprowadzili pewne zmiany. - Chodziło o to, by słuchacze mieli podczas wykładów możliwość aktywnego uczestnictwa i na gorąco mogli wymieniać się poglądami - tłumaczy dr Dariusz Paluszek.

Kilkadziesiąt lekarek dentystek i lekarzy dentystów z całego kraju wzięło udział w otwartym posiedzeniu Komisji Stomatologicznej Naczelnej Rady Lekarskiej, które odbyło się w sobotę 17 czerwca podczas VII Mazowieckich Spotkań Stomatologicznych w Serocku pod Warszawą. Oprócz organizatorów konferencji i członków Komisji w posiedzeniu wzięło udział wielu lekarzy dentystów z różnych części Polski. Ponaddwugodzinne spotkanie zdominowała dyskusja o najważniejszych problemach polskiej stomatologii, między innymi zbyt małej liczbie rezydentur oraz utrudnionym dostępie do specjalizacji. Zdano też sprawozdania z działalności zespołów: do spraw działalności leczniczej, do spraw kształcenia oraz do spraw świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.


Jakub Sieczko

anestezjolog

RIKAI DEKIMASEN

W domu mojej koleżanki pękła kiedyś rura. Przyjechał hydraulik. Okazało się, że nie wystarczy rury załatać albo wymienić na inną – sprawa wymagała poważniejszego remontu. „Dlaczego?” – spytała koleżanka. Fachowiec zaczął swój długi hydrauliczny wywód pełen specjalistycznych, skomplikowanych pojęć, znanych jemu, a zupełnie obcych mojej koleżance. Przekonywał o konieczności remontu przez kilka minut – wytłuszczył wszystkie argumenty dokładnie i w jego mniemaniu zupełnie jasno.

- Rikai dekimasen – przerwała mu koleżanka.
- Słucham?
- Jak pan zacznie mówić do mnie zrozumiale, to ja do pana też.

Hydraulik nie wiedział, że rozmawia z absolwentką japonistyki. „Rikai dekimasen” oznacza po japońsku „Nic nie rozumiem”.

W warsztatach samochodowych często czuję się jak moja koleżanka. Nie jestem fanem motoryzacji, podzielam pogląd jednego z moich uczelnianych wykładowców, który twierdził, że jest dla niego cudem, gdy samochód jedzie, kiedy koń go nie ciągnie. Mechanicy samochodowi jednak tego nie wiedzą i mówią do mnie o sworzniu wahacza. Specjaliści od instalacji sanitarnych tłumaczą, że problem jest z dopustem wody (który najbardziej kojarzy mi się z dopustem bożym). Gazownicy, księgowi, agenci ubezpieczeniowi, czasem nawet fryzjerzy – mam wrażenie, że wszystkim im zdarza się mówić do mnie po japońsku. Używają sformułowań, które w ich zawodowym świecie są w pełni zrozumiałe, a dla mnie brzmią

egzotycznie i obco. Mogę tylko domyślać się, o co chodzi. Czasem moje intuicje są trafne, prawdopodobnie częściej – zupełnie nie.

Ci wszyscy ludzie nie mają złej woli. Dotyka ich przypadłość nazywana „kłątwa wiedzy”, którą opisał Steven Pinker. To kanadyjsko-amerykański psycholog i językoznawca pracujący na Uniwersytecie Harvarda. Jego publikacje popularnonaukowe ukazują się w wielomilionowych nakładach. Wydaną w 2014 r. książkę „Piękny styl” poświęcił temu, jak komunikować się elegancko i zrozumiale. Opisał zjawiska, które w takiej komunikacji pomagają, a które stoją jej na drodze. Jedno z takich (stojących na przeszkodzie dobrej komunikacji) zjawisk to wspomniana przeze mnie kłątwa wiedzy. Cierpimy na nią, gdy nie potrafimy wyobrazić sobie, jak to jest, gdy ktoś nie wie tego, co wiemy my.

Oddajmy głos Pinkerowi:

„Kłątwa wiedzy najlepiej wyjaśnia, dlaczego dobrzy ludzie marnie piszą. Autorowi po prostu nie przychodzi do głowy, że czytelnicy nie wiedzą tego, co on – że nie opanowali języka jego cechu, że nie potrafią odgadnąć brakujących kroków, które autorowi wydają się zbyt oczywiste. (...) Dlatego piszący nie zadaje sobie trudu, żeby wyjaśnić żargon zawodowy, wyłożyć

logikę opisywanych zjawisk albo podać niezbędne szczegóły”.

Czy może być tak, że i w medycynie dotyka nas kłątwa wiedzy? Czy zdarza się, że cierpi na nią na przykład niejeden ortopeda, który próbuje tłumaczyć dermatologowi czy internistce problemy związane z protezoplastyką stawu kolanowego? A może i my, anestezjolodzy, rozmawiając z chirurgami czy laryngologami, uznajemy, że zupełnie

oczywiste jest, co oznacza, że zmienił tryb wentylacji z BiLevel na CPAP i że chory nie odpowiedział na manewr rekrutacyjny, za to CVVHDF Ci-Ca udało się zakończyć?

Co jeszcze ważniejsze i chyba bardziej prawdopodobne – może od kławy nie umiemy się uwolnić, gdy rozmawiamy z pacjentami bądź ich rodzinami? Czy wiemy, czego oni nie wiedzą?

Postanowiłem zrobić badanie.

”

**Można się
zaszyć na
odludziu, można
porzucić
praktykę
zawodową,
można wyjechać
za granicę.
Nie da się jednak
odlekarzyć
swojego mózgu**

Nobla za nie raczej nie wezmę – badanie było nierandomizowane, niezaślepię i niewielkie. Wyniki wydają mi się jednak na tyle istotne, że niniejszym publikuję je na łamach „Gazety Lekarskiej”. Napisałem do dziesięciorga znajomych, którzy nie mają wykształcenia medycznego. Grupa badana składała się z adwokátky, przedsiębiorczyni, programisty, właściciela agencji marketingowej, trojga reporterów, dziennikarki ekonomicznej, dyrektorki przedszkola, scenarzystki filmowej. Najmłodsza osoba miała trzydzieści cztery lata, najstarsza czterdzieści pięć. Wszyscy mieli wyższe wykształcenie. Wybrałem dziesięć medycznych wyrażań – laparoscopia, sedacja, obrzęk płuc, wentylacja, beta-bloker, neuroinfekcja, koronarografia, przytarczyce, ostry brzuch, angio-CT. Poprosiłem, żeby każdy i każda z pytanym odpowiedzieli, ile z tych wyrażań znają i rozumieją. Trochę martwiłem się, że test będzie zbyt prosty – wydawało mi się, że wybrane przeze mnie sformułowania są powszechnie zrozumiałe.

Oto liczba prawidłowych wskazań: 3/10, 6/10, 0/10 („niektóre słowa znam, ale co oznaczają – nie wiem”), 3/10, 6/10, 3/10, 5/10, 2/10, 4/10, 3/10.

Nikt nie wiedział, co to jest neuroinfekcja. Jedna osoba wiedziała, co to przytarczyce. Ci, którzy twierdzili, że wiedzą, czym jest obrzęk płuc, dopytywani zazwyczaj odpowiadali nieprawidłowo. Odpowiedzi, że laparoscopia „to jest chyba ten laser, co nim można wyciąć, nie tnąc jakoś bardzo” nie zaliczyłem. „Chyba mało jak na dziecko lekarza” – skomentowała jedna z pytanym osób. „Weź jeszcze poprawkę na to, że ludzie mówią, że wiedzą, ale faktycznie nie wiedzą” – prawdopodobnie słusznie zauważyła inna. Największą liczbę właściwych wskazań uzyskało słowo „wentylacja” – po pandemii COVID-19 taki wynik nie dziwi. Średnia poprawnych odpowiedzi wyniosła 3,5/10. Założyć więc mogę roboczo, że gdy mówię medycznym językiem do moich znajomych, to rozumieją oni co trzecie z wypowiedzianych przeze mnie słów. Pozostałe to

dla nich biały szum. Odpowiednik sworznia wahacza. Rikai dekimasen.

Cierpię więc na kłętą wiedzę, cierpi pewnie każdy i każda z nas, lekarzy i lekarek. Moją grupę badaną stanowiły osoby wykształcone, z dużym kapitałem kulturowym. W naszej pracy zawodowej tacy pacjenci nie są jedynymi. Być może ci gorzej wykształceni rozumieją z lekarskiego żargonu jeszcze mniej niż co trzecie słowo.

To nie nasza zła wola, że mówimy tak, jak mówimy – pisze Steven Pinker. Kłętą wiedzę jest naturalnym i powszechnym zjawiskiem psychologicznym, z którym jednak trzeba walczyć. „Jest groźna i podstępna. Niczym pijak, który jest zbyt odurzony, aby zdawać sobie sprawę, że nie może prowadzić samochodu, nie zauważamy tej kłętwy, ponieważ ona sama nam to uniemożliwia. Ta ślepotą przeszkadza nam w każdej akcji komunikacji” – czytamy w „Pięknym stylu”. Pinker pisze, że w przezwyciężeniu kłętwy nie działa tradycyjna rada, aby pamiętać o odbiorcy. Wykonując nasz zawód choćby przez kilka lat, przesiąkamy medycznym żargonem tak bardzo, że nie jesteśmy w stanie zwizualizować sobie tego, jak to jest tego żargonu nie znać. Pamiętam mój pierwszy wykład z anatomii na studiach lekarskich. Prof. Bogdan Cisek przyniósł na niego książkę telefoniczną. Powiedział, że po zakończeniu studiów będziemy znać tyle nowych słów, ile jest pozycji w tej książce. Mamy w głowie książkę telefoniczną, nasz niemiedyczny rozmówca jej nie ma. Nasz mózg tego stanu wyobrazić sobie nie potrafi. Jest jak kiszony ogórek, którego odkisić już nie sposób. Można się zaszyć na odludziu, można porzucić praktykę zawodową, można wyjechać za granicę. Nie da się jednak odlekarzyć swojego mózgu.

Pinker radzi: „Zaskakująco dużej części fachowego żargonu można pozbyć się bez żadnej szkody. Naukowiec, który zrezygnuje z pojęcia *mysi*

model na rzecz terminu *szczury i myszy*, nie będzie potrzebował więcej miejsca na stronie, a jego artykuł nie stanie się przez to mniej naukowy. Rozważania filozofów są równie ścisłe i rygorystyczne, kiedy ich autorzy rezygnują ze zwrotów łacińskich takich jak *nihil obstat*, *inter alia*”.

Autor zwraca uwagę na jeszcze jedno – czasem chodzi o to, żeby dodać sobie powagi: „Możemy mieć opory przed przejściem na zwyczajny język. W ten sposób moglibyśmy zdradzić pozostałym

członkom naszego klubu (czyli np. innym lekarzom – przyp. JS) straszliwą prawdę – że nadal jesteśmy żółtodziobami, nowicjuszami, początkującymi. A jeśli czytelnicy (czy pacjenci – przyp. JS) znają specjalistyczny język, to mogą odebrać nasze wyjaśnienia jako obraźliwe dla ich inteligencji. Wolimy narazić się na ryzyko, że zamieszcza czy-

telnikom w głowach, ale przynajmniej będziemy sprawiali wrażenie wyrafinowanych ekspertów, niż tłumaczyć im sprawy oczywiste, wychodząc na ludzi naiwnych bądź traktujących innych z góry”.

Zakładać, że rozmówca wie raczej za mało niż za dużo – oto rada, z którą zostawia nas Steven Pinker. Duża część lekarskiej pracy to rozmawianie z ludźmi – tłumaczenie tym, którzy nie mają naszej wiedzy, meandrów ludzkiej fizjologii i chorobowości. To również przekazywanie pacjentom zaleceń, a przecież chcielibyśmy, żeby przestrzegali ich rzetelnie i dokładnie. Jeśli chcemy więc nasz zawód wykonywać skuteczniej, powinniśmy przyznać – każdego i każdą z nas dotyka kłętą wiedzę. Do ludzi musimy więc mówić prosto. Jeszcze prościej. Najprościej jak się da. ■■■

Napisz do autora:
sieczko.gazetalekarska@gmail.com

”

**Do ludzi
musimy mówić
prosto. Jeszcze
prościej.
Najprościej
jak się da**



Jak wrócić zdrowym Z DALEKIEGO WYJAZDU?

Metodą małych kroków chcemy zwiększyć wykrywalność chorób zawlekanych przez polskich podróżnych z krajów o odmiennych warunkach klimatycznych i sanitarnych – mówi prof. **Krzysztof Korzeniewski**, prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Morskiej, Tropikalnej i Podróży, w rozmowie ze Sławomirem Zagórskim.

Co dziś jest największym zagrożeniem medycznym, przed którym staje turysta z Polski wybierający się w daleką podróż?

Każda podróż, bez względu na pokonywaną odległość, jest determinowana czterema grupami czynników ryzyka, które są istotne z punktu widzenia potencjalnych zagrożeń zdrowotnych.

Pierwsza, na którą najczęściej zwracamy uwagę w gabinetach medycyny podróży, to endemiczne lub epidemiczne występowanie chorób infekcyjnych i inwazyjnych w miejscach planowanych destynacji.

Druga, bezpośrednio związana z pierwszą, to zaniechanie odpowiednich działań profilaktycznych. Jeśli nie przyjemy szczepień ochronnych przeciw chorobom zakaźnym występującym w regionach, do których podróżujemy, jeśli nie zastosujemy chemioprophylaktyki przeciw malarzyczej oraz środków profilaktycznych przeciw chorobom transmisyjnym (przenoszonym przez owady), takich jak repelenty, moskitiery, właściwie noszone ubrania, w znaczący sposób zwiększymy ryzyko zachorowania.

Trzecia grupa to planowane czynności podczas podróży. Osoby korzystające z biernego wypoczynku przy hotelowym basenie lub na plaży są zagrożone – przy braku działań profilaktycznych – zazwyczaj na oparzenia lub udar słoneczny. Ale podróżni uprawiający sporty ekstremalne, takie jak nurkowanie, wspinaczka wysokogórska, eksploracja jaskiń, są już obciążeni w znaczącym stopniu, także przy braku działań profilaktycznych, nie tylko pogorszeniem stanu zdrowia, lecz również utratą życia.

I wreszcie ostatnia, czwarta, grupa, o której bardzo często zapominają lekarze przyjmujący pacjentów zgłaszających się po poradę przed wyjazdem, a więc ogólny stan zdrowia podróżujących. Zwłaszcza osoby obciążone wielochorobowością, kobiety ciężarne i małe dzieci, które nie mają jeszcze w pełni rozwiniętego układu immunologicznego i układu termoregulacji, powinny być odpowiednio przygotowane pod względem działań prewencyjnych przed planowaną podróżą.

Najbardziej niebezpieczne miejsca na świecie należy rozpatrywać w kilku aspektach. Największym ryzykiem niewątpliwie są obciążone kraje, gdzie trwają działania wojenne – Ukraina, Sudan, Syria. Jeszcze dekadę temu na świecie funkcjonowała turystyka wojenna. Niektórym być może trudno w to uwierzyć, ale funkcjonowały agencje, które organizowały wyjazdy do Afganistanu i Iraku dla spragnionych adrenaliny w czasie pobytu w rejonach ogarniętych konfliktem zbrojnym.

Jako wieloletni uczestnik operacji wojсковych w Azji Środkowej, na Bliskim Wschodzie i w Afryce Subsaharyjskiej z nieklamany „podziwem” zapoznawałem się z informacjami o patocelebrytach szukających tego typu wrażeń.

Kolejne niebezpieczne miejsca to rejony o trudnych warunkach środowiskowych, takich jak pustynie (Sahara), dżungle (Amazonia), głębiny wodne czy wysokie góry, które są eksplorowane przez coraz większe rzesze miłośników sportów ekstremalnych. Jeśli są to osoby profesjonalnie przygotowane do występujących warunków (temperatura, wilgotność, ciśnienie atmosferyczne, niebezpieczna fauna i flora), eksploracja świata staje się przyjemnością. Jeśli natomiast słyszy się o tabunach amatorów stojących w strefie śmierci na wysokości ponad 8000 m n.p.m., czekających w kolejce na wejście na szczyt Mount Everestu, człowiek

Najczęstszą chorobą zakaźną występującą wśród podróżnych, której można zapobiec przez szczepienia, jest wirusowe zapalenie wątroby typu A

zaczyna się zastanawiać, gdzie znajduje się kres ludzkiej głupoty.

Oczywiście, najczęściej niebezpieczne miejsca w aspekcie medycyny podróży utożsamiamy z chorobami infekcyjnymi i inwazyjnymi, występującymi powszechnie wśród ludności miejscowej krajów, do których podróżujemy. Ostatnie trzy lata pandemii COVID-19 pokazały, że świat stał się globalną wioską i przy dużej intensywności międzynarodowego ruchu podróżnych praktycznie każdy zakątek Ziemi może stanowić zagrożenie.

❗ Czy te zagrożenia zmieniają się w czasie? Np. jakiś czas temu najbardziej baliśmy się choroby X, a dziś raczej obawiamy się Y?

Oczywiście, sytuacja epidemiologiczna na świecie zmienia się bardzo dynamicznie. Dlatego lekarze przyjmujący pacjentów w gabinetach medycyny podróży powinni na bieżąco śledzić zachorowalność w poszczególnych krajach i regionach świata. Skoro 95 proc. przypadków malarii występuje obecnie w Afryce, należy być zaznajomionym z aktualnymi rejonami transmisji tej choroby na innych kontynentach, żeby niepotrzebnie nie obciążać pacjentów chemioprophylaktyką przeciwmalaryczną. Jeśli wybuchają epidemie cholery, należy w czasie rzeczywistym monitorować ich przebieg, co w czasach powszechnego dostępu do profesjonalnych portali epidemiologicznych nie jest zbyt skomplikowane.

Tzw. choroba X (według definicji WHO), którą od 2020 r. był COVID-19, w przyszłości zostanie zastąpiona przez kolejną chorobę o potencjale pandemicznym. Jednym z kandydatów jest obecnie choroba Nipah występująca w Azji Południowej. WHO i CDC nie zastanawiają się czy, tylko kiedy dojdzie do wybuchu kolejnej ogólnoświatowej pandemii. Początkowo szacowano cyrkulację co 10 lat (SARS w 2002 r., MERS w 2012 r.), ale COVID-19

pojawił się o dwa lata wcześniej, niż zakładano. Obecnie ocenia się, że już w 2030 r. może zaskoczyć nas kolejna choroba X.

❗ Przed jakimi chorobami możemy się zabezpieczyć, szczepiąc się przed wyjazdem?

Z punktu widzenia medycyny podróży jest kilkanaście chorób zakaźnych, przed którymi możemy się zabezpieczyć, stosując szczepienia ochronne.

Najczęstszą chorobą zakaźną występującą wśród międzynarodowych podróżnych, której można zapobiec przez szczepienia, jest wirusowe zapalenie wątroby typu A. Szczepieniem obowiązkowym przed wyjazdem do 42 krajów świata w Afryce i Ameryce Południowej jest wakcynacja przeciw żółtej gorączce. Dla muzułmanów udających się na pielgrzymkę do Mekki w Arabii Saudyjskiej status obowiązkowego ma szczepienie przeciw zakażeniom meningokokowym A, C, W-135, Y. Mieszkańcy oraz rezydenci powyżej czterech tygodni w krajach, w których występują endemiczne przypadki zakażeń dzikim szczepem wirusa polio (Afganistan, Pakistan), są zobligowani do obowiązkowego szczepienia przeciw poliomyelitis.

Kolejne szczepionki mają status zalecanych. Wśród nich najczęściej w gabinetach medycyny podróży stosowana jest immunoprofilaktyka przeciw durowi brzuszному, wściekliźnie, cholercie, tężcowi/błonicy/krztuścowi, WZW typu B, japońskiemu zapaleniu mózgu i wreszcie kleszczowemu zapaleniu mózgu. Należy pamiętać, że mamy do dyspozycji szczepienia ochronne przeciw kilkunastu jednostkom chorobowym. Natomiast z punktu widzenia zdrowia międzynarodowego na świecie występują endemicznie dziesiątki innych chorób zakaźnych i pasożytniczych, przeciw którym pozostaje stosowanie podstawowych zasad profilaktyki zdrowotnej oraz zdrowy rozsądek.

❗ Jeśli zamierzamy się szczepić przed wyjazdem, kiedy powinniśmy to zrobić?

Wizyta w gabinecie medycyny podróży powinna nastąpić na 4-6 tygodni przed planowanym wyjazdem, aby zdążyć przyjąć wszystkie niezbędne dawki (niektóre wymagają powtórzeń w ramach cyklu podstawowego) oraz żeby nastąpiła produkcja przeciwciał dająca wymagany efekt ochronny przed rozpoczęciem podróży.

Osoby, które w przeszłości przyjmowały dawki szczepionek przeciw niektórym chorobom zakaźnym, powinny w oparciu

o obowiązujący terminarz poddać się szczepieniom dawkami przypominającymi. Niestety, wielu podróżnych udaje się po poradę lekarską w ostatniej chwili przed wyjazdem, co powoduje, że zapewnienie prawidłowej immunoprofilaktyki nie jest możliwe.

Na wiele chorób nie ma szczepionek. Czy warto proponować podróżnikom przed wyjazdem zakup jakichś leków? Jakich?

W ramach wizyty w gabinecie medycyny podróży lekarz powinien zaproponować pacjentowi skompletowanie tzw. apteczki podróży, gdzie oprócz środków dezynfekcyjnych, materiałów opatrunkowych, leków przyjmowanych z powodu chorób przewlekłych, powinna pojawić się lista określonych farmaceutyków. Najczęściej zaleca się zabranie ze sobą leków w ramach chemioprophylaktyki przeciwmalarycznej (jeśli w planowanej destynacji występuje malaria), przeciwbiegunkowej, środków przeciwbólowych, rozkurczowych, przeciwalergicznym, a także leków w zależności od możliwych czynników ryzyka (profilaktyka ostrej choroby wysokogórskiej, profilaktyka przeciwzaskrzepowa). Do tego dochodzą również repelenty (środki odstraszające owady), kremy z filtrem przeciwsłonecznym, itp.

Jakie błędy najczęściej popełniają podróżni, które mogą spowodować u nich wystąpienie problemów zdrowotnych?

Podstawowym czynnikiem ryzyka, z którym mają najczęściej do czynienia podróżni, łamiąc zasady profilaktyki zdrowotnej w miejscach o niskich standardach sanitarnych, jest konsumpcja żywności i napojów na lokalnym rynku (street food), czego efektem są zaburzenia żołądkowo-jelitowe.

Niestosowanie kremów z filtrem przeciwsłonecznym skutkuje częstymi oparzeniami skóry. Nieumiejętne korzystanie z klimatyzacji jest przyczyną stanów zapalnych dróg oddechowych. Brak obuwia (kłapki) na plażach zanieczyszczonych odchodami zwierząt prowadzi do zmian skórnych na stopach (skórna larwa wędrująca). Przygodne kontakty seksualne prowadzą do zakażeń przenoszonych drogą płciową.

Czy z Pana doświadczenia wynika, że Polacy stosunkowo często zapadają na zdrowiu w trakcie dalekich podróży? Czy też raczej wiedzą, jak się zachowywać, i procent tych, którzy chorują na wyjazdach, jest nieznaczny?

Polacy nie odbiegają od średniej obserwowanej wśród międzynarodowych podróżnych. Szacuje się, że 15-70 proc. podróżnych z krajów rozwiniętych wyjeżdżających do krajów o uciążliwych warunkach środowiskowych uskarża się na problemy zdrowotne o różnym nasileniu objawów. W większości są to schorzenia o łagodnym i krótkotrwałym przebiegu, do których zaliczamy odczyny po ukłuciach owadów, oparzenia słoneczne, ostre bie-

Ocenia się, że już w 2030 r. może zaskoczyć nas kolejna choroba X o potencjale pandemicznym. W 2020 r. był nią COVID-19

gunki (biegunka podróży), stany zapalne górnych dróg oddechowych.

Niestety, są również osoby, u których proces chorobowy utrzymuje się przewlekłe, również po powrocie z podróży do kraju. Wówczas mamy najczęściej do czynienia z biegunkami o etiologii pasożytnej lub bakteryjnej oraz z gorączkami niewiadomego pochodzenia, które mogą mieć podłoże infekcyjne i nieinfekcyjne.

O czym najczęściej podróżnicy nie wiedzą, a to by im się w kontekście zdrowia przydało?

We współczesnym, z informatyzowanym świecie nie ma mowy o braku dostępu do wiedzy. Brak wiedzy zastępuje często lenistwo intelektualne lub ignorancja, a na to my, lekarze, często nie mamy już wpływu.

W mojej praktyce zawodowej mam cały przekrój pacjentów. Są osoby bardzo dobrze zorientowane i przygotowane, które ogranicza jedynie brak możliwości wypisania sobie leków i podania szczepionek. Są osoby zorientowane, ale przestraszone wyjazdem w nieznane (np. pierwszy raz poza kontynent europejski), które przyjmują wszystko, co im lekarz zaleci. Niestety, dużą grupę stanowią pacjenci, którzy są kompletnie nieprzygotowani do wizyty i rozmowy z lekarzem. Dotyczy to zwłaszcza osób wyjeżdżających z biurem podróży, którego pracownicy nie informują o potencjalnych zagrożeniach

zdrowotnych, ponieważ zazwyczaj nie mają takiej wiedzy. Ci pacjenci nie mają przy sobie nawet rozpisanej trasy planowanej wycieczki. Wiedzą tylko, że lecą do Kenii lub Tanzanii, lub Tajlandii i w związku z tym chcieliby się zaszczepić.

W moim gabinecie mam zawieszoną mapę polityczną świata oraz tablicę z mapami endemicznymi chorób na świecie. Najpierw staję z pacjentem przy pierwszej mapie (jak z uczniem na lekcji geografii) i proszę o wymienienie nazw miejscowości, przez które będzie podróżował. Tu pojawiają się pierwsze schody i przychodzi czas na wytłumaczenie, że dopóki nie będę znał dokładnej trasy podróży, nie będę w stanie zaproponować optymalnej chemio- i immunoprofilaktyki.

Następnie przenosimy się na mapy endemicznego występowania chorób. Na ich podstawie pacjent dowiadytuje się, jakie są obowiązkowe lub zalecane szczepienia ochronne i ewentualna chemioprophylaktyka przeciwmalaryczna. Dopiero w kolejnym etapie przechodzimy do właściwej części wizyty lekarskiej, czyli badania podmiotowego i przedmiotowego.

Z jakimi problemami zdrowotnymi trafiają do Pana pacjenci po podróży?

Dominują cztery grupy schorzeń, które stanowią ponad 80 proc. wszystkich problemów zdrowotnych występujących u pacjentów po powrocie z podróży.

Są to przede wszystkim zaburzenia żołądkowo-jelitowe pod postacią ostrych lub przewlekłych biegunk. W dalszej kolejności występują stany zapalne dróg oddechowych, które zazwyczaj są zaopatrywane przez podróżnych we własnym zakresie lub u lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, a także zmiany skórne, najczęściej odczyny alergiczne po ukłuciach owadów, jak również odczyny fototoksyczne lub fotoalergiczne po stosowaniu środków kosmetycznych i działaniu światła słonecznego. Pojawiają się również pacjenci ze zmianami skórnymi w przebiegu skórnej larwy wędrującej, w ostatnim okresie zwłaszcza po powrocie z Zanzibaru.

Najtrudniejszą grupą schorzeń do diagnostyki są stany gorączkowe niewiadomego pochodzenia. Często nie udaje się ustalić przyczyny podwyższonej ciepłoty ciała u pacjenta. Oczywiście, podróżni wracający z podróży do strefy tropikalnej lub subtropikalnej w pierwszej kolejności powinni być diagnozowani w kierunku malarii i zakażeń arbowirusowych (denga,



W gabinecie mam zawieszoną mapę polityczną świata oraz tablicę z mapami endemicznymi chorób. Najpierw staję z pacjentem przy pierwszej mapie (jak z uczniem na lekcji geografii) i proszę o wymienienie nazw miejscowości, przez które będzie podróżował. Tu pojawiają się pierwsze schody – mówi prof. Krzysztof Korzeniewski

chikungunya, zika). Ale jest również długa lista innych chorób infekcyjnych i inwazyjnych przebiegających z gorączką, które należy uwzględnić w procesie diagnostycznym.

Niestety, wiele jednostek chorobowych w naszym kraju nie jest rejestrowanych w systemie z prozaicznego powodu. W Polsce nie ma systemu nadzoru epidemiologicznego dotyczącego monitorowania pacjentów z problemami zdrowotnymi po powrocie z podróży. Każda z placówek medycznych w kraju raportuje tylko te choroby, które podlegają obowiązkowi zgłaszania do Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Przy słabo rozwiniętej diagnostyce

chorób tropikalnych wiele schorzeń może nie być rozpoznawanych.

■ Wystarczy spojrzeć na meldunki epidemiologiczne realizowane przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH-PIB dla Głównego Inspektora Sanitarnego. Przy setkach tysięcy Polaków wyjeżdżających do krajów strefy klimatu gorącego w 2022 r. wykryto tylko 26 przypadków dengi i 26 przypadków malarii. W tym samym okresie raportowano ponad 4,7 miliona zachorowań na grypę i podejrzenia grypy. Ile ze stanów gorączkowych pacjentów wracających z tropików i zgłaszających się po poradę do gabinetów podstawowej opieki zdrowotnej mogło zostać zarejestrowanych jako podejrzenie grypy?

Tego nie jesteśmy w stanie określić. Polskie Towarzystwo Medycyny Morskiej, Tropikalnej i Podróży działające przy Instytucie Medycyny Morskiej i Tropikalnej w Gdyni powołało do życia Krajową Sieć Ośrodków Medycyny Podróży. Certyfikowane ośrodki medycyny podróży mają za zadanie prawidłowo przygotować podróżnych do wyjazdu, jak również zaproponować właściwy proces diagnostyczno-terapeutyczny u pacjentów z problemami zdrowotnymi po powrocie z podróży. Metodą małych kroków chcemy zwiększyć wykrywalność chorób zalewanych przez polskich podróżnych z krajów o odmiennych warunkach klimatycznych i sanitarnych. Czas pokaże, czy nasze starania poszły w dobrym kierunku.

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

PROF. KRZYSZTOF KORZENIEWSKI

prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Morskiej, Tropikalnej i Podróży, kierownik Zakładu Epidemiologii i Medycyny Tropikalnej w Gdyni, profesor Wojskowego Instytutu Medycznego – Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie, profesor Instytutu Medycyny Morskiej i Tropikalnej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Przyjmuje pacjentów w Uniwersyteckim Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej w Gdyni. Autor strony www.medycynatropikalna.pl dla osób podróżujących oraz książek dla lekarzy na temat medycyny podróży

Ultrasonograf TO STETOSKOP XXI WIEKU

Do wykonywania USG jak do używania stetoskopu wystarczy prawo wykonywania zawodu. To pierwsze jest jednak bardziej skomplikowane – mówi dr n. med. **Małgorzata Serafin-Król**, prezes Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego, w rozmowie z Lucyną Krysiak.

Co zdecydowało o tym, że USG stało się dziś tak powszechnym badaniem obrazowania narządów?

Łatwa dostępność do ultrasonografów i technika – jest to fala mechaniczna emitująca ultradźwięki – która jest bezpieczna dla pacjenta i wykonującego badanie. Nie obciąża ich napromieniowaniem, z czym mamy do czynienia w radiologii, nie ma więc przeciwwskazań do częstego powtarzania USG, np. w przypadku konieczności monitorowania przebiegu choroby, ciąży czy śródoperacyjnej oceny stanu narządów. Nie ma też przeciwwskazań do wykonywania USG małym dzieciom. Wprawdzie lekarz wykonujący badanie ultrasonograficzne jest narażony na dolegliwości związane z wymuszoną pozycją, którą przyjmuje podczas badania, ale to nie to samo co zagrożenie ekspozycją na promieniowanie przy niektórych bezpośrednich procedurach w tomografii komputerowej czy w klasycznej radiologii. Można więc powiedzieć, że ultrasonografia stała się stetoskopem XXI wieku i tak jak stetoskop jest potrzebna wszędzie. Lekarz na co dzień nie rozstaje się ze swoim stetoskopem i to jest jego znak rozpoznawczy. Znakiem rozpoznawczym każdej przychodni – zarówno podstawowej opieki zdrowotnej, jak i specjalistycznej



– powinna być aparatura USG. W niemieckich szpitalach aparaty USG stoją na każdym oddziale i kiedy tylko jest taka potrzeba, po prostu się z nich korzysta bez ograniczeń. Podobnie jest w poradniach. Poza tym obecnie mamy możliwość również noszenia aparatu ultrasonograficznego przy sobie, w kieszeni, w postaci głowicy łączącej się z telefonem czy tabletem.

Badanie ultrasonograficzne najczęściej kojarzymy z badaniem jamy brzusznej, ale ta metoda obrazowania narządów jest stosowana w wielu specjalnościach. Jakich?

W zasadzie nie ma specjalności, w której nie wykorzystuje się aparatury USG. Wyjątkiem jest patomorfologia, która nie wykorzystuje w diagnostyce badań obrazowych. No i psychiatria. Najwięcej badań wykonywanych w podstawowej opiece zdrowotnej dotyczy jamy brzusznej, może dlatego USG kojarzy nam się z obrazowaniem narządów usytuowanych w jamie brzusznej. Jednak ultrasonografy mogą być różne. Wprawdzie zarówno ogólna zasada działania tej aparatury, jak i podstawowe elementy są takie same, jednak możliwość zastosowania różnego oprogramowania i różnego typu głowic pozwala na obrazowanie różnych narządów. Dysponujemy więc coraz bardziej wyrafinowanymi aparatami umożliwiającymi różne wysokospecjalistyczne badania.

A badania śródoperacyjne?

Badania USG śródoperacyjne wykonywałam we współpracy z neurochirurgami już wiele lat temu, kiedy chodziło np. o dokładne zlokalizowanie guza podczas operacji. Dziś na salach operacyjnych dysponujemy różnego rodzaju sprzętami pomagającymi w nawigacji i systemami fuzji obrazów z różnych technik, ale ultrasonografia wciąż jest nieocenionym narzędziem właśnie dlatego, że pozwala na bezpieczną i dokładną ocenę operowanej okolicy i narządów. Są pewne zabiegi, np. ortopedyczne czy kardiologiczne, gdzie za pomocą USG monitorujemy przebieg operacji. Metoda jest bezpieczna, nie powoduje skutków ubocznych i do tej pory nie stwierdzono jej niekorzystnego działania przy stosowanych powszechnie badaniach. Biorąc pod uwagę zjawiska fizyczne, które występują przy ekspozycji tkanek na falę ultradźwiękową, istnieje potencjalna możliwość ich działania niekorzystnego. W pierwszej kolejności jest to efekt wytwarzania ciepła, w dalszej również możliwość wystąpienia zjawiska tzw. kawitacji, tworzenia pęcherzyków gazu w tkankach. Wystąpienie niekorzystnych zjawisk zależy od zastosowanej energii ultradźwięków i czasu ekspozycji. Wiemy, że stosowanie technik dopplerowskich zwiększa energię wiązki ultradźwiękowej i tu głównie uwagę zwracamy na badanie pacjentek w pierwszym trymestrze ciąży. Opracowano wytyczne dotyczące



zasad bezpieczeństwa i widać, że są one przestrzegane, ponieważ dotychczas nie odnotowano w fachowej literaturze przypadków zdarzeń niepożądanych, mimo że badań USG przeprowadza się setki tysięcy.

Kto może wykonywać i opisywać badania USG?

Opis z diagnozą może wydać wyłącznie lekarz. Jako badanie wspierające podstawową pracę wykonują je również fizjoterapeuci i ratownicy medyczni. W tej metodzie nie ma możliwości, aby aparat sam badał na podstawie ustalonego protokołu, jak w tomografii komputerowej i rezonansie magnetycznym, a później lekarz, analizując wynik, na tej podstawie przygotowywał opis. Tutaj sytuacja jest dynamiczna, lekarz często „szuka” zmiany w badanym narządzie, odkrywa różnego rodzaju anomalie w jego okolicach i musi wykazać się w tych poszukiwaniach dociekliwością. Winien pacjentowi poświęcić czas, gdyż tutaj wszystko odbywa się jednocześnie – badanie, diagnoza i opis. Potrzebne są cierpliwość i indywidualne podejście do badanego i jego problemów zdrowotnych oraz współpraca z pacjentem, który w trakcie badania często wykonuje polecenia, np. nabrać czy wypuścić powietrze, a także odpowiada na zadawane mu pytania dotyczące np. bólu badanej

Bolączką polskiej ultrasonografii jest brak refundacji środków kontrastowych, przez co wielu badań po prostu nie wykonujemy

okolicy. Wraz z wejściem sztucznej inteligencji w niektórych czynnościach będzie można wyręczyć lekarza, np. w pomiarach poszczególnych struktur i ich dokumentowaniu, ale samo badanie powinno być przeprowadzane w bezpośrednim kontakcie lekarza z pacjentem.

Jak zdobywa się tego rodzaju uprawnienia i czy są one weryfikowane?

Jak już wspomniałam, badania USG mogą przeprowadzać i opisywać wyłącznie lekarze posiadający prawo wykonywania zawodu, ponieważ nie ma specjalizacji medycznej poświęconej diagnostyce ultrasonograficznej, dającej tego rodzaju uprawnienia. Ponieważ traktujemy USG jak stetoskop XXI wieku, a stetoskopem tradycyjnym może i powinien umieć posługiwać się każdy lekarz, do wykonywania

USG wystarczy mieć prawo do wykonywania zawodu. Jest to jednak stetoskop bardziej skomplikowany od tradycyjnego, potrzebne są więc dodatkowe umiejętności wymagające odpowiedniego szkolenia. Polskie Towarzystwo Ultrasonograficzne od ponad 20 lat posiada opracowany program kształcenia i certyfikacji umiejętności badań ultrasonograficznych w różnych zakresach, a także system egzaminowania lekarzy. Jest to dwustopniowe szkolenie – test oraz egzamin praktyczny – kończące się certyfikatem. Na rynku istnieją różne ośrodki kształcące lekarzy w diagnostyce ultrasonograficznej, które posiadają akredytację Towarzystwa i działają pod jego patronatem. Są również opracowane standardy badań USG, jednak sytuacja się zmienia i obecnie jesteśmy w trakcie ich uaktualniania, uwzględniając również bieżące rekomendacje Europejskiego i Amerykańskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego. PTU rozpoczęło też specjalny program szkoleń dotyczących badań USG dla studentów medycyny, ukierunkowanych na studentów starszych lat (IV-VI rok). Chodzi o to, aby kończąc studia, posiadali oni podstawową umiejętność posługiwania się „stetoskopem USG”. Zainteresowanie tymi szkoleniami jest bardzo duże.

Co jest największą bolączką polskiej ultrasonografii?

Brak refundacji środków kontrastowych, przez co wielu badań po prostu nie wykonujemy. Kontrast stosowany w USG jest całkowicie bezpieczny, nie powoduje żadnych skutków ubocznych, a w wielu chorobach znacząco poprawia diagnostykę, szczególnie u pacjentów ciężko chorych z przeciwwskazaniem do podania kontrastów radiologicznych. Skuteczność diagnostyki z kontrastem, np. w guzach wątroby, jest porównywalna do badania rezonansem magnetycznym i tomografem komputerowym, a nawet lepsza. Są pewne guzy, gdzie po podaniu kontrastu możemy ultrasonograficznie określić ich typ, czego nie zrobi żaden tomograf czy rezonans. Badanie USG z kontrastem pozwala też zobaczyć więcej przy

przerzutach w chorobach nowotworowych. PTU zabiega o refundację kontrastu, wniosek w tej sprawie, złożony w Ministerstwie Zdrowia, leży już półtora roku. Zależy nam na tej refundacji choćby w przypadku badania wątroby, ale wskazań do badań USG z kontrastem jest więcej, to np. urazy. Dzięki kontrastowi wyraźnie widać także guzy nerek, trzustki, z rozróżnieniem, czy mamy do czynienia z torbielą, czy guzem. Warto wspomnieć, że dysponujemy już ultrasonografią endoskopową, którą stosujemy m.in. do badań żołądka czy trzustki od strony tego narządu, co daje bardzo dokładny jego obraz. Z drugiej strony za pomocą najprostszyc aparatów możliwa jest ocena płuc, co jeszcze kilkanaście lat temu z powodu obecności powietrza wydawało się niemożliwe. Obecnie dobrze wiemy, że diagnostyka ultrasonograficzna płuc jest przydatna na co dzień. Tak naprawdę to COVID-19 wypromował badania USG płuc i to jedna z nielicznych korzyści wynikających z tej pandemii. Trzeba podkreślić, że badanie ultrasonograficzne charakteryzuje się dużą rozdzielczością obrazu, w niektórych przypadkach większą od rezonansu magnetycznego. Dotyczy to szczególnie badania nerwów obwodowych. Obraz

USG jest dokładniejszy, można więc z dużą precyzją ocenić stopień uszkodzenia pourazowego nerwu i podjąć właściwe decyzje dotyczące leczenia, np. szycie czy przeszczep.

Skoro badanie USG jest tak powszechne jak stetoskop, to dlaczego trzeba czekać na nie w kolejce?

W każdej przychodni POZ jest możliwość wykonania badania USG, ale z uwagi na sposób refundowania tego rodzaju usług

rzadziej niż powinno wystawia się na nie skierowania i je wykonuje. Dzieje się tak, ponieważ koszt badania jest wrzucony w ogólny pakiet badań diagnostycznych dla danego pacjenta. Przy tym sposobie finansowania z perspektywy interesów POZ wykonywanie badań USG po prostu się nie opłaca, mimo że koszt eks-

ploatacji urządzenia nie jest wysoki. Od dawna wnioskuje się o to, aby badania USG były refundowane przez NFZ osobno. Wówczas byłyby jasne kryteria co do zasadności zlecenia takich badań i poniesionych kosztów. Obecnie lekarzy z certyfikatami PTU jest około tysiąca, a wykonujących badania o wiele więcej.

Kiedy badanie USG wymaga pogłębionej diagnostyki?

Posługujemy się określonymi wytycznymi i procedurami, które musimy spełniać. Zgodnie z nimi w wielu przypadkach USG nie może być badaniem ostatecznym, musi być zweryfikowane innymi badaniami. W przypadku nowotworów pacjent zawsze podlega takiej weryfikacji, ale są zmiany (np. drobne guzki w opuszcze palca), które trudno zweryfikować i badanie USG jest tym jedynym. Jeśli mamy do czynienia z urazami, szczególnie dużymi, ortopedycznymi, metodą weryfikującą jest tomografia komputerowa lub magnetyczny rezonans, ale wszystko zależy od sytuacji klinicznej, do której dobiera się technikę badania.

Zdarza się, że wynik badania ultrasonograficznego nie pokrywa się z wynikiem badania tomografem czy rezonansem. Z czego wynikają

te różnice i czy są one następstwem błędu ludzkiego?

Myślę, że mniej w tym błędu ludzkiego, a więcej niedoskonałości metody diagnostycznej. Są patologie, których nie sposób do końca ocenić nawet tomografią komputerową czy rezonansem magnetycznym. Szuka się więc innych możliwości pozwalających zweryfikować wynik. Najczęściej dotyczy to przerzutów nowotworowych, szczególnie do wątroby, które w jednym badaniu są dobrze widoczne, a w innym nie. Są pewne zmiany ogniska guza, których nie wykryje ultrasonografia, ale widać je w tomografii lub rezonansie. Są możliwości nałożenia obrazu USG na obraz tomografii lub rezonansu i wykonania nakłucia pod kontrolą obrazu USG. Oczywiście badania wykonują osoby mniej lub bardziej doświadczone, w tomografii lub rezonansie wynik można skonsultować z innymi osobami i zweryfikować, a w USG lekarz musi sam wziąć do ręki głowicę i w razie niepewnego wyniku powtórzyć badanie i poświęcić pacjentowi więcej czasu. Na pewno jednak należy wszystkie metody traktować jako uzupełniające, zaczynając od tych najprostszyc i bezpiecznych.

Jaka przyszłość czeka ultrasonografię? Mówi się już o ultrasonografach kieszonkowych z aplikacją na telefon komórkowy...

Perspektywy, a nawet rzeczywistość, są obiecujące, ponieważ mamy już aparaty USG w postaci głowicy, którą można nosić w kieszeni. Czekamy jedynie na jak najlepszą jakość obrazu w tego typu aparatach. Ultrasonografia wchodzi też w działkę terapeutyczną, monitorując obecność podanego dożylnie preparatu w strukturze docelowej lub dodatkowo za pomocą zogniskowanej fali ultradźwiękowej preparat jest uwalniany w miejscu przeznaczenia. Jest to tzw. terapia celowana. Metoda ma być stosowana m.in. w chorobach ośrodkowego układu nerwowego i wszędzie tam, gdzie jest trudny dostęp do zmiany i nie można jej poddać leczeniu tradycyjnymi metodami.

PTU jest zrzeszone w Europejskiej Federacji Towarzystw Ultrasonograficznych w Medycynie i Biologii. Co wnosi ta przynależność?

Prestiż, dzielenie się wiedzą i doświadczeniem, wspólne szkolenia, ale też czynne uczestnictwo w tworzeniu nowych rekomendacji, dostosowanie ich do zmieniających się rodzimych realiów. ■■■

PRZYCHODZI FARMACEUTA DO LEKARZA

Co w aptece sygnalizuje końcówkę roku szkolnego i nadchodzące wakacje? Nasilenie zakupów aviomarinu lub innych środków rzekomo łagodzących objawy choroby lokomocyjnej.

Rodzice, głównie mamy, o czekającej podróży przeważnie przypominają sobie dzień przed wyjazdem - wieczorem. Gdy miejscowość lub apteka jest mała, a wiele matek nagle zechce kupić powyższe preparaty, zaczyna się robić nerwowo. Zapas, który starczał na miesiące, znika w godzinę. Oczywiście, winni są farmaceuci, którzy nie przewidzieli szkolnej wycieczki autobusem.

Kolejny problem, raczej w innym mieście, jest następnego dnia lub także w kolejnych. Wymioty lub biegunki! Zabrane w podróż cola, chipsy, owoce, a czasem utrudniona możliwość umycia rąk lub brak nawyków higienicznych, robią swoje. A tu obce miasto, obca apteka, bo pomijając stany naprawdę ostre, SOR jest raczej omijany.

Skutkiem tego są próby wymuszenia sprzedaży leków przeciwwymiotnych oraz nifuroksazydu RX - w zawieszynie. Pół biedy, gdy tłumaczenie opiekunom, że nie tędy droga, przynosi efekty. Gorzej, gdy nadmierna opiekuńczość ewoluuje w kierunku wywołania scysji w aptece. Niedawno w zbliżonej sytuacji mój kolega farmaceuta został przez pacjentkę oskarżony o brak empatii. Na razie tylko przez telefon. Mnie też spotkała wątpliwa przyjemność bycia obwinionym za... koszt wizyty w prywatnym gabinecie lekarskim oraz utrudniony dostęp do opieki specjalistycznej na koszt NFZ. Dlaczego? Bo TEŻ noszę białą



Mariusz Politowicz

członek Naczelnej Rady Aptekarskiej

SKĄD PAN WZIĄŁ TE LEKI

fartuch, a oprócz tego sprzedają różne tabletki.

Węgiel medyczny jest mało popularny. Gdybyż tylko nie był czarny oraz możliwy do przyjęcia w jednej jedynej kapsułce... Ups! Jest taki: w mikrodawce. Zarejestrowany jako... suplement diety. Diety? Węgiel jako żywność?

Owszem. Kreatywność wynajętych przez producentów piarowców jest nieograniczona. Zwłaszcza faktami i logiką.

Wspólnie pomyślmy, co od pacjenta lub jego opiekunów usłyszysz lekarz? A usłyszysz, bo tego typu „samoleczenie” jest farsą, która musi mieć negatywne konsekwencje zdrowotne. Lekarz może usłyszeć, że użyte leki (?) zakupiono w aptece, a nawet, że tam je polecono. Cóż, jak mawia filmowy dr House, rzadko kto mówi prawdę (czy jakoś tak).

Osobiście widziałem w sklepie węgiel w kapsułkach zarejestrowany jako suplement diety. Zwróciłem na niego szczególną uwagę, gdyż na temat węgla aktywnego napisałem w swym życiu dwie prace, w tym magisterską. W związku z tą obserwacją mogę sobie wyobrazić, że pacjent (klient) kupi w sklepie węgiel suplement. Wygoda połknięcia nie przełoży się na efekt leczniczy. Jaki wniosek wysnuje pacjent? Że węgiel jest nieskuteczny.

Nawet jeśli zakup leków został dokonany w aptece, niekoniecznie był związany z szeroko rozumianymi wakacjami.

Wszyscy wiemy, że pacjenci potrafią skrócić kurację (eufemizm) i poczynić zapasy, które wykorzystają przy - ich zdaniem - identycznych dolegliwościach. Gdy lekarz dopyta nie tylko wakacyjnego pacjenta o źródło, często odruchowo użyje potocznego sformułowania: „Skąd pan wziął te leki?”. Wtedy odpowiedź też będzie odruchowa: „Z apteki”.

W stresie i poirytowaniu nieracjonalną kuracją lub zachowaniem pacjenta łątwo o mylne przekonanie, jakoby to farmaceuta był autorem nieprawidłowego sposobu leczenia.

Może również paść pytanie ocenne, które utrudni lub uniemożliwi współpracę pacjent-lekarz: „Czy węgiel kupiono w sklepie? - Nieeee, ależ skąd! Nigdy w życiu. Wszystkie leki kupuję w aptekach”.

Tego typu tzw. błędy komunikacji działają również w drugą stronę. Gdy w aptece czasem dopytuję pacjenta o przyjmowane leki, wychodzi sztydło z worka. Bywa, że żona przyjmuje leki męża lub odwrotnie. Bywa też, że uczynna sąsiadka sprezentuje sąsiadce swe leki, np. przeciwbólowe. Oczywiście kupione w aptece na podstawie recepty. Autentyk: chodziło o paracetamol z tramadolem w wersji forte - dla 89-letniej bardzo szczupłej seniorki.

Tak więc znów proza życia zderza się z przedstawicielami profesjonalnej ochrony zdrowia.

Nikommu z Czytelników nie muszę tłumaczyć, że nie pierwszy ani nie ostatni raz będziemy sobie wtedy zadawać pytanie, co poszło nie tak?

Życząc bezproblemowych wakacji, żegnam się staropolskim: obyśmy zdrowi byli!

„
**Mogę sobie
wyobrazić,
że pacjent (klient)
kupi w sklepie węgiel
suplement. Wygoda
połknięcia nie
przełoży się
na efekt leczniczy.
Jaki wniosek
wysnuje pacjent?
Że węgiel jest
nieskuteczny**

Wstrząs kardiogeny

– stare problemy, nowe wyzwania

Wstrząs kardiogeny jest jedną z głównych przyczyn pozawałowych zgonów. Powoduje śmierć około 60 proc. chorych, a w przypadku złośliwych arytmii czy burz elektrycznych śmiertelność dochodzi do 70 proc.



Lucyna Krysiak
dziennikarka

Wstrząsowi kardiogenemu, który występuje nie tylko po zawale, ale także w przebiegu przewlekłej niewydolności serca, zapalenia mięśnia sercowego, wad zastawkowych, złośliwych arytmii czy burz elektrycznych, poświęcono jedną z debat podczas XXX Jubileuszowej Zabrzeńskiej Konferencji Kardiologicznej, która odbyła się na przełomie maja i czerwca. Po raz pierwszy sprawa wstrząsu kardiogenego doczekała się poważnej dyskusji na tak dużym forum i deklaracji podjęcia zdecydowanych działań w celu zmniejszenia liczby zgonów z powodu tego powikłania.

LICZY SIĘ CZAS I WSPÓŁPRACA

Wstrząs kardiogeny to skrajna niewydolność serca, w której dochodzi do hipoperfuzji, czyli niedostatecznego przepływu krwi przez tkanki i narządy, co powoduje ich niedokrwienie i postępującą niewydolność. W większości przypadków rozwija się poza szpitalem, przez co nie ma możliwości udzielenia natychmiastowej kompleksowej pomocy medycznej.

– Problem wstrząsu kardiologicznego nie jest nowy, mierzą się z nim od lat

i bez większego powodzenia także inne, wysoko rozwinięte kraje i mimo ogromnych postępów we wszystkich dziedzinach kardiologii, kardiologii i anestezjologii nie możemy sobie z nim poradzić. Dlatego potrzebne jest nowe spojrzenie i nowe rozwiązania – powiedział inicjator i prowadzący debaty prof. Mariusz Gąsior ze Śląskiego Centrum Chorób Serca, kierownik III Katedry i Oddziału Klinicznego Kardiologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Prof. Janina Stępińska z Narodowego Instytutu Kardiologii – Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie podkreśliła, że we wstrząsie kardiogenym najbardziej liczy się czas. Wszystkie decyzje i działania muszą więc być ze sobą skoordynowane, aby zaraz po rozpoznaniu przyczyny móc jak najszybciej wdrożyć odpowiednie postępowanie. Chodzi głównie o wspomaganie krążenia. Jednak okazuje się, że nie każde wspomaganie jest skuteczne. Dzieje się tak ponieważ – jak twierdzi prof. Stępińska – w Polsce nie wypracowano dotychczas jednolitych kryteriów podłączania wspomagania lewokomorowego i ta dowolność jest jednym z czynników prowadzących do braku skuteczności. Nie ma też jasno określonych kryteriów, jakich chorych we wstrząsie kardiogenym wspomagać przy zastosowaniu ECMO.

**30 proc. chorych
leczonych z powodu
zawału serca
ma cukrzycę typu 2,
a ponad 30 proc.
upośledzoną funkcję
nerek**

Badania naukowe nie odpowiadają jednoznacznie na to pytanie, sugerują jedynie, że najbardziej skuteczne jest podłączanie do ECMO pacjentów we wczesnym wstrząsie kardiogenym. Prof. Piotr Knapik, kierownik Kliniki Kardiologii i Intensywnej Terapii SUM

w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrzu, zgodził się, że wstrząs kardiogeny wymaga szybkich działań, ale co do ECMO zaleca ostrożność, zastrzegając, że jest to metoda inwazyjna, obarczona dużym ryzykiem wygenerowania terapii daremnej. Pacjenci mogą wymagać także np. pomocy kardiologicznej. Zdaniem prof. Mariusza Gąsiora w przypadku osób z zawałem serca we wstrząsie kardiogenym najskuteczniejszym sposobem rewaskularyzacji jest reperfuzja kardiologiczna. Dla niektórych chorych w najcięższym wstrząsie to jedyny ratunek. Dr Grzegorz Hirnle z Oddziału Kardiologii, Transplantacji Serca i Płuc oraz Mechanicznego Wspomagania Krążenia w SCCS w Zabrzu zwrócił uwagę na znaczenie i płynność współpracy między specjalistami (kardiologami i anestezjologami), od której zależy powodzenie w skutecznym wyprowadzeniu pacjenta ze wstrząsu kardiogenego.

POTRZEBNE SĄ WYTTCZNE

Rodzi się także pytanie, gdzie mają trafiać pacjenci ze wstrząsem kardiogenym?

Pogotowie ratunkowe najczęściej transportuje ich na najbliższy SOR, co opóźnia leczenie. Tymczasem powinni trafiać do placówki z całodobowym dostępem do pracowni kardiologii interwencyjnej oraz oddziałem intensywnej opieki kardiologicznej z możliwością krótkotermiowego mechanicznego wspomaganie układu krążenia. W opinii debatujących należy opracować i wprowadzić schematy postępowania dotyczące transportu pacjentów we wstrząsie kardiogenym, co ułatwiłoby dotarcie do właściwej placówki w jak najkrótszym czasie. Dr hab. Klaudiusz Nadolny, prof. Akademii Śląskiej w Katowicach (AŚ), kierownik Katedry Ratownictwa Medycznego Wydziału Nauk Medycznych AŚ, dyrektor Rejonowego Pogotowia Ratunkowego w Sosnowcu, zaznaczył, że ratownictwo oczekuje konkretnych wytycznych w tej sprawie. Jego zdaniem potrzebne jest wyznaczenie miejsc, do których ma trafiać pacjent z podejrzeniem WK. Zdaniem prof. Jacka Legutki, kierownika Oddziału Klinicznego Kardiologii Interwencyjnej z Pododdziałem Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego Instytutu Kardiologii UJ CM, poprawę wyników w leczeniu wstrząsu kardiogenego mogłoby także przynieść utworzenie wyspecjalizowanych ośrodków regionalnych dysponujących najnowocześniejszym zapleczem aparaturowym z możliwością długoterminowego wspomaganie lewej komory czy przeprowadzenia przeszczepu serca. Jednak pacjenci ci powinni najpierw trafiać do lokalnych ośrodków kardiologii interwencyjnej i tam być poddawani wstępnej diagnostyce i – jeżeli jest konieczna – reperfuzji. Tym bardziej że obecnie kardiologia dysponuje już siecią nowoczesnych oddziałów, które mogą skutecznie leczyć chorych z wstrząsem kardiogenym.

DOBRY PROGRAM

Prof. Dariusz Dudek z II Kliniki Kardiologii Instytutu Kardiologii UJ CM przekonywał, że gdyby powstał program pomocy chorym we wstrząsie kardiogenym, kilka ośrodków kardiologicznych w Polsce jest gotowych go wdrożyć, m.in. Krakowski Szpital Specjalistyczny im. św. Jana Pawła II w Krakowie czy Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu. Pod warunkiem że zapewnią one w ciągu pół godziny dyspozycyjność kardiologów strukturalnych. Kardiolodzy wieńcowi nie wystarczą, ponieważ połowa

wstrząsów kardiogenych występuje z przyczyn innych niż zawał, np. zatorowości płucnej czy zapalenia mięśnia sercowego. Podczas debaty wybrzmiało jednoznacznie, że kluczem do obniżenia śmiertelności jest szybka diagnoza w ośrodku lokalnym, a w razie potrzeby leczenie w ośrodku regionalnym, gdzie dostępny jest zespół, który może wykonać zabieg. Dlatego potrzebny jest dobrze zorganizowany krajowy system selekcji chorych oraz współpracy między ośrodkami lokalnymi i regionalnymi, określenie rozwiązań dotyczących transportu oraz współpraca między specjalistami w obrębie samego shock center.

Prof. Robert Gil, kierownik Kliniki Kardiologii w Państwowym Instytucie Medycznym MSWiA w Warszawie, prezes elekt Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (PTK) oraz ekspert Naczelnej Izby Lekarskiej, zapowiedział w środowisku kardiologów dyskusję na ten temat. Zadeklarował też, że PTK potrzebuje dwóch lat na opracowanie koncepcji organizacji systemu postępowania we wstrząsie kardiogenym. Na razie zachęcał wszystkie ośrodki, żeby regionalnie próbowały budować zespoły przygotowane do leczenia pacjentów we wstrząsie kardiogenym. Program miałby też obejmować pacjentów z nagłym zatrzymaniem krążenia poza szpitalem. Zdaniem prof. Gila zwiększyłoby to grupę pacjentów, którym można pomóc, i byłoby to dodatkowym argumentem dla płatnika, by refundował tego rodzaju procedury.

30 LAT TRADYCJI

Deбата dotycząca wstrząsu kardiogenego była zwieńczeniem XXX Jubileuszowej Zabrzańkiej Konferencji Kardiologicznej, która cieszy się uznaniem w środowisku lekarskim i na trwałe wpisuje w kalendarz naukowych spotkań kardiologów. Nawiązuje do tradycji pierwszych przeszczepów serca przeprowadzanych

przez prof. Zbigniewa Religę i pierwszych Zabrzańskich Konferencji Kardiologicznych zainicjowanych przez prof. Mariana Zembalę, wieloletniego dyrektora SCCS.

W tę tradycję wpisuje się też prof. Lech Połowski, wielokrotny przewodniczący konferencji, który zawsze powtarza, że największą wartością tych spotkań jest ich wymiar praktyczny. Prof. Zbigniew Kalarus, koordynator I Oddziału Kardiologii i Angiologii SCCS w Zabrzu, który od wielu lat współtworzy programy naukowe konferencji, dodaje do tego multidyscyplinarność sesji, które uwzględniają aspekt wielochorobowości u pacjentów kardiologicznych. Nadmieniam, że 30 proc. chorych leczonych z powodu zawału serca ma cukrzycę typu 2, ponad 30 proc. upośledzoną funkcję nerek, a 80 proc. osób w tej grupie po 65. roku życia cierpi na nadciśnienie tętnicze.

– U chorych leczonych np. z powodu zawału serca czy niewydolności tego narządu bez uwzględnienia diagnostyki w kierunku cukrzycy czy niewydolności nerek rokowania są zdecydowanie gorsze, dlatego udział w konferencji diabetologów, nefrologów czy lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej od kilku lat stał się standardem – tłumaczy prof. Zbigniew Kalarus. Zwraca też uwagę na zaburzenia psychiczne pojawiające się wraz z wiekiem u pacjentów kardiologicznych, które także uwzględniono w sesjach tematycznych. Wiele miejsca zajmuje w nich ultrasonografia, która stała się obecnie podstawowym narzędziem diagnostycznym chorób serca. – Techniki echokardiografii bardzo się rozwinęły. Przykładem są bezwątowania zabiegi kardiologii interwencyjnej przy wykorzystaniu echokardiografii przezprzelykowej, np. implantacja zastawek aortalnych, korekta niedomykalności zastawki mitralnej. Obserwujemy wśród lekarzy ogromne zainteresowanie kształceniem się w tym kierunku. Nie tylko kardiologów – podsumowuje prof. Zbigniew Kalarus. ■■■

Na jubileusz przygotowano 6 sesji naukowych, 200 wykładów i 10 transmisji zabiegów na żywo z pracowni kardiologii interwencyjnej. W konferencji uczestniczyło ok. 1000 lekarzy, pielęgniarek, ratowników medycznych i studentów kierunków medycznych.

Podczas Zabrzańkiej Konferencji Kardiologicznej nagrodę „Kroki Milowe” wręczono prof. Mariuszowi Gąsiorowi za postępy w leczeniu zawałów serca i prof. Zbigniewowi Kalarusowi za osobisty wkład we wdrożenie, a także ciągłe rozwijanie diagnostyki, leczenia oraz opieki systemowej w leczeniu serca.

MEDYCYNĄ POLA WALKI



Pokonałam ŚMIERĆ

Odgłos eksplozji obudził mnie o 4.30. Pół godziny później operowaliśmy pierwszego rannego – opowiada **Nina Kołosińska**, ukraińska lekarka, w rozmowie z Mariuszem Tomczakiem.

DLACZEGO ZOSTAŁA Pani lekarką wojskową?

Po ukończeniu z wyróżnieniem studiów na Państwowym Uniwersytecie Medycznym w Tarnopolu musiałam wybrać, czy będę realizować specjalizację cywilną, czy wojskową. Do wyboru tej ostatniej zachęcali mnie znajomi z Wojskowej Ukraińskiej Akademii Medycznej. Na mój wybór wpłynęła również trwająca wojna – w 2014 r. Rosjanie zaatakowali Donbas i anektowali Krym. Można więc powiedzieć, że podjęłam przemyślaną decyzję o byciu lekarzem wojskowym. We wrześniu 2021 r., po ukończeniu specjalizacji z anestezjologii i intensywnej terapii, rozpoczęłam pracę w szpitalu wojskowym w Mariupolu. Pojechaliśmy tam wraz z mężem, który również jest lekarzem wojskowym.

ROSYJSKA INWAZJA ROZPOCZĘŁA SIĘ 24 LUTEGO 2022 R. JAK ZAPAMIĘTAŁA Pani ten dzień?

Od 16 lutego 2022 r. pracowałam rotacyjnie w zespole lekarsko-pielęgniarskim w szpitalu wojskowym w mieście Wołnowacha w obwodzie donieckim, położonym kilkadziesiąt kilometrów zarówno od Mariupola, jak i od granicy z Federacją Rosyjską. Atmosfera stawała się coraz bardziej napięta, docierały różne niepokojące informacje, ale nikt nie spodziewał się tego, co rozpoczęło się 24 lutego. Obudziłam się ok. godz. 4.30 z powodu głośnej eksplozji. Błysk rozświetlił cały pokój. Już pół godziny później w naszym szpitalu operowaliśmy pierwszego rannego. Trwały naloty, a liczba żołnierzy i ludności cywilnej potrzebujących pomocy medycznej rosła. Biorąc pod uwagę bardzo trudną sytuację w Wołnowasze, 26 lutego otrzymaliśmy rozkaz powrotu do szpitala w Mariupolu.

O tym mieście cały świat usłyszał w ubiegłym roku, kiedy spadła bomba na teatr, w którym schronili się cywile. Zginęło wtedy około trzystu osób. Co się działo w Mariupolu w pierwszych dniach rosyjskiej agresji?

Przez całą dobę staraliśmy się zapewnić opiekę medyczną. Brakowało czasu na odpoczynek. Nasz szpital był jedną z nielicznych działających placówek medycznych. Przyjmowaliśmy wojskowych i cywilów.

Dzieci też?

Oczywiście. Nie brakowało dzieci, kobiet w ciąży i osób starszych. Chociaż już wcześniej w Wołnowasze mieliśmy do czynienia z dużą liczbą rannych, nie spodziewałam się, że będzie ich jeszcze więcej. Stanęliśmy przed koniecznością segregacji wielkiej liczby rannych, którzy

odnieśli obrażenia w wyniku eksplozji i rany postrzałowe. Mieliśmy wielu pacjentów z silnym krwotokiem i niestabilnych hemodynamicznie, którzy wymagali transfuzji krwi. Zwiększyliśmy liczbę łóżek i stanowisk operacyjnych. Ponad trzy czwarte personelu szpitala – niezależnie od tego, gdzie te osoby wcześniej pracowały – zostało zaangażowane w pomoc rannym. Staraliśmy się pomóc jak największej liczbie ludzi. W szpitalu wojskowym pracowałam do 16 marca – aż do zniszczenia go przez Rosjan.

Przez ponad 80 dni ostatnim punktem ukraińskiego oporu w Mariupolu był kombinat metalurgiczny Azowstal, pod którym znajduje się gigantyczny system podziemnych schronów jeszcze z czasów ZSRR. Tam został przeniesiony szpital? Tak. W Azowstalu znalazło się około 20 medyków, w tym czterech chirurgów, trzech anestezjologów, a ponadto terapeuta, lekarz dentysta i farmaceuta. Mieliśmy od 200 do nawet 400 pacjentów dziennie. W związku z brakiem osób z wykształceniem medycznym dzieliliśmy się między sobą obowiązkami pielęgniarek i sanitariuszy. W jednym z bunkrów powstała zaimprovizowana sala operacyjna. Wykonaliśmy setki zabiegów, w tym skomplikowane operacje, takie jak nefrektomia, splenektomia, hemikolektomia czy wytworzenie stomii. Zrobiliśmy dziesiątki laparotomii, musieliśmy amputować kończyny górne i dolne.



Mimo ograniczonych środków medycznych i trudnej sytuacji z dostarczaniem jedzenia udało się uratować wielu ludzi. My operowaliśmy, a nasi żołnierze cały czas odpierali ataki Rosjan.

Czego brakowało najbardziej?

Brakowało absolutnie wszystkiego, a zwłaszcza leków. Na początku korzystaliśmy z materiałów opatrunkowych pochodzących z apteczek w ocalałych pomieszczeniach Azowstalu, ale szybko się skończyły. Każdego dnia mieliśmy pacjentów, którzy potrzebowali m.in. antybiotyków i zmiany opatrunków. Z powodu

trwających walk i bombardowania kombinatu mieliśmy wiele pilnych operacji, wymagających zaopatrzenia m.in. w środki znieczulające, płyny infuzyjne i materiały opatrunkowe. Szybko kończyły się leki przeciwbólowe, zarówno narkotyczne, jak i nienarkotyczne.

Czy docierała jakaś pomoc z zewnątrz?

Pod koniec marca lub na początku kwietnia, nie pamiętam dokładnie, ukraińscy żołnierze zdołali dostarczyć nam leki i materiały medyczne. Zapasów wystarczyło na kilka tygodni. Później byliśmy zmuszeni do rzadszej zmiany opatrunków, a antybiotykoterapię stosowaliśmy tylko u pacjentów, którzy jej najbardziej potrzebowali. Podobnie było z lekami przeciwbólowymi.

W jaki sposób zdobywaliście wodę? I co jedliście?

Żywność i wodę gromadzili wojskowi z różnych jednostek. Zapasy rozdzielano między bunkrami. Po tym, jak zostało zniszczone miejsce przechowywania racji żywnościowych, musieliśmy jeszcze bardziej je oszczędzać. Kiedy skończyła się woda pitna, piliśmy wodę techniczną. Staraliśmy się korzystać z niej z umiarem, bo nikt nie wiedział, jak długo zostaniemy w Azowstalu. Wprawdzie wodę można było znaleźć w różnych miejscach na terenie kombinatu, ale ze względu na ciągły ostrzał poszukiwanie i dostarczanie jej do bunkrów wiązało się z wielkim niebezpieczeństwem.

Jak w tak dramatycznych warunkach lekarz dba o sterylność narzędzi?

Nikt nie jest bezpieczny

Zdjęcie kobiety w zaawansowanej ciąży, wynoszonej na noszach ze zbombardowanego na początku marca 2022 r. przez siły Federacji Rosyjskiej szpitala w Mariupolu, obiegło cały świat. W kolejnych tygodniach niemal doszczętnie zrównano z ziemią 430-tysięczne miasto. Odkąd rozpoczęła się inwazja Rosji na Ukrainę, placówki medyczne przestały być bezpiecznymi miejscami. Ataki na infrastrukturę ochrony zdrowia są stałym elementem wojny trwającej za naszą południowo-wschodnią granicą. Jak poinformował minister zdrowia Ukrainy Wiktor Liaszko, w ciągu niecałego roku zostało uszkodzonych ok. 1,2 tys. placówek ochrony zdrowia [w tym częściowemu zniszczeniu uległo 540 szpitali, a całkowitemu – ponad 170]. Zdarzały się ataki na szpitale z wykorzystaniem amunicji kasetowej. Na terenach wcześniej okupowanych przez Rosjan odnotowywano przypadki plądrowania ośrodków zdrowia – budynki dewastowano, karetki niszczone, a w środku Ukraińcy odnajdywali materiały wybuchowe, a nawet miny przeciwpiechotne. – Miny przeciwpiechotne są często wykorzystywane na terenach przyfrontowych, ale zobaczenie ich w szpitalu było szokujące. To jasny przekaz dla tych, którzy przychodzą po leki lub pomoc: nie jesteście bezpieczni nawet tutaj – mówi Vincenzo Porpiglia z organizacji Lekarze bez Granic. Trudna sytuacja panuje również z dala od linii frontu. Jak informuje Polska Misja Medyczna [PMM], szpitale zgłaszają wzrost liczby przedwczesnych porodów i patologii ciążyowych. W Instytucie Pediatrii, Położnictwa i Ginekologii w Kijowie 82 proc. noworodków miało niską i skrajnie niską masę urodzeniową. Z uwagi na ukrywanie się kobiet w ciąży w domowych piwnicach rośnie liczba infekcji przedporodowych. – Wszystkie szpitale zgłaszają, że w trakcie ostatniego roku przyjmowały porody w schronach, a częściowo dochodziło w nich również do operacji chirurgicznych – mówi Milena Chodola z PMM.

Ze szpitala wojskowego udało się nam wywieźć do Azowstalu środki dezynfekcyjne. Niektóre materiały, takie jak strzykawki, musiały być wykorzystywane wielokrotnie. Nie było mowy o całkowitej sterylności, ponieważ większość powierzchni sali operacyjnej ukrytej w bunkrze nie była przystosowana do mycia. Z kolei to, co dało się umyć, nie było czyszczone tak często, jak powinno, ponieważ najważniejsze było wykorzystywanie wody do sterylizowania narzędzi chirurgicznych.

Co było najgorsze?

Przystosowałam się do ograniczonych zapasów wody i żywności, bo nie było innej możliwości. Przyzwyczaiłam się do ciągłego ostrzału. Dzięki łączności satelitarnej czasami mogliśmy dać sygnał swoim najbliższym, że nadal żyjemy. Najbardziej doskwierała bezradność wynikająca z braku wielu leków, narzędzi i sprzętu oraz możliwości ewakuacji ciężko rannych pacjentów. Zdarzało się, że przez to przegrywaliśmy walkę o czyjeś życie. Czułam się też bezsilna, kiedy mieliśmy masowe przyjęcia, gdy pojawiało się kilkudziesięciu rannych, ale nie byliśmy w stanie pomóc wszystkim jednocześnie. Niemoc – to było najgorsze. Jako lekarz wiem, że niektórzy mogliby przeżyć w innych okolicznościach.

W Azowstalu osób czekających na pomoc nie brakowało.

Pracowaliśmy prawie bez przerwy. Zdarzało się, że nie spaliśmy kilka dni z rzędu. Byliśmy potwornie zmęczeni, ale w związku z dramatycznymi okolicznościami wiedzieliśmy, że musimy dać z siebie wszystko i nie mamy prawa popełniać błędów. Z punktu widzenia pracy lekarza w warunkach przedwojennych to było coś z pogranicza fikcji i rzeczywistości. Walczyliśmy o życie każdego pacjenta. Uratowaliśmy setki ludzkich istnień. Mieliśmy ogromną chęć udzielania pomocy. W bunkrach Azowstalu dokonaliśmy niesamowitych rzeczy. Wszystko po to, by od kogoś, kto był o krok od śmierci, dzień później usłyszeć pytanie: „Dzień dobry, kiedy można coś zjeść?”.

Czy w kombinacie byli Polacy?

W Mariupolu walczyli ochotnicy z różnych krajów, w tym z Polski, choć nie poznałam ich osobiście. Słyszałam, że jeden z obrońców Azowstalu był Polakiem i tak jak ja dostał się do rosyjskiej niewoli, ale został wymieniony na rosyjskich żołnierzy.

W jakich okolicznościach trafiła Pani do niewoli?

16 maja, po otrzymaniu rozkazu, kombinat zaczęli opuszczać najciężej ranni. Następnego dnia osoby w stanie w średnio ciężkim, a 18 maja – najłżej ranni i personel medyczny. Trafiłam do więzienia w Ołeniwce w obwodzie donieckim. W sześcioposobowej celi przebywały 24 kobiety. Cały czas byłyśmy głodne. Dostawałyśmy jedzenie o objętości jednej szklanki dziennie. Woda była tak fatalnej jakości, że większość więźniów miała poważne problemy z przewodem pokarmowym.

Jak odnosili się do Was Rosjanie?

Bardzo źle. Nie miało znaczenia, czy jesteś kobietą, mężczyzną, żołnierzem albo oficerem. Jako lekarz nie miałam żadnej taryfy ulgowej. Do Ołeniwki trafiło około 20 medyków z Azowstalu, ale w tym więzieniu zostali osadzeni także lekarze z innych jednostek. Tam była kompletna próżnia informacyjna. Nie wiedzieliśmy, co się dzieje. Codziennie mówiono nam, że przegraliśmy wojnę, że Ukraina już nie istnieje, że na nikogo z nas nikt nie czeka w domu. Że nie dojdzie do wymiany więźniów, bo nie ma rosyjskich jeńców, więc jesteśmy niepotrzebni. Najgorsza jednak była noc, w trakcie której doszło do masakry.

Co się wtedy wydarzyło?

W nocy z 28 na 29 lipca obudziła nas bardzo głośna eksplozja. Zaraz potem rozległy się straszliwe krzyki naszych chłopców. Krzyczeli nieludzkim głosem, błagając o pomoc. Pomocy medycznej udzielałam z kilkoma innymi ukraińskimi lekarzami, którzy wcześniej pracowali w szpitalu wojskowym. Nie było leków, brakowało materiałów opatrunkowych. I znów poczułam bezradność, że nie jestem w stanie pomóc

swoim rodakom. Tamtej nocy kilkudziesięciu ukraińskich jeńców wojennych przetrzymywanych w nieludzkich warunkach zginęło z powodu cynicznego ataku Rosjan. To, co się wydarzyło w Ołeniwce, to jeden z najtragiczniejszych dni we współczesnej historii Ukrainy. Nie licząc ofiar śmiertelnych, kilkadziesiąt osób zostało rannych. Mój barak był ok. 500 metrów od miejsca wybuchu.

Jak doszło do uwolnienia?

Od początku października Rosjanie przewozili nas z jednego miejsca do drugiego. W połowie miesiąca znowu gdzieś nas wwieziono. Z Krymu – jak się później okazało – do Zaporozża, na miejsce wymiany jeńców. Jechaliśmy ciężarówkami z zawiązanymi rękami i zasłoniętymi oczami. Zostałam zwolniona wraz ze 107 zakładnikami. Niestety, większość naszych chłopców i dziewcząt z Azowstalu została w rękach Rosjan. W niewoli przebywałam od 18 maja do 17 października.

Czy spodziewaliście się, że Rosjanie będą wypuszczać jeńców?

Z jednej strony wierzyłam, że nasze państwo będzie walczyć o nas do końca. Z drugiej – nie bardzo sądziłam, że do tego dojdzie. Pamiętam, gdy podszedł do nas przedstawiciel strony ukraińskiej i powiedział: „Dziewczyny, głowa do góry”, a zaraz potem zobaczyłam ukraińskie flagi. Wtedy do mnie dotarło, że jesteśmy u siebie. To niezapomniana chwila. Nie potrafię tego opisać słowami...

Wiele już słyszałam o pomaganiu innym, ale niewiele powiedziała Pani o sobie. Czy odniosła Pani jakieś rany?

W wyniku ostrzału szpitala w Mariupolu doznałam wstrząsu mózgu. Odniosłam też obrażenia po wybuchu miny. Po zwolnieniu z niewoli trafiłam na krótko do szpitala.

Wojna trwa. Miejmy nadzieję, że szybko się skończy. Czym się Pani teraz zajmuje?

Po wyjściu ze szpitala spędziłam trochę czasu z rodziną. Kilka miesięcy temu wróciłam do pracy. Nadal robię to, co kocham – pomagam i leczę. Czekam również na powrót każdego, kto z Azowstalu trafił do rosyjskiej niewoli. Kiedy wracam myślami do tego, co się wydarzyło w ubiegłym roku, wiem, że Mariupol jest miastem niezwykłych i niezłomnych bohaterów, a mi udało się pokonać śmierć. ■■■

Tłumaczenie: Sofia Bedzis

NINA KOŁOSIŃSKA

(z domu Lopuga) ma 28 lat. Urodziła się w mieście Warasz w obwodzie rówieńskim na zachodzie Ukrainy. Jej matka jest nauczycielką, a ojciec strażakiem. Studia medyczne ukończyła z wyróżnieniem. W trakcie odbywania specjalizacji z anestezjologii i intensywnej terapii otrzymywała stypendium naukowe prezydenta Ukrainy i stypendium Rady Najwyższej Ukrainy.

SZTUKA KOMUNIKACJI



Anna Gołębicka

Strateg komunikacji

W szpitalu w Nowym Targu umiera ciężarna pacjentka. Zanim jeszcze zajmie się tym prokurator, rozpocznie się śledztwo.

Społeczeństwo wydaje wyrok.

Na pewno wina lekarzy, bo zbyt restrykcyjnie przestrzegali przepisów antyaborcyjnych. A jak nie, to na pewno wina lekarzy, bo zaniebdali. Bo generalnie, gdy się coś wydarza, to pierwsze, o czym ludzie myślą, to wina lekarzy.

Dlaczego tak się dzieje? Od dojrzałej lekarki z wieloletnim stażem słyszę: „Wiesz, komunikacja – komunikacją, jednak ważniejsze jest leczenie”. Młoda rezydentka, walcząca z wykluczeniem, którą osobiście lubię i szanuję, publicznie mówi, że lepiej dziennikarzom nie udostępniać dokumentacji (odcinamy tu kwestie RODO), bo i tak nie zrozumieją.

I pewnie i jedna, i druga, mają rację. Tylko popatrzcie na to z innej strony. Dzięki takiemu podejściu, szanowni – często poświęcający się i wybitni w swoim fachu – lekarze, pakujecie się do obłożonej twierdzy, w której wcale nie jest tak wspaniale. Zamiast zdjąć korony i odłożyć berła, mówiąc: „Tak, jestem lekarzem, ale jestem człowiekiem”, „Tak, czasem w medycynie cokolwiek byśmy robili, będzie źle, „Tak, też wolilibyśmy leczyć bez kolejki”, wy zamykacie się w swoim świecie. Wyciągacie

PR SZCZURA, PR CHOMIKA

tarcze i idziecie walczyć. Z kim? Z tymi, którzy was atakują, ale po to, żeby zwrócić na siebie uwagę, żeby zyskać trochę waszej wiedzy i przekazywanych ludzkim językiem informacji.

Badania mówią, że lekarze, którzy dobrze komunikowali się ze swoimi pacjentami, mieli dużo mniej skarg dotyczących ich pracy. Czy lepiej leczyli? Statystycznie zapewne nie, ale, jak to mówią w korporacji, lepiej wspólnie zepsuć, niż jak ty sam naprawisz.

Tacy, my, ludzie, już jesteśmy. Chcemy wiedzieć. W świecie mediów, informacji, potrzeby bycia na czasie najgorsze, co nas może spotkać, to brak wiedzy, w jakiej sytuacji jesteśmy.

Zatem wielki szacunek do Waszej wiedzy, tak samo jak szacunek do wiedzy inżyniera energetyka, prawnika czy programisty. Ba, szacunek większy, bo Wasza materia jest wyjątkowo trudna, a błąd

nieodwracalny w skutkach. Czasem nie ma czasu na gadanie – to prawda. Tylko ten nie popełnia błędów, kto nic nie robi – też prawda. Komunikacja jest mało ważna – głównie prawda.

Jest taki dowcip. Przychodzi szczur do chomika i pyta: „Chomik, dlaczego ciebie tak hołubią? Marchewka, ziarnka, karuzela. A ja prawie taki sam, ba, nawet może mądrzejszy, a ludzie rozkładają trutki, wypędzają i z widłami biegną”. Chomik rozpędzony na swojej karuzelce zatrzymał się na chwilę, patrzy na szczura i mówi: „Widzisz, szczur, bo ty masz słaby PR”.

I tak sobie myślę, że to jest trochę o lekarzach.

I znów powiecie – po co nam PR, po co nam ściema marketingowa, my mamy leczyć.

A ja Wam odpowiem tak: nie zazdroszczę Wam i nie chciałabym pracować, gdybym wiedziała, że wszyscy patrzą mi na ręce i oceniają każdy krok z domniemanem winy. Tak się po prostu nie da. I właśnie po to jest ten PR.

Nie wiemy, kto zawiął śmierci mamy z Nowego Targu i jej nienarodzonego dziecka. Może nikt. Może wszystko szło zgodnie z procedurami, a może był ktoś winny. Tylko w Waszym świecie, gdy spada samolot, od razu wiadomo, że to wina pilota.

Świata nie zmienimy, nawet jeśli byśmy chcieli. Teraz, żeby się nie cofać, nie wystarczy stać w miejscu. Żeby się nie cofać, trzeba biec, a ten bieg to właśnie słowa, które ranią, straszą i leczą. Słowa mają znaczenie. Ten wyścig to leczenie plus komunikowanie, które w rezultacie dadzą szacunek i zaufanie. Ten wyścig to słowa, które dają poczucie bezpieczeństwa i świadomości, co się dzieje.

My naprawdę jesteśmy po jednej stronie, bo mamy dokładnie ten sam cel.

„

**Nie wiemy,
kto zawiął śmierci
pacjentki.
Może nikt.
Tylko w Waszym
świecie, gdy
spada samolot,
od razu wiadomo,
że to wina pilota**

Mamo, połknąłem 9 złotych!

Dzieci potrafią połknąć wszystko. W pracowni endoskopowej łódzkiego Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki [ICZMP] można podziwiać guziki, monety, klocki lego i gwoździe wydobyte z przewodów pokarmowych. Choć niepozorne, najgroźniejsze są baterijki i magnesy.

Adam Czerwiński dziennikarz

Wyprawa na lody dla 14-latka spod Łodzi skończyła się gastroskopią. Chłopak nie miał kieszeni, więc pięć złotych i dwie dwuzłotówki wziął do buzi. Rower podskoczył na nierównej drodze i pieniądze zostały połknięte.

– Kiedyś inny nasz pacjent połknął 2 zł 40 groszy – mówi prof. Krzysztof Zeman, kierownik Kliniki Pediatrii, Immunologii i Nefrologii ICZMP w Łodzi. – Doskonale pamiętam, jak liczyliśmy całą tę kwotę w dziesięciogroszówkach.

Pediatrzy z łódzkiego Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki historiami o połkniętych przez dzieci ciałach obcych mogą sypać jak z rękawa.

Dwa lata temu do Instytutu trafił czteroletni chłopak, którego rodzice podejrzewali, że połknął baterię z pilota od telewizora.

Prof. Zeman: – Na pierwszy rzut oka nic nas nie niepokoiło w wyglądzie dziecka. Jedyne, co odbiegało od normy, to nadmierne ślinienie się.

Malucha skierowano na prześwietlenie i bateria znalazła się w przełyku. Musiała w nim być nie – jak mówili rodzice – kilka godzin, ale kilka dni. W trakcie gastrokopii okazało się, że zdążyła się rozszczelić, a jej zawartość doprowadziła do poparzenia chemicznego i martwicy błony śluzowej. Na szczęście nie doszło do perforacji przełyku i zapalenia śródpiersia.

DODATKOWY ZMYŚL

– Ostatnio trafiło do nas dziecko, któremu kilka miesięcy wcześniej pięciogroszówka



***Jest prosty sposób,
by sprawdzić,
co możemy dać
małemu dziecku
do zabawy***

utknęła w przełyku – opowiada prof. Elżbieta Czkwianianc, kierownik Kliniki Gastroenterologii, Alergologii i Pediatrii ICZMP. – Przez ten czas moneta dosłownie wrosła w ścianę przełyku. Wokół wytworzyła się ziarnina. Bujająca tkanka łączna uniemożliwiała wydobywanie przedmiotu

gastroskopen i narzędziami laryngologicznymi. Niestety, skuteczny okazał się dopiero zabieg operacyjny przeprowadzony przez chirurgów.

To, że dzieci połkają najróżniejsze przedmioty, pediatrów nie dziwi. Jak tłumaczy prof. Zeman, niemowlę używa dotyku ustami jako dodatkowego zmysłu. – Jeśli ktoś popatrzy na małe dziecko, to zobaczy, że dziecko nim jakiś przedmiot obejrzy, dotyka go ustami – mówi. – Uważa się, że zostało nam to po praprzodkach. Przykładem tego atawizmu jest gryzienie złotych monet i medali, dziś widoczne już tylko na filmach i na zawodach sportowych.

KRZTUSZENIE, SINIENIE, DUSZENIE

Wszystko, co znajdzie się w buzi dziecka, może zostać zaaspirowane lub połknięte. O aspiracji mówimy, gdy ciało obce dostanie się do układu oddechowego.

Jak mówi prof. Zeman, do drzewa oskrzelowego może trafić wszystko, co przejdzie przez krtań. – Jeśli jest na tyle duże, by aspiracja skończyła się dramatycznie, to przedostanie się przez krtań i wystąpią dosyć charakterystyczne objawy: kaszel, krztuszenie się, sinienie – wylicza. – To po jakimś czasie ustępuje, a ciało obce pozostaje, dając różne objawy kliniczne. Naszym zadaniem jako pulmonologów jest zlokalizować to ciało i je usunąć. Są ośrodki w Polsce, które w ciągu roku usuwają po kilkaset ciał obcych z drzewa oskrzelowego u dzieci, np. klinika dr. Andrzeja Pogorzelskiego w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Rabce.

Czym się dzieci krztuszą? Głównie jedzeniem. Na przykład orzeszkami, ale też kawałkami folii np. po batonikach, żdźbłami trawy, drobnymi metalowymi przedmiotami – m.in. medalikami.

A co, gdy ciało obce zostanie połknięte? W Klinice Gastroenterologii, Alergologii i Pediatrii ICZMP działa specjalny zespół, który o każdej porze w pracowni endoskopowej je usuwa. – Oczywiście, o ile to możliwe – zaznacza prof. Czkwianianc. – Niestety czasami, na szczęście rzadko, musimy prosić o interwencję chirurgów.

MONETY, GWOŹDZIE, MAGNESY

W pracowni endoskopowej „ku przestrodze” są przechowywane wydobyte podczas gastroskopii i kolonoskopii ciała obce. Czego tam nie ma. Oprócz monet z całego świata, guzików, klocków lego znajdziemy agrałki, gwoździe, elementy biżuterii i baterijki zegarkowe.

Prof. Czkwianianc: – One są najgorsze. Pod wpływem mokrego środowiska i kwasów żołądkowych błyskawicznie potrafią się rozszczelić. Równie niebezpieczne są magnesy. Łączą się ze sobą w taki sposób, że pomiędzy nie trafiają ścianki przewodu pokarmowego. W miejscu, gdzie magnesy się ze sobą stykają, dochodzi do martwicy i perforacji. A to może być nawet stan zagrożenia życia.

Jakiś czas temu do ICZMP trafiło dziecko polykające kulki magnetyczne, które w jelitach zaczęły się ze sobą łączyć na różnych wysokościach. Na zdjęciu rentgenowskim wyglądały jak bransoletka. Kulki doprowadziły do przedziurawienia jelit w trzech miejscach. Skończyło się operacją.



– No i monety – wzdycha prof. Czkwianianc. Te w kolorze srebrnym są raczej niegroźne. Z reguły są wydalane. Ale te ze stopów, czyli grosiki, dwu- i pięciozłotówki elektrolizują i przylegają do śluzówki.

Jeśli moneta lub inne ciało obce nie zostanie wydalone, z czasem ogranicza się drożność przewodu pokarmowego. W efekcie spada masa ciała i dziecko z powodu niedożywienia trafia do szpitala.

– Ostatnio znaleźliśmy guzik od pościeli, który od kilku miesięcy tkwił w przełyku – mówi prof. Czkwianianc. – Pacjent był przyjęty do szpitala, bo nie mógł jeść i wymiotował.

TEST ROLKI

Pediatrzy zauważają, że dzieci najczęściej polykają ciała obce w domach, gdy są pod

opieką rodziców czy dziadków. Najczęściej interwencje gastrologów i pulmonologów potrzebne są w weekendy.

Co robić, gdy podejrzewamy, że dziecko mogło połknąć ciało obce?

Prof. Czkwianianc: – Zgłosić się na SOR. Tam na początek powinno być wykonane badanie rentgenowskie, które pozwala znaleźć wiele ciał obcych. Jeśli nie udaje się rozwiązać wątpliwości, o dalszych krokach decydują specjaliści.

– A ja mam radę dla rodziców – dodaje prof. Zeman. – Jest prosty sposób, by sprawdzić, co możemy dać małemu dziecku do zabawy. To test rolki od papieru toaletowego. Jeżeli przedmiot nią nie przechodzi, to dziecko może się nim bawić, wkładać do buzi. Jeżeli przejdzie przez rolkę, jest niebezpieczny, bo może zostać połknięty. ■■■



Ból trzeba KONTROLOWAĆ I LECZYĆ

Pacjenci z bólem przewlekłym są lekceważeni i niezauważani – mówi dr. n. med.

Magdalena Kocot-Kępska, prezeska Polskiego Towarzystwa Badania Bólu, w rozmowie z Lucyną Krysiak.

Od 29 sierpnia zacznie obowiązywać rozporządzenie ministra zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego leczenia bólu w warunkach ambulatoryjnych. Co nowego wnosi?

To rozporządzenie jest aktem wykonawczym do znowelizowanej w 2017 r. ustawy o prawach pacjenta i znacząco zmienia postrzeganie osoby z bólem istotnym klinicznie w systemie opieki zdrowotnej. Dokładnie opisuje, w jakich sytuacjach i w jaki sposób należy dokonywać oceny tego bólu, jego rodzaju i nasilenia u pacjentów zgłaszających się z tym problemem do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej lub specjalistów. W pierwszym przypadku chodzi o każdy ból na tyle silny, że przeszkadza w normalnym funkcjonowaniu, powoduje niepotrzebne cierpienie, w drugim chodzi o rodzaj bólu, który ma charakter przewlekły i trwa powyżej trzech miesięcy. Może on być nie tylko objawem choroby nieuleczalnej, ale chorobą samą w sobie. Dotychczas nie było obowiązku dokonywania takiej oceny. Od 29 sierpnia każdy lekarz będzie do tego zobligowany. W szpitalach obowiązek kontroli bólu regulowały przepisy akredytacyjne czy wewnętrzne procedury, w warunkach poradnianych nie było takiego obowiązku. Według najnowszych danych, którymi dysponujemy, tylko 20 proc. lekarzy pyta pacjentów, czy i gdzie boli, i odnotowuje ten fakt w karcie chorego. Teraz to się zmienia.

Polskie Towarzystwo Badania Bólu walczyło o to rozporządzenie. Dlaczego?

Pacjenci z bólem przewlekłym są lekceważeni i niezauważani. Szczególnie starsi, u których dolegliwości bólowe lekarze



tłumaczą wiekiem. Cierpią w ciszy i w pewnym momencie przestają zwracać się do lekarzy, wiedząc, że i tak nie otrzymają pomocy. Nie pomagają także postawa rodziny – bliscy nie wierzą rodzicom, babciom czy dziadkom, że cierpią z powodu bólu. Uważają, że ich problem tkwi w głowie. Takie stereotypy wciąż funkcjonują w naszym społeczeństwie. Nam chodzi o zmianę tego podejścia i pokazanie, że z bólem można walczyć, a ból przewlekły leczyć. Nie można pacjenta pozostawić samemu sobie. Spójrzmy na zalecenia, nawet te międzynarodowe, kierowane do pracowników ochrony zdrowia, np. dotyczące bólu krzyża. Jeszcze do niedawna mówiły: „Poczekaj i popatrz, co się będzie działo”. Na szczęście takie podejście to przeszłość, gdyż dziś bezwzględnie zaleca się podejmowanie adekwatnego leczenia. Wiadomo, że jeśli zlekceważymy np. epizod ostrego bólu

krzyża, to może dojść do tzw. chroniczności, czyli przejścia tego bólu w nawracający, a z czasem w przewlekły, niszczący komórki nerwowe w głowie, ośrodki odpowiedzialne za kontrolę bólu, co powoduje zaburzenia poznawcze, pamięci, depresyjne, snu. Nie lecząc bólu, fundujemy więc pacjentom inwalidztwo, a także generujemy koszty dla systemu opieki zdrowotnej. Ból jest kosztownym zespołem chorobowym. Kosztuje więcej niż rak, cukrzyca typu 2 i choroby układu krążenia.

Z bólem wiąże się często wieloletnia tułaczka pacjentów po lekarzach, zanim otrzymają właściwą pomoc.

Wielu z nich do poradni leczenia bólu trafia po 6-8 latach, z bólem już na tyle utrwalonym, że leczenie jest żmudne, długie i kosztowne, a w większości przypadków nieskuteczne. Gdybyśmy wkroczyli z leczeniem wcześniej, być może udałoby się zmniejszyć ból do poziomów akceptowalnych przez pacjenta.

Co lekarze wiedzą, a co powinni wiedzieć o bólu?

Ta wiedza jest niewystarczająca, dlatego Naczelna Izba Lekarska podjęła z Polskim Towarzystwem Badania Bólu współpracę dotyczącą organizacji szkoleń w tym kierunku. Planujemy przeprowadzenie całego cyklu szkoleń, zaczynając od standardów organizacyjnych leczenia bólu w warunkach ambulatoryjnych, o czym mówi rozporządzenie MZ z dnia 9 lutego 2023 r. Pierwsze szkolenie o charakterze wprowadzającym zaplanowane jest 28 sierpnia. Chcemy pokazać, jakie narzędzia stosuje się w ocenie nasilenia bólu i jak się nimi posługiwać. Głównym jest „Karta oceny natężenia bólu”, którą wypełniają lekarze POZ i specjaliści przy każdej wizycie lekarskiej, składająca się z części obowiązkowej i nieobowiązkowej. Pierwsza zawiera pytania, które pomogą zebrać niezbędne informacje o rodzaju bólu, z którym zgłosił się pacjent. Przy jej opracowaniu kierowaliśmy się wytycznymi europejskich towarzystw bólowych. Zarzucano nam, że obligatoryjne wypełnianie takich kart jest jeszcze jednym biurokratycznym obciążeniem dla lekarzy, ale w moim przekonaniu to klucz do wychwycenia pacjentów, którzy wymagają dalszego leczenia i w ogóle leczenia bólu jako takiego. Lekarz rodzinny lub specjalista, np. reumatolog, ortopeda czy neurolog, zawsze powinien włączyć leczenie pierwszego czy drugiego wyboru, a jeśli to nie skutkuje, odesłać pacjenta do specjalistycznej poradni leczenia bólu. ■■■

Wakacyjne szkolenia Ośrodka Kształcenia COBIK Naczelnej Izby Lekarskiej!

Już w lipcu Ośrodek Kształcenia COBIK Naczelnej Izby Lekarskiej zaprasza na szkolenia on-line oraz stacjonarne!

Zapraszamy również na wyjątkowe **Letnie warsztaty z psychologiem**, czyli trzydniowe szkolenie stacjonarne pt.: „Radzenie sobie z lękiem, stresem i budowanie odporności psychicznej” w dniach 14-16 lipca 2023 r.

Szkolenia on-line

- Lider i lekarz – jak łączyć wiele ról?
- Recepty, refundacje, odpowiedzialność lekarza za źle wystawione recepty, zwrot refundacji
- Jak w praktyce stosować controlling i zarządzać ryzykiem w ramach ambulatoryjnej i szpitalnej działalności leczniczej – wskazówki i rekomendacje
- Modyfikacja stylu życia pacjentów jako nieuchronny trend i wyzwanie dla lekarzy, pacjentów i systemu opieki zdrowotnej
- Obrona i zastępowanie lekarza przed sądami powszechnymi i prawo pracy w przedsiębiorstwach leczniczych
- Organizacja pracy własnej oparta na technikach i metodach zarządzania sobą w czasie
- Agresja, asertywność, uległość
- Jak bezpiecznie wystawić receptę, zwolnienie lub zaświadczenie w drodze teleporady - ryzyka prawne związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych na odległość
- Efektywne negocjacje w podmiotach leczniczych
- Skarga do izby lekarskiej to jeszcze nie wyrok - jakie lekarz ma uprawnienia w postępowaniu?

Szkolenia stacjonarne

- Umiejętność prowadzenia rozmów negocjacyjnych
- Umiejętność wprowadzania zmian w organizacji
- **Radzenie sobie z lękiem, stresem i budowanie odporności psychicznej**



NACZELNA
IZBA LEKARSKA



Ośrodek
Kształcenia
COBIK NIL



szkolenia@nil.org.pl



(22) 559 13 10



[www](http://www.nil.org.pl)



NIL NA SZYBKO



Jakub Kosikowski
p.o. rzecznika prasowego NIL

ZAZNACZCIE W GRAFIKU

Problem niekontrolowanego zwiększania liczby lekarzy kosztem jakości ich kształcenia nie dotyczy jedynie Polski, ale również kilku innych krajów regionu. W związku z tym 9-10 września w Düsseldorfie odbędzie się Sympozjum Izb Lekarskich Państw Europy Środkowej i Wschodniej (ZEVA), które podejmą wspólne działania, by przeciwdziałać niekorzystnym zmianom.

Trwają prace nad nowym Kodeksem Etyki Lekarskiej, który uchwali przyszłoroczny zjazd delegatów. Najwięcej emocji wzbudzają obecnie: reklamowanie się lekarzy oraz zachowania lekarzy w social mediach. Jeśli macie jakieś uwagi i pomysły, przesyłajcie je na kel@nil.org.pl. W końcu KEL tworzony jest przez Samorząd, a każdy z nas jako jego członek może mieć wpływ na końcowy kształt Kodeksu.

W mediach bardzo często oglądamy piękne, wyremontowane oddziały. Relacje z przecinania wstęg przez oficjeli. Niestety, doskonale wiemy, że nawet najbardziej nowoczesny oddział bez personelu nikogo nie wyleczy. Wspomniane fotografie nader często kamuflują absurd organizacyjny, braki kadrowe

spowodowane fatalnymi warunkami pracy i inne rzeczy, o których nikt poza personelem medycznym nie wie i często nie wierzy, że są w Polsce możliwe. Stąd z inicjatywy Komisji ds. Szpitalnictwa NRL powstała ankieta mająca na celu zebranie danych o problemach, o których nie mówią dane MZ i NFZ. Najwyższy czas, by temat pojawił się w przestrzeni publicznej. Nie brak lekarzy jest w Polsce problemem, ale system, w którym ci lekarze nie chcą pracować. Stąd biorą się kolejne zamknięte oddziały.

6-9 września w Zakopanem odbędą się XX Igrzyska Lekarskie. Jeśli uprawiacie sport, już teraz zastrzeżcie te dni w grafiku dyżurowym i wybierzcie się, by zmierzyć się w swojej dyscyplinie z lekarzami z całej Polski. A jeśli rywalizacja nie zachęca do przyjazdu, być może zrobi to możliwość integracji z koleżankami i kolegami ze wszystkich OIL w kraju. Do zobaczenia! 📺

Kod QR do ankiety



O TYM SIĘ MÓWI

REJESTR ODDZIAŁÓW I SZPITALI

- Nie bez przyczyny hasłem Porozumienia Rezydentów w trakcie protestu głodowego było „Stawiamy na jakość”. Już w 2017 r. mówiliśmy o tym, że jesteśmy skłonni poddać się ocenie jakościowej i chcemy, aby stworzono rejestry pozwalające dokładnie wyliczyć, jaką jakość dany świadczeniodawca oferuje, i na tej podstawie promować podmioty, które leczą dobrze. Natomiast gorsze motywować do poprawy - mówił prezes NRL Łukasz Jankowski w rozmowie z „Menedżerem Zdrowia”. Dodając, że „lekarze - i system ochrony zdrowia - powinni uczyć się na błędach i skończyć z zamykaniem spraw pod dywan”.

CONCORDANCE ZAMIAST COMPLIANCE

„Nie mogę słuchać, że lekarz jest <bogiem>. Jest człowiekiem, który ma wiedzę medyczną, którą powinien się podzielić z potrzebującym w taki sposób, aby pacjent mógł świadomie przejść przez terapię. Stare compliance zakładające, że pacjent ma przestrzegać zaleceń, powinno się zamienić ideą concordance, czyli zgodności, w której pacjent i lekarz wspólnie wybierają terapię” - napisała w czerwcowym stanowisku przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy Grażyna Cebula-Kubat, pediatra i nefrolog dziecięca. „Trzeba pacjenta motywować i przekonywać do wagi i znaczenia terapii. Dobra komunikacja z chorym zwiększa prawdopodobieństwo przestrzegania zaleceń terapeutycznych, a co za tym idzie - skuteczność leczenia i odzyskania zdrowia”.

EKSPERT NIL W ZESPOLE RPP

Prof. Jacek Wysocki, specjalista pediatrii oraz chorób zakaźnych, kierownik Katedry i Zakładu Profilaktyki Zdrowotnej na Wydziale Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu oraz członek Rady Ekspertów NIL, został powołany przez Rzecznika Praw Pacjenta na członka Zespołu ds. świadczeń z Funduszu

Kompensacyjnego Badań Klinicznych (FKBK). Fundusz ten obejmuje szkody doznane po 14 kwietnia 2023 r. i przewiduje świadczenie pieniężne do wysokości 200 tys. zł.

RUSZYŁY PODCASTY NIL IN

12 czerwca ruszyły podcasty InTalk, nowy projekt Sieci Lekarzy Innowatorów NIL Innovation Network (NIL IN) oraz Esculap.com. Format przybliżyć ma temat rozwoju medycyny o nowoczesne urządzenia oraz rozwiązania oparte na sztucznej inteligencji (AI). Eksperti zaproszeni do rozmów z dr. Arturem Drobnikiem, dyrektorem Centralnego Ośrodka Badań, Innowacji i Kształcenia Naczelnej Izby Lekarskiej (COBIK NIL) oraz liderami grup roboczych Sieci Lekarzy Innowatorów NIL IN odpowiedzą na pytania na temat m.in. wykorzystania danych medycznych czy roli technologii w ochronie zdrowia. Szczegóły: nilin.org.pl.

MEDYCY O TRAGEDII W NOWYM TARGU

„Obowiązkiem i zadaniem wszystkich zawodów medycznych jest dbanie o zdrowie i bezpieczeństwo pacjentów. Służba życiu i zdrowiu ludzkiemu stanowi fundament zasad etyki naszych zawodów” – napisali prezesi samorządów zawodów medycznych w stanowisku z 13 czerwca 2023 r. „Tragedia związana ze śmiercią ciężarnej pacjentki w Podhalańskim Szpitalu Specjalistycznym w Nowym Targu wymaga przeprowadzenia transparentnego, bezstronnego, profesjonalnego postępowania wyjaśniającego i śledztwa prokuratorskiego. Niezależnie konieczne jest przeprowadzenie postępowań wyjaśniających przez pionów odpowiedzialności zawodowej w poszczególnych zawodach medycznych i wyciągnięcie konsekwencji dyscyplinarnych w przypadku stwierdzenia zaniedbań lub działań niezgodnych z etyką zawodową” – zaznaczyli.

FATALNE WYNIKI LEW

Tylko 6 proc. zdających uzyskało pozytywny wynik Lekarskiego Egzaminu Weryfikacyjnego (LEW),

który odbył się na początku czerwca w Łodzi. – Tak złe wyniki LEW tylko potwierdzają niepokój samorządu lekarskiego związany z tym, że Ministerstwo Zdrowia pozwala na leczenie pacjentów w Polsce lekarzom spoza Unii Europejskiej, w żaden sposób nie weryfikując ich wiedzy – mówi wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej (NRL) dr Klaudiusz Komor w rozmowie z Rynkiem Zdrowia. Dodaje, że wyniki LEW mogą mieć dwie przyczyny – albo egzamin rzeczywiście był taki trudny, albo osoby przystępujące do tego egzaminu – lekarze, którzy kształcili się poza Polską – mają mniejszą wiedzę niż ta, która wymagana jest, aby leczyć pacjentów w Polsce.

ANKIETA NA TEMAT JAKOŚCI KSZTAŁCENIA

NIL przygotowała ankietę, w której zwraca się do uczelni prowadzących kierunki medyczne z pytaniami dotyczącymi warunków i wyników kształcenia przyszłych lekarzy. Wyniki posłużą analizom prowadzonym przez Komisję Kształcenia Medycznego i inne gremia robocze NRL i pozwolą sformułować wnioski dotyczące potrzeb i kierunków rozwoju systemu kształcenia przeddyplomowego lekarzy. – Celem ankiety jest także wychwycenie tych uczelni, które kształcą lekarzy pomimo niewystarczająco rozbudowanej bazy naukowo-dydaktycznej, tj. nie są przygotowane sprzętowo, nie posiadają własnego prosektorium, a niedobory w szeregach kadry akademickiej nie pozwalają na optymalne przygotowanie studentów do zawodu – podkreśla na łamach „Pulsu Medycyny” przewodniczący Komisji Kształcenia NRL Damian Patecki.

ENERGETYKI NIE DLA DZIECI

Jest szansa, że coś się ruszy w sprawie zakazu sprzedaży energetyków dzieciom. Projekt, który przez kilka miesięcy czekał na nadanie biegu, ma już numer druku i został skierowany do I czytania w sejmowej Komisji Zdrowia – pisze portal CoWZdrowiu.pl. W raporcie Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Instytutu Badawczego, na który powołują się projektodawcy, 2,1 proc. dzieci w Polsce w wieku 3-9 lat regularnie spożywa

napoje energetyzujące, natomiast w przypadku młodzieży (10-17 lat) jest to 35,7 proc. chłopców i 27,4 proc. dziewcząt. Przewidziany w projekcie zakaz sprzedaży i reklamowania energetyków poparła m.in. Naczelna Rada Lekarska. Zasugerowała przy tym, by w przepisach dotyczących reklamy doprecyzować, że nie wolno również w takich reklamach wykorzystywać wizerunku osób wykonujących zawód medyczny.

EUROPEJSKIE SAMORZĄDY ZAWODOWE O KSZTAŁCENIU

– Jakość kształcenia jest kwestią, o którą nie tylko nasz samorząd musi zabiegać w chwili bezrefleksyjnego tworzenia coraz większej liczby wydziałów lekarskich na uczelniach. W ochronie zdrowia ilość nigdy nie zastąpi nam jakości, która wymiennie wpływa na bezpieczeństwo pacjenta. Dzięki naszym rozmowom z międzynarodowymi organizacjami zrzeszającymi działania samorządów lekarskich temat jakości kształcenia będzie stanowił główny punkt programu Sympozjum Izby Lekarskich Państw Europy Środkowej i Wschodniej (ZEVA) w Düsseldorfie – zapowiedział prezes Naczelnej Rady Lekarskiej (NRL) Łukasz Jankowski. Kwestie jakości kształcenia przyszłych lekarzy podjęła konferencja Europejskiego Forum Stowarzyszeń Medycznych (EFMA), której gospodarzem była Naczelna Izba Lekarska (NIL).

OSTROŻNE PODEJŚCIE DO AI

– Jesteśmy u progu rewolucji w medycynie, podobnej do powszechnego wprowadzenia farmaceutyków w latach 60. i 70. XX wieku. Teraz epokową zmianą będą procedury diagnostyczne i terapeutyczne lub urządzenia oparte na algorytmach AI – mówił dyrektor COBIK NIL dr Artur Drobnik na konferencji Impact CEE. Dodał, że lekarze podchodzą do AI ostrożnie ze względu na charakter medycyny, będącej nauką konserwatywną. – Wprowadzanie jakichkolwiek zmian powinno opierać się na precyzyjnych i niekiedy długotrwałych badaniach. Akceptacja zmian i innowacji w medycynie trwa dłużej niż w innych dziedzinach – zauważył.

Polskość i medycyna

Na kilka dni Olsztyn stał się stolicą lekarzy polskiego pochodzenia. Ponad ośmiolet z nich przyjechało na XI Kongres Polonii Medycznej połączony z IV Światowym Zjazdem Lekarzy Polskich.

Mariusz Tomczak dziennikarz



Do Olsztyna przybyli lekarze i lekarze dentyści z różnych zakątków świata

Lączy nas polskość i troska o pacjentów, a także pęd do wiedzy, którą między innymi możemy zdobywać tutaj – powiedział prezes Naczelnej Rady Lekarskiej (NRL) Łukasz Jankowski do kilkuset lekarzy i lekarzy dentyków, którzy wzięli udział w uroczystym otwarciu XI Kongresu Polonii Medycznej (KPM) i IV Światowego Zjazdu Lekarzy Polskich (SZLP) w Filharmonii Warmińsko-Mazurskiej w Olsztynie. Czterodniowa impreza rozpoczęła się 1 czerwca wprowadzeniem sztandaru Naczelnej Izby Lekarskiej (NIL) i odśpiewaniem hymnu narodowego. Rangę wydarzenia podkreśliła obecność wojewody i marszałka województwa.

DUMA Z OSIĄGNIĘĆ NARODOWYCH

– Wiele ludzkich dróg spotyka się na tej sali. Nierzadko wiodły przez wiele krajów i kilka kontynentów – powiedział prezes NRL, nawiązując do obecności w Olsztynie lekarzy i lekarzy dentyków z różnych części świata, w tym Australii. Nie zabrakło też rodaków z terenów należących niegdyś do Rzeczypospolitej.

Zdaniem prezesa Łukasza Jankowskiego możliwość spotkania w jednym miejscu tak wielu osób polskiego pochodzenia, pracujących w różnych krajach, daje unikalną okazję do wymiany doświadczeń. – Niezależnie od tego, z którym systemem ochrony zdrowia jesteśmy związani na co dzień, wiele nas łączy. Stajemy przed takimi samymi wyzwaniami jak za małą liczbą



Kongresy dochodzą do skutku dzięki współpracy z organizacjami polonijnymi, przy wsparciu NRL i izb okręgowych – podkreślała Anna Lella, przewodnicząca KO KPM i prezes ORL W-MIL

lekarzy, za duże obciążenie pracą, niedofinansowanie, wdrażanie nowoczesnych technologii – wyliczał.

– Dziękuję, że przyjechaliście. My, Polacy, i my, polscy lekarze, gdziekolwiek jesteśmy, mamy się czym pochwalić i między innymi temu służą Zjazdy Lekarzy Polskich. Dowiadując się o osiągnięciach i sukcesach polskich lekarzy rozsianych po różnych instytutach na świecie, możemy poczuć większą dumę z osiągnięć narodowych, gdziekolwiek rzucił nas los – powiedziała w czasie uroczystego otwarcia Anna Lella, przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego KPM, a jednocześnie prezes Okręgowej Rady Lekarskiej Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej. Dodała, że kongresy i zjazdy dochodzą do skutku dzięki współpracy



– **No fault nie polega na bezkarności – powiedział wiceprezes NRL Klaudiusz Komor, prezentując stanowisko samorządu lekarskiego w kwestii jakości i bezpieczeństwa w medycynie**

z organizacjami polonijnymi. – Odbywają się one dzięki wsparciu NRL i izb okręgowych – podkreśliła.

OD HISTORII PO INNOWACJE

Sesje naukowe KPM odbywały się w Centrum Konferencyjno-Szkoleniowym Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego (UWM) w Olsztynie. Pierwszy wykład wygłosił prof. Włodzimierz Łopaczyński z National Cancer Institute. Po jego wystąpieniu rozpoczęły się sesje, w czasie których wiedza i doświadczeniem dzieliło się wielu uznanych lekarzy i lekarzy dentyków pracujących zarówno w kraju, jak i za granicą. Trudno wymienić ich nazwiska, ale warto wspomnieć o dwóch postaciach: prof. Marii Siemionow z University of Illinois w Chicago, która kilkanaście lat temu wykonała pierwszy w USA, a czwarty na świecie udany przeszczep twarzy, i neurologu prof. Zbigniewa Wszołka z prestiżowej Mayo Clinic.

Kongres miał charakter interdyscyplinarny, pozwalając zapoznać się z wiedzą z różnych obszarów medycyny. Panele poświęcono diagnostyce, leczeniu, onkologii, chirurgii małoinwazyjnej, geriatrici, nowoczesnym terapiom chorób skóry i kości, alergiom, chorobom zakaźnym, stomatologii, a nawet historii. – Polscy lekarze praktykujący w różnych zakątkach świata powinni chwalić się osiągnięciami i wkładem w rozwój medycyny. Program naukowy kongresu był więc bardzo bogaty. Zgromadziliśmy w jednym miejscu wybitnych specjalistów. Żadna dziedzina medycyny nie została pominięta, więc każdy lekarz i lekarz dentyś mógł znaleźć coś ciekawego dla siebie – powiedziała prezes Lella.

W CIENIU WOJNY

Z uwagi na wojnę trwającą za południowo-wschodnią granicą jedna z sesji została poświęcona medycynie katastrof i medycynie pola walki. Dr Natalia Izhytska z Lwowskiego Narodowego Uniwersytetu Medycznego opowiedziała o wyzwaniach dla służb medycznych w trakcie wojny w Ukrainie. Prezentowała zdjęcia obrażeń spowodowanych wykorzystaniem amunicji fosforowej, która jest zakazana przez prawo międzynarodowe (pociski z ładunkami fosforowymi wytwarzają ogromną temperaturę spalania, która może sięgać 800 st. Celsjusza). W jej opinii Rosjanie z premedytacją niszczą infrastrukturę ochrony zdrowia i pojazdy transportu medycznego, a część Ukraińców jest przekonana o istnieniu rosyjskiego rozkazu o fizycznej likwidacji w pierwszej kolejności wojskowych medyków. – Chciałabym podziękować, że w tej wojnie nie jesteśmy sami – powiedziała dr Natalia Izhytska. Jej wystąpienie, pełne doniesień medycznych z frontu, sala nagrodziła gromkimi oklaskami.

NO FAULT TO NIE BEZKARNOŚĆ

Jedną z najbardziej rozdyktowanych sesji była ta zatytułowana „Jakość i bezpieczeństwo w medycynie. Jak rozwiązać problem *no fault*”. – O *no fault* rozmawialiśmy z politykami wszystkich opcji – powiedział wiceprezes NRL Klaudiusz Komor, który zaprezentował stanowisko samorządu lekarskiego. W jego opinii receptę na deficyt kadr lekarskich stanowi szeroko rozumiana poprawa warunków pracy, a pomysł Ministerstwa Zdrowia, by w szybkim tempie zwiększać liczbę szkół wyższych



Sesję Naczelnej Rady Lekarskiej poprowadził kierownik COBIK NIL dr Artur Drobnik (na zdjęciu) wspólnie z dr. Wojciechem Domką, przewodniczącym Ośrodka Współpracy Zagranicznej NRL

kształcących przyszłych lekarzy, jest chybiony. – *No fault* nie polega na bezkarności. Uderzając w lekarza, uderzamy w pacjenta – dodał wiceprezes NRL.

– Wielu kolegów boi się zlecać młodszym kolegom pewne czynności związane z przerywaniem ciągłości tkanek – przyznał prof. Sergiusz Nawrocki, kierownik Katedry Onkologii i Kliniki Radioterapii UWM, a zarazem przewodniczący Komitetu Naukowego KPM. Janusz Kasina ze Sztokholmu, wieloletni prezes Federacji Polonijnych Organizacji Medycznych, podkreślił, że *no fault* trzeba zorganizować tak, by pomóc pacjentom bez konieczności ścigania lekarzy przez prokuratorów.

RÓŻNE KRAJE, PODOBNE SPOJRZENIE

– Codzienna praca pod presją jest straszna. Skoro wybieramy zawód, którego istotą jest pomaganie pacjentom, powinno istnieć domniemanie niewinności – mówił Mateusz Rybicki, lekarz rodziny pracujący na co dzień w Szwecji. – Niepowodzenia są wpisane w okres nauki i nie da się ich całkowicie uniknąć, a pojawienie się zdarzeń niepożądanych nie przesądza o niczyjej winie – skomentował jeden z młodych lekarzy.

Choć KPM i ŚZLP zdominowały wydarzenia naukowe, wieczory uatrakcyjnił program artystyczny, który mógł zaspokoić różne gusta. W przededniu kongresu w bazylice odbył się koncert chóru Medici Pro Musica, którego trzon stanowią lekarze, a ostatniego wieczoru Festiwal Lekarskich Zespołów Rockowo-Bluesowych „Esculap Rock”. Tuż po uroczystym otwarciu KPM wystąpiła Orkiestra Symfoniczna Filharmonii Warmińsko-Mazurskiej, a gwiazdą jednego z wieczornych bankietów był zespół Enej – w jego składzie gra syn jednego z olsztyńskich profesorów medycyny. ■■■

EFMA w Warszawie

Naczelna Izba Lekarska [NIL] była gospodarzem Europejskiego Forum Stowarzyszeń Medycznych [European Forum of Medical Associations – EFMA]. To coroczne spotkanie przedstawicieli organizacji lekarskich z naszego kontynentu.

Mariusz Tomczak dziennikarz

Wymieniamy się pomysłami i odmiennym punktem widzenia. Uczymy się, dyskutując o ważnych sprawach – podkreśliła Leah Wapner, sekretarz generalna EFMA, rozpoczynając warszawską konferencję. – To dobra okazja do rozmowy o problemach lekarzy z całego kontynentu – powiedział prezes Naczelnej Rady Lekarskiej (NRL) Łukasz Jankowski, który powitał zagranicznych gości w trakcie oficjalnego otwarcia. Podkreślił, że pod względem historycznym stolica Polski jest mostem łączącym Wschód z Zachodem.

SOLIDARNOŚĆ Z UKRAINĄ

Podczas otwarcia konferencji, która odbyła się pod hasłem „Solidarność z Ukrainą”, odczytano list ambasadora Ukrainy w Rzeczypospolitej Polskiej z podziękowaniami dla środowiska lekarskiego z całej Europy za wsparcie okazane jego rodakom. Ambasador zwrócił uwagę, że tegoroczna edycja Forum odbywa się w czasie szczególnym dla ukraińskich lekarzy, którzy są zaangażowani w pomoc osobom walczącym o niepodległość i suwerenność kraju, a także o wartości europejskie.

Do wojny, która od kilkunastu miesięcy trwa za naszą południowo-wschodnią granicą, nawiązał także prezes NRL Łukasz Jankowski. Jak powiedział, zanim rozpoczęła się rosyjska inwazja zbrojna, w Polsce pracowali lekarze z Ukrainy, a obecnie ich liczba wzrosła do kilku tysięcy. Podkreślił

też znaczenie dobrej komunikacji z pacjentami, która jest kluczowa dla powodzenia procesu leczniczego. Zdaniem prezesa Jankowskiego, w ramach EFMA warto rozmawiać także o poziomie kształcenia. Opowiedział o kontrowersjach związanych z uruchamianiem w Polsce studiów na kierunku lekarskim w uczelniach nieposiadających odpowiedniej kadry i bazy dydaktycznej.

O PRAWIE I MEDYCYNIE

Obrady EFMA obfitowały w różnorodną tematykę – od roli lekarzy w czasie konfliktów zbrojnych, przez medycynę pola walki, organizację opieki zdrowotnej dla uchodźców, rehabilitację, po szczepienia. Nie mogło zabraknąć wykładów o znaczeniu narodowych organizacji zrzeszających lekarzy. Dyrektor Departamentu Rozwoju Kadr Medycznych w Ministerstwie Zdrowia Małgorzata Zadorożna omówiła tzw. uproszczony tryb zatrudniania lekarzy i lekarzy dentyków, obejmujący w szczególności obywateli Ukrainy, którzy przekroczyli granicę z Polską zarówno przed rozpoczęciem rosyjskiej inwazji, jak i po nim. Zwróciła uwagę, że przepisy te są skróconą ścieżką uzyskania prawa wykonywania zawodu na maksymalnie pięć lat. W tym czasie część cudzoziemców może

**Ambasador
Ukrainy w RP
dziękował
środowisku
lekarskiemu za
wsparcie okazane
jego rodakom**

jednak zdecydować się na przejście pełnej procedury uznania kwalifikacji, tj. uznanie dyplomu w drodze nostryfikacji albo Lekarskiego (Lekarsko-Dentystycznego) Egzaminu Weryfikacyjnego, ukończenie stażu podyplomowego w Polsce lub uznanie stażu odbytego za granicą, zaliczenie Lekarskiego (Lekar-

sko-Dentystycznego) Egzaminu Końcowego oraz zdanie egzaminu językowego.

Kierownik Centrum Uznawania Kwalifikacji NIL Marek Szewczyński przybliżył praktyczne aspekty uzyskiwania zezwolenia na wykonywanie zawodu lekarza w Polsce przez lekarzy spoza UE. Podkreślił, że w ocenie samorządu lekarskiego wykazanie odpowiedniej znajomości języka polskiego oraz kwalifikacji zawodowych powinno zawsze być wymogiem uzyskania uprawnień zawodowych.

CO ROKU GDZIE INDZIEJ

Spotkania EFMA odbywają się od 1986 r., co rok w innym państwie. Ich celem jest wymiana poglądów na tematy dotyczące medycyny, systemu ochrony zdrowia i wykonywania zawodu z przedstawicielami organizacji lekarskich z państw europejskich, w tym także tych nienależących ani do UE, ani do Europejskiego Obszaru Gospodarczego. Do Warszawy przyjechało kilkudziesięciu lekarzy zarówno z Europy Zachodniej, jak i z terenu byłego ZSRR (m.in. Azerbejdżan, Gruzja, Kazachstan), a także Izraela. Forum odbyło się w Warszawie po raz drugi (w dniach 21-24 czerwca 2023 r.) – wcześniej Polska była gospodarzem spotkania w 2000 r.

W 2022 r., tuż po rozpoczęciu rosyjskiej inwazji na Ukrainę, EFMA wspólnie ze Światowym Stowarzyszeniem Lekarskim (WMA) i Stałym Komitetem Lekarzy Europejskich (CPME) utworzyła fundusz z myślą o pomocy humanitarnej. Środki trafiły na zakup zaopatrzenia medycznego i wsparcie finansowe pomocy udzielanej ukraińskim lekarzom i placówkom ochrony zdrowia. Transporty do Ukrainy trafiały głównie przez Polskę.

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

PAZ Portfel Aplikacji Zdrowotnych

Doświadczenia ostatnich lat pokazały, że transformacja cyfrowa ochrony zdrowia to właściwy kierunek działań. Pandemia COVID-19 była jednym z czynników, które przyczyniły się do dynamicznego rozwoju rozwiązań w obszarze zdrowia cyfrowego i telemedycyny. Aby zapewnić ciągłość opieki zdrowotnej, wykorzystano dotychczasowe rozwiązania i wdrożono szereg nowych.

Hubert Życiński zastępca dyrektora, Departament Innowacji Ministerstwa Zdrowia

Wyzwania takie jak starzejące się społeczeństwo, nierówności w dostępie do ochrony zdrowia, niedobór kadr oraz dojrzałość cyfrowa odbiorców zwiększają zapotrzebowanie na nowe e-usługi.

Dostrzegły to Izby Lekarskie. Powołały one inicjatywę NIL IN, czyli sieć lekarzy innowatorów, którzy mają wspierać rozwój nowoczesnej medycyny cyfrowej, aby niosła wymierne korzyści dla pacjentów i aby powstawały nowe narzędzia dla lekarzy.

Transformacja cyfrowa ochrony zdrowia to bardzo ważny proces Ministerstwa Zdrowia. Ministerstwo wykorzystuje nowoczesne technologie do zwiększenia skuteczności profilaktyki i leczenia oraz do odciążenia kadry medycznej. Jest to szczególnie istotne w obliczu deficytów personelu medycznego i rosnących potrzeb społeczeństwa dotyczących ochrony zdrowia.

Stale rozwijamy portfolio systemowych usług cyfrowych w zdrowiu, takich jak: Internetowe Konto Pacjenta (IKP) i jego mobilna wersja (mojeIKP), e-recepta, e-skierowanie, Zdarzenia



Medyczne i Elektroniczna Dokumentacja Medyczna. Transformacja cyfrowa sektora ochrony zdrowia to jeden z naszych priorytetów. W marcu tego roku poszerzyliśmy ofertę cyfrową dla pacjentów o Portfel Aplikacji Zdrowotnych (PAZ).

Znajdą się w nim aplikacje certyfikowane przez Ministerstwo Zdrowia. Chcemy wskazać pacjentom rzetelnie opracowane aplikacje, z których będą mogli bezpiecznie korzystać. W Portfelu Aplikacji Zdrowotnych (PAZ) umieścimy tylko te, które zostaną pozytywnie zweryfikowane i otrzymają tytuł Aplikacji Certyfikowanej MZ.

Mimo że aplikacje umieszczone w PAZ są skierowane do pacjentów, to korzyści z tego systemu odniosą wszystkie zaangażowane strony.

Personel medyczny zyska sprawdzone narzędzie, które pomoże np. monitorować stan zdrowia pacjenta i wspierać go w realizacji zaleceń, a tym samym zaangażuje w proces dbania o zdrowie. Dla właścicieli aplikacji będzie natomiast świadectwem najwyższej jakości i skuteczności ich produktu oraz szansą na jego rozpowszechnienie wśród pacjentów.

Tytuł Aplikacji Certyfikowanej MZ będą mogły uzyskać te aplikacje, których oprogramowanie zostało zakwalifikowane jako wyrób medyczny – jeśli są to aplikacje zdrowotne, które realizują procesy diagnostyczne lub terapeutyczne. Status wyrobu nie będzie konieczny w przypadku aplikacji wspierających, które nie realizują takich procesów.

Aplikacja, która otrzymała certyfikat, będzie włączona do Portfela Aplikacji Zdrowotnych (PAZ) na 24 miesiące. W tym czasie właściciel aplikacji musi ją aktualizować i wersjonować. Po 12 miesiącach od certyfikacji aplikacja zostanie poddana ewaluacji.

Aplikacje zgłoszone do oceny będą weryfikowane pod względem formalnym (przez Ministerstwo Zdrowia), merytorycznym (przez ekspertów koordynowanych przez NIL IN i Radę Organizacji Pacjenckich) oraz pod kątem bezpieczeństwa informacji (zadanie to realizuje Centrum e-Zdrowia). Weryfikacja musi być w pełni transparentna, a ocena - jak najbardziej wiarygodna. Dlatego organizacje

eksperskie i pacjenckie biorą udział zarówno w przygotowaniu, jak i w ocenie zgłoszonych aplikacji.

Aplikacje można zgłosić do oceny przez formularz dostępny na stronie: <https://e-inwestycje.mz.gov.pl/> w zakładce „PAZ”. Są tam też dostępne inne materiały: regulamin, wzór umowy, instrukcja wypełniania wniosku i FAQ.

Zapraszamy Państwa do współpracy - dołączcie do grona ekspertów NIL IN! Razem rozwijamy sektor ochrony zdrowia. Zaangażowanie organizacji reprezentujących ekspertów:

- ocena merytoryczna zgłoszonych aplikacji przez 3 ekspertów w ciągu 10 dni roboczych

- ocena na podstawie formularza zgłoszenia wypełnianego przez wnioskodawcę
- ocena może być: pozytywna, negatywna lub pozytywna warunkowo (można zawrzeć uwagi dla autora aplikacji dotyczące zakresu koniecznych zmian, jakie muszą być dokonane w aplikacji)
- formularz oceny oraz informacje o aplikacji będą dostępne online (portal internetowy)
- udział w procesie ewaluacji po 12 miesiącach od włączenia aplikacji do PAZ i ewentualna ocena zmian/aktualizacji, które jej właściciel będzie chciał wdrożyć w międzyczasie.



nil in summit

I KONFERENCJA PODSUMOWUJĄCA
DZIAŁALNOŚĆ nil in

SAVE THE DATE 15-16 WRZEŚNIA 2023 • HYBRYDOWO •

Dołącz do bazy ekspertów PAZ

Ministerstwo
Zdrowia



Budowa start-upu telemedycznego

PRZESZKODY, SUKCESY I WZORCE NA PRZYKŁADZIE STETHOME®

StethoMe to polska firma, która opracowała innowacyjne narzędzie do monitorowania stanu układu oddechowego, zmieniając sposób, w jaki pacjenci i lekarze podchodzą do badania osłuchowego.

Artur Podgorzak VP of Growth at StethoMe

Produkt składa się z dwóch części: elektronicznego stetoskopu oraz aplikacji mobilnej współpracującej z algorytmami sztucznej inteligencji. Stetoskop nagrywa dźwięki układu oddechowego i dokonuje ich analizy za pomocą certyfikowanych algorytmów sztucznej inteligencji. StethoMe wykrywa nieprawidłowe dodatkowe dźwięki oddechowe, takie jak świsty, furczenia, rżenia drobnośliskowe i rżenia grubośliskowe. Mierzy również częstość oddechu, stosunek czasu wdechu do wydechu oraz tętno. Wyniki pomiarów pacjent może łatwo udostępnić swojemu lekarzowi za pośrednictwem linka.

Istnieje kilka kluczowych czynników, które przyczyniły się do sukcesu StethoMe. Po pierwsze, zadowolenie klientów było zawsze na pierwszym miejscu. StethoMe skupiło się na rozwiązywaniu problemów ludzi i ułatwianiu im życia. Pacjenci podkreślają, że dzięki StethoMe udało im się wyeliminować niepotrzebne wizyty w przychodni co jest wartością zarówno dla pacjenta, jak i systemu.

W pierwszej kolejności skupiono się na stworzeniu od podstaw stetoskopu i aplikacji, tak aby mogły być w bezpieczny sposób wykorzystywane przez laika. Stworzenie algorytmów interpretujących sygnały osłuchowe zajęło kilka lat. Dzięki współpracy pomiędzy StethoMe i ośrodkami medycznymi stworzono olbrzymią bazę dźwięków osłuchowych,

które były szczegółowo opisywane przez lekarzy i akustyków. Lekarze wykonali ponad milion oznaczeń, które stały się bazą do nauki dla algorytmów.

Na początku wykonano badania i analizy, aby określić, dla jakiej grupy pacjentów elektroniczny stetoskop mógłby dostarczyć największą wartość. Wybór padł na populację pacjentów pediatrycznych z podejrzeniem astmy lub chorujących na nią. Jest to grupa pacjentów, która wymaga częstych kontroli układu oddechowego, a jednocześnie w tej grupie brakuje obiektywnych narzędzi do monitorowania i diagnostyki choroby.

Dzięki powołaniu rady medycznej pod przewodnictwem prof. dr hab. n. med. Andrzeja Emeryka udało się stworzyć roadmapę dalszego rozwoju produktu, a ekspertom – opracować zalecenia dotyczące wykorzystania elektronicznego stetoskopu w diagnozowaniu oraz monitorowaniu pacjentów z astmą. Zalecenia te są zgodne z najnowszymi rekomendacjami Sekcji Pediatrycznej Polskiego Towarzystwa Alergologicznego oraz Polskiego Towarzystwa Pneumonologii Dziecięcej.

Współpraca z Ministerstwem Zdrowia i innymi świadczeniodawcami była kluczowa dla rozwoju narzędzia, a udane pilotaże były ważnym elementem w drodze do celu, jakim jest wdrożenie StethoMe jako narzędzia systemowego podlegającego refundacji. Ta ścieżka jest jednak bardzo wyboista. Współpraca z Ministerstwem Zdrowia oraz innymi

przedstawicielami rynku regulacyjnego i medycznego odgrywa zasadniczą rolę w osiągnięciu tych celów.

Innym wyzwaniem są ograniczone (w porównaniu z korporacjami) budżety, które stanowią przeszkodę w skutecznym wprowadzaniu innowacyjnych technologii na rynek. StethoMe musiało przezwyciężyć tę barierę, wdrażając swoje narzędzie stopniowo i angażując się w edukację personelu medycznego. W środowisku medycznym ważne jest znalezienie ośrodków i osób, które wspierają innowacje i chętnie współpracują przy takich projektach. W StethoMe we współpracy z lekarzami zostało wypracowanych ponad 10 publikacji naukowych. Obecnie lekarze są kluczową grupą, której zaangażowanie w proces wdrażania i akceptacji rozwiązania jest niezwykle istotne. Praca z młodymi lekarzami i udostępnianie bazy nagrań osłuchowych pomogły firmie w zbudowaniu zaufania i podniesieniu świadomości na temat korzyści wynikających z użycia ich produktu.

Podsumowując, StethoMe jest doskonałym przykładem start-upu telemedycznego, który pokazał, jak można z sukcesem budować innowacyjne narzędzia opieki zdrowotnej. Skupienie się na zadowoleniu klientów i rozwiązywaniu ich problemów, współpraca z instytucjami zdrowia, proces certyfikacji oraz prowadzone badania naukowe były kluczowymi elementami sukcesu StethoMe.

SIEĆ INNOWATORÓW NIL IN



SYSTEMOWA ENERGIA

Czerwiec to intensywny miesiąc, który ma nas doprowadzić do spokojniejszego okresu wakacji. Tak też jest w przypadku kolejnego odcinka kawy z innowatorami, a w tym przypadku z innowatorką.



Jakub Chwiećko

pediatra,
lider Grupy ds. Start-upów NIL IN

Ligia Kornowską, z którą znam się całkiem dobrze już od kilku lat, spotykamy się podczas trzeciej konferencji „AI & MEDTECH CEE”. Wydarzenie jak zwykle przyciąga mnóstwo gości, również z zagranicy, wykładowcy to m.in. przedstawiciele ambasady Wielkiej Brytanii, Izraela, Chorwacji, Słowacji, brytyjskiego NHS czy też jednego z największych centrów rozwoju innowacji – izraelskiego Sheba Medical Center.

Podczas konferencji Ligia prezentuje również najnowszy, 4. raport dotyczący branży start-upów medycznych w Polsce (Top Disruptors in HealthCare). Raport już od kilku lat zbiera najważniejsze trendy w sektorze polskich innowacji, zarówno w branży MedTech, Digital Health, jak i BioTech.

Ligia jest także dyrektorem zarządzającym w Polskiej Federacji Szpitali, a także panią prezes w Fundacji Podaruj Dane, nie wspominając o byciu prezeską start-upu Data Lake oraz Liderką Koalicji AI w Zdrowiu, która rok temu przedstawiła „Białą Księgę AI w praktyce klinicznej”, jeden z pierwszych tego typu dokumentów w Europie.

Podczas konferencji umawiamy się z Ligią na „spokojniejszy” termin na rozmowę. Tym czasem okazuje się jej wyjazd do Izraela, gdzie m.in. bierze udział w panelu dyskusyjnym „Efekty zdrowotne – wypełniając lukę między dzisiejszymi przełomowymi technologiami a potrzebami organizacyjnymi”. Nasza kawa z innowatorką przybiera więc tym razem wirtualny, międzynarodowy charakter.

Podczas rozmowy Ligia jak zwykle jest zrelaksowana i pewna siebie. Opowiada o wrażeniach z pobytu na konferencji



w Kraju Start-upów, którym niewątpliwie jest Izrael. W rozmowie przywołuje przedstawiany przykład na wykorzystanie danych w Izraelu. Ucyfrowienie danych, które sięgają aż lat 50., wykorzystano w pandemii do predykcyjnych akcji profilaktycznych. Potencjalnie narażeni obywatele byli informowani o zagrożeniu epidemiologicznym z uwagi na ich stan zdrowia oraz możliwość ekspozycji na COVID-19 w ich okolicy.

Pomimo pasjonującej rozmowy staram się wrócić nieco do początków pasji i zainteresowania Ligii innowacjami. Wspomina, że już idąc na studia medyczne, chciała łączyć ze sobą biznes i medycynę. Szybko zaangażowała się w działalność kół naukowych i organizacji studenckich. Nawiązała również współpracę z Polską Federacją Szpitali, która trwa do teraz, oraz założyła stowarzyszenie Młodzi Menedżerowie Medycyny (MMM). To właśnie w ramach MMM, jak podaje, zaczęły rodzić się nowe przyjaźnie i współprace, które rozwijały się w oparciu o innowacje medyczne. Podczas interdyscyplinarnych

spotkań młodzi medycy wymieniali się doświadczeniami z przedstawicielami technologii oraz biznesu. To, co początkowo było „fajnymi”, niezobowiązującymi działaniami, szybko zaczęło zmieniać się w realne projekty na styku różnych światów. Jak sama podaje, networking, czyli poznawanie nowych osób, szczególnie z różnych dziedzin nauki i życia, przynosiło najwięcej nauki i inspiracji.

Na koniec pytam o najbliższy jej obecnie sercu projekt, w którym bierze udział. Z uwagi na ich mnogość, sam jestem ciekaw, jakiego wyboru dokona. Zgodnie z moimi przewidywaniami wspomina o Fundacji Podaruj Dane. Projekcie, który zrodził się w jej głowie dobrych kilka lat temu. Dostrzegając potencjał w danych medycznych, blokadę, jaką jest ich brak przy rozwoju innowacji, a także potrzebę zadbania o prywatność pacjentów oraz biorąc pod uwagę ich preferencje co do wykorzystania tych danych, poszła drogą „crowd-sourcingu” danych, które mógł te wszystkie wyzwania pogodzić. Jak sama podkreśla, najważniejszy w tym przypadku jest pacjent, który w pełni decyduje o swoich danych personalnych, a ewentualne udostępnienie informacji stronie, która buduje innowację, odbywa się w zanonimizowany i bezpieczny sposób.

Dotychczasowy odbiór tej idei jest bardzo pozytywny, a jak sama podkreśla, lekarze sami zapraszają ją do przedstawienia Fundacji w ich szpitalach i oddziałach, doskonale rozumiejąc potrzebę budowania dużych baz danych w celach naukowych, a także rozwojowych.

Jestem pewien, że z Ligią Kornowską, innowatorką, spotkamy się na kawie jeszcze nie raz!

ESTREMADURA

Terra incognita

Najmniej znany region Hiszpanii zaskakuje bogactwem zabytków i oszałamiającą przyrodą. Warto tu także przyjechać po spokój.



Z Trujillo można podziwiać przepastne tereny okalające miasto



Mérida



Akwedukt Cudów w Méridzie

Karolina Kowalska redaktorka naczelna

Kiedy mały samolot lokalnych linii lotniczych ląduje na małym lotnisku w Badajoz, nie wiem jeszcze, czego spodziewać się po najmniej znanej, a może najmniej rozreklamowanej wspólnocie autonomicznej Hiszpanii. Ale już po chwili orientuję się, że trafiłam do Hiszpanii znanej z czytanek skryptów warszawskiej Academia de la Lengua Española, w której pod koniec lat 90. zaczynałam swoją przygodę z językiem 650 milionów ludzi na świecie. Hiszpanii z masą wolnej przestrzeni, starożytnymi twierdzami i spokojem sjeści. Z churros maczanymi w gęstej czekoladzie, gorzkim cortado, i wszechobecnym „Ola! Buenas!”.

Zupełnie innej niż ta, której nauczyły mnie pierwsze pobyty na Półwyspie Iberyjskim,

które zadały kłam czytankom – zamiast Hiszpanów, pochowanych po biurkach, w barach i sklepach, witali mnie obcokrajowcy, a poza oszałamiającą architekturą Madryt czy Barcelona jawiły się jak każde inne (turystyczne) miasto europejskie.

Już podróż przez długie połacie gajów oliwnych nastroja, wycisza i przestawia w tryb odpoczynku. Region, graniczący z Portugalią, Andaluzją, Kastylią-Leon i Kastylią-La Mancha, należy do najmniej zaludnionych w Hiszpanii. Przy 26 osobach na km² – mieszka tu niespełna 3 proc. Hiszpanów. Nie inaczej stolica Estremadury – Mérida, która w spokojne majowe popołudnie wita słońcem i ciszą. Miasto, wywodzące nazwę od starożytnej Emerity Augusty, ożywa wieczorem, ale próżno tu wyglądać hord turystów czy nasłuchiwać języków innych niż hiszpański.

W Méridzie przynajmniej trzy razy doznaję déjà vu – we wzniesionym w latach 16-15 p.n.e. teatrze rzymskim Teatro Romano, miejscu, w którym w lipcu odbywa się międzynarodowy festiwal teatrów antycznych, w amfiteatrze, którego budowę rozpoczęto w 8 r. p.n.e., a także w przeznaczonym na 30 tys. widzów cyrku rzymskim, jednym z najlepiej zachowanych cyrków pozostałych po imperium rzymskim. Wpływy arabskie są tu mniej widoczne, choć w Estremadurze, dawnej Luzytanii, wszystko przypomina o ścieraniu się dawnych mocarstw.

Zabytki rzymskie Méridy to jedne z trzech grup obiektów Estremadury, które zostały wpisane na Listę Światowego Dziedzictwa UNESCO, a podróżny nie może się oprzeć wrażeniu, że oto wylądował w Rzymie. Próżno jednak tu szukać tłumów jak w Koloseum. Estremadura dopiero czeka na odkrycie.

Wizyta w oddalonym ponad 60 km Cáceres, drugiej, po Badajoz, stolicy prowincji Estremadury, to podróż w czasie o kilkanaście wieków, w czasy rycerstwa. Tu wieże z czasów muzułmańskich sąsiadują z rycerskimi pałacami, z których niegdyś każdy wyposażony był w obronną wieżę. Najciekawszą z zachowanych jest Wieża Bocianów – Torre de las Cigüeñas, którą rzeczywiście upodobały sobie będące symbolem regionu bociany.

Jadąc 47 km na Wschód do Trujillo, trafiamy w kolejną epokę – czasy konkwistadorów. Miasto, którego symbolem jest wykonany z brązu pomnik założyciela Limy – Francisco Pizarro – zostało założone przez Juliusza Cezara, swój rozkwit przeżyło w czasach podboju Ameryki. To stąd pochodzili zdobywca miasta Meksyku Hernán Cortés, odkrywca Mississipi Hernando de Soto czy kartograf dorzecza Amazonki Francisco de Orellana. Pałace z tamtego czasu zdobią charakterystyczne dla Trujillo ukośne balkony.

Niemniejsze wrażenie robi Twierdza Altamiranos de Alcazarejo, wybudowana w XIII w. przez Fernána Ruiza. Z jej murów rozciąga się oszałamiający widok na całą okolicę, a przechadzający się po nich mają wrażenie spaceru na szczycie świata.

Godzina drogi dzieli Trujillo od Plasencii, położonej nad brzegiem rzeki Jerte, miasta zamieszkanego przez Rzymian i Arabów do czasu odzyskania go przez Alfonsa VIII. Szlachta z regionu przeniosła się tu w wieku XV, decydując o obecnym wyglądzie miasta. W samym centrum średniowiecznego centrum znajduje się jeden z najpiękniejszych Paradorów w Hiszpanii (państwowa sieć hoteli urządzonych w zabytkowych klasztorach, zamkach i pałacach), znajdujący się w starym klasztorze Santo Domingo. Nocleg w zabytkowych murach to doświadczenie historii tamtych czasów, tyle że w dużo bardziej komfortowym wydaniu.

Plasencia ze swoimi wspaniałymi pałacami, muzeami i katedrami to doskonała baza wypadowa do Parku Monfragüe – mekki miłośników ptaków, którzy ściągają tu z całej Europy. Bogata roślinność, zapierające dech w piersiach widoki i wielkie przestrzenie to balsam dla duszy.

W Estremadurze odnalazłam Hiszpanię z czytelnik i wyobrażeń. I coś unikalnego: spokój. Gorąco polecam.



Park Narodowy Monfragüe
u zbiegu Tagu i rzeki Tíetar to
jedno z najlepszych miejsc
do obserwacji ptaków w Hiszpanii

ESTREMADURA W SKRÓCIE

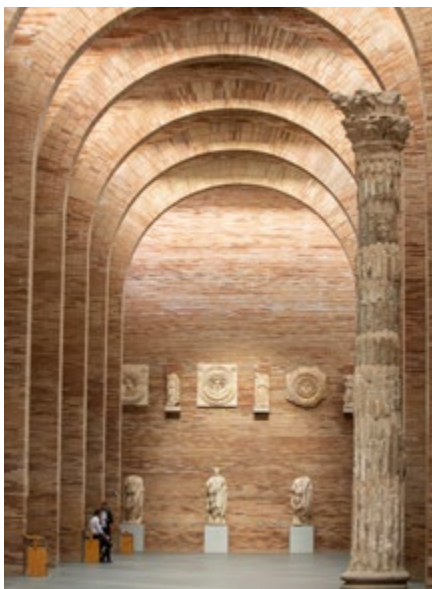
BIRDWATCHING W MONFRAGÜE



Park Monfragüe to mekka miłośników ptaków, którzy ściągają tutaj z najdalszych zakątków nie tylko Hiszpanii czy Europy, ale całego świata. Od świtu wypatrują gniazdujących tu sępików czarnych, bocianów czarnych, białosępów (które bilirubinę wydzielają przez skórę głowy, czemu zawdzięczają jej żółto-pomarańczową barwę), sokołów wędrownych, orłów południowych czy puchaczy zwyczajnych. Jeden z najlepszych punktów obserwacji ptaków w Europie, Park Monfragüe, oferuje specjalne szlaki, miejsca, z których najlepiej widać gniazda poszczególnych gatunków, a także wycieczki z przewodnikami, którzy o tutejszej faunie i florze wiedzą wszystko.

NARODOWE MUZEUM SZTUKI RZYMSKIEJ W MÉRIDZIE

Budynek, zaprojektowany przez słynnego Rafaela Moneo, łukami, kolorystyką i przemyślanym wykorzystaniem naturalnego oświetlenia nawiązuje do czasów rzymskich i okolicznych budowli i sam w sobie jest warty podziwiania. Otwarte w 1986 r. muzeum wydaje się osiągnięciem ostatnich lat. Chłodne mury chronią też przed upałem turystów, którzy na zwiedzanie Méridy wybrali niewłaściwą porę nieznośnego skwaru. W środku można podziwiać fragmenty teatru oraz domu rzymskiego, a także monety, ceramikę, szkło, często pozbawione głów lub kończyn rzeźby, obrazy oraz mozaiki. To wszystko pozostałości po antycznym rzymskim mieście Augusta Emerita (od Emerita pochodzi współczesna nazwa Mérida). W dolnej części budynku prowadzone są wykopaliska archeologiczne.



UCZTA RZYMSKA



Architektura rzymskiego miasta i spotykane na każdym kroku pozostałości kultury antycznej nie pozostają bez wpływu na mieszkańców Méridy, Cáceres i okolic. Niemal każdy mieszkaniec ma w domu rzymską togę, którą przywdziewa na specjalne okazje, takie jak festiwal Emerita Lvdica. Na przełomie maja i czerwca można się tu poczuć jak 2000 lat temu. Okazji do zakosztowania rzymskiego stylu życia nie brakuje także na co dzień. W oddalonym o 15 km od Méridy Aljucén można przenieść się w przeszłość w Termas Aqua Libera, butikowym hotelu. Po kąpeli w łaźni odziani w togi goście mogą uraczyć się posiłkiem według przepisów rzymskich, leżąc na poduszkach niczym bogaci Rzymianie.

BOCIANY



Kto by pomyślał, że bocian, który jako symbol Polski mógł konkurować z oficjalnie za niego uznanym orłem, kojarzony jest w Hiszpanii z Estremadurą? Nazywana czasem krainą bocianów, mogłaby swobodnie konkurować z Podlasiem. Bociany wiją tu gniazda na zabytkowych budowlach i obsiadają akwedukty (jak Akwedukt Cudów w Méridzie).

SEROWA SPECJALNOŚĆ



Jedną ze specjalności Estremadury są sery, z których trzy doczekały się chronionej nazwy pochodzenia. Torta del Casar (na zdjęciu) wytwarzany jest z mleka owczego, które się zsiada pod wpływem fitoenzymów zawartych w słupkach ostu.

PARADORY



Paradores de Turismo de España to utworzona przez króla Alfonsa XIII w 1928 r. państwowa sieć hoteli mieszczących się w zabytkowych zamkach, pałacach i klasztorach. Na zdjęciu Parador w Zafrze, który z muzułmańskiej fortecy został przekształcony w pałac książęcy.

KULTURA

IDŹCIE NA „POGO”!

Jakub Sieczko pracował jako lekarz w warszawskim pogotowiu ratunkowym sześć lat. Przez blisko pięć lat pisał na ten temat książkę. Książkę, którą czyta się jednym tchem. W której – jak twierdzi wybitny reporter Mariusz Szczygieł – nie ma ani jednego pustego zdania.

Sławomir Zagórski

Sieczko o pracy ratownika medycznego pisze rzeczowo, szczerze, prawdziwie. Pokazuje, jak ta praca niszczy i zużywa człowieka. Jak trudno bronić się w niej przed zubożeniem i cynizmem. Jak wygląda podskórne życie miasta, o którym większość mieszkańców stolicy nie ma pojęcia.

Książka zyskała świetne recenzje. Znalazła się w finale nagrody im. Ryszarda Kapuścińskiego. A teraz została przeniesiona na deski stołecznego Teatru Polonia.

Blisko dwugodzinny monodram w brawurowym wykonaniu Marcina Hyncnara porusza, bawi, niepokoi. Odżyły we mnie znane z wcześniejszej lektury opisy resuscytacji 21-latk, rozmowy z panią



Leokadią, która wzywa pogotowie tylko po to, by z kimś porozmawiać. Przejmujące spostrzeżenia o wzajemnej nienawiści małżonków z ponad 50-letnim stażem. Dramatyczne relacje dotyczące ratowania umierających dzieci.

„W <Pogo> w Teatrze Polonia Marcin Hyncnar jest lepszym mną niż ja sam” – napisał Jakub Sieczko na FB.

Jeśli miałbym się czegoś czepiać, to że dawka „ostrych kawałków” jest – jak dla mnie – za duża. Akcja monodramu musi zwalniać i przyspieszać, ale po piątym przyspieszeniu czułem się wyczerpany. Chętniej chłonałem ciche, wolniejsze fragmenty. Ale praca w pogotowiu nie jest cicha ani powolna, nie brakuje w niej adrenaliny, więc rozumiem ten zabieg reżyserski.

To, co wiem na pewno, to to, że mój szacunek dla lekarzy po tym wieczorze w teatrze jest jeszcze większy niż dotychczas. A dźwięk karetki pogotowia pędzącej przez warszawskie ulice będzie mi się już chyba zawsze kojarzyć z tym, co przeczytałem i usłyszałem w „Pogo” i budzić we mnie uczucia, jakich wcześniej nie znałem. ■■■

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

Jakub Sieczko, „Pogo”, Teatr Polonia. Adaptacja i reżyseria: Kinga Dębska. Premiera: 15 czerwca 2023

Esculap Rock 2023



Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska w Olsztynie już po raz szósty zorganizowała Ogólnopolski Festiwal Lekarskich Zespołów Rockowo-Bluesowych „Esculap Rock”. Impreza odbyła się w sobotę 3 czerwca i w tym roku była częścią Programu XI Kongresu Polonii Medycznej/IV Światowego Zjazdu Lekarzy Polskich w Olsztynie.

Uczestnicy mogli posłuchać łącznie 11 lekarskich zespołów, które grały m.in. covery znanych i lubianych artystów oraz własne kompozycje. Wspólny relaks przy rockowej muzyce pozwolił na integrację lekarzy specjalistów z różnych zakątków świata. Nagrodę główną zdobył zespół Druły, składający się z lekarzy stomatologów, członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi, którzy wykonali bluesowo-rockowe kompozycje. Sukces tegorocznej edycji, której spiritus movens był jak zawsze Janusz Stępień z olsztyńskiego zespołu The Doctors, po raz kolejny utwierdził organizatorów w przekonaniu, że istnieje potrzeba integracji środowiska właśnie w takiej formie.

Karolina Witkowska

CZYTELNIA

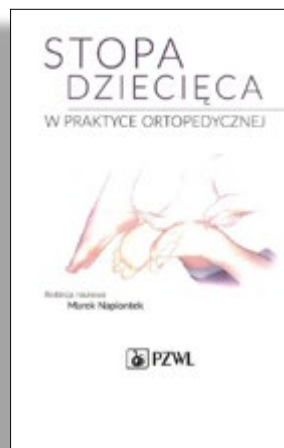
RADZIĆ SOBIE Z RAKIEM. JAK ZAPANOWAĆ NAD EMOCJAMI I ODZYSKAĆ NADZIEJĘ



Elizabeth Cohn Stuntz
Marsha M. Linehan

Życie z rakiem jest wyniszczające – nie tylko pod względem fizycznym, ale też psychicznym. Prof. psychologii Marsha M. Linehan i psychoterapeutka Elizabeth Cohn Stuntz wyjaśniają, jak ważna jest wsparcie psychologiczne dla pacjentów onkologicznych. Opisane w książce strategie oparte na terapii dialektyczno-behawioralnej pomagają radzić sobie po usłyszeniu trudnej diagnozy, a także zapanować nad skrajnymi emocjami w chorobie i walczyć ze smutkiem, lękiem i stresem. Znajdziemy tu także wskazówki dotyczące skutecznej komunikacji swoich potrzeb.

STOPA DZIECIĘCA W PRAKTYCE ORTOPEDYCZNEJ



Redakcja naukowa:
Marek Napiontek

Publikacja na temat diagnostyki i leczenia wad i uszkodzeń narządu ruchu u dzieci. Opisano m.in. sposoby i techniki badania stopy dziecięcej oraz rodzaje schorzeń tego narządu w okresie wzrostu. Omówiono zniekształcenia stopy wrodzone, neurogenne oraz w zespołach wad i chorobach systemowych, a także zapalenia i jałowe martwice stopy, a nawet urazy stopy i ich następstwa (w tym problemy dziecka maltretowanego). Nie mogło też zabraknąć informacji o guzach stopy i zmianach guzopodobnych. Prezentowane zagadnienia zilustrowano materiałem graficznym (ponad 670 rycin).

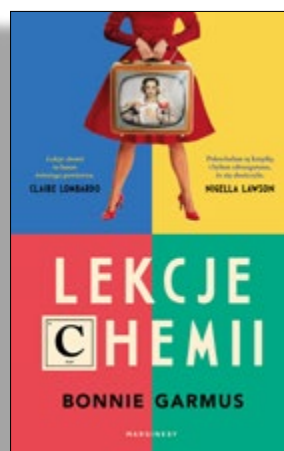
DOKTÓRKA OD FAMILOKÓW



Magdalena Majcher

„W każdej chwili do drzwi mojego gabinetu mogła zapukać milicja i aresztować mnie za podburzanie ludu i niszczenie socjalistycznej gospodarki, ale liczyli się dla mnie tylko moi mali pacjenci” – wspomina Jolanta Wadowska-Król, pediatra, która w 1974 r. ujawniła, że dzieci z katowickich Szopieniec cierpią na ołowicę. Kominy Huty Metali Nieżelaznych nie miały filtrów, a kiedy je zamontowano, wyłączano je na noc, by zwiększyć moce produkcyjne. Piece wyłączono w 1981 r., ale dr. Wadowskiej-Król nie pozwolono obronić doktoratu, który był nie na rękę władzy.

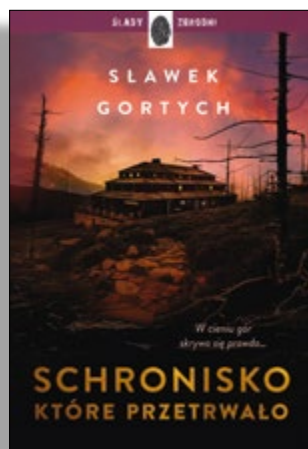
LEKCJE CHEMII



Bonnie Garmus

„Lekcje chemii” to haust świeżego powietrza – poleca bestseller „New York Timesa” pisarka Claire Lombardo. I ma rację! Książka jest dobrze napisana, świetnie przetłumaczona, a fabułę można przyrównać do „Świata według Garpa” Johna Irvinga. Tyle że „Lekcje chemii” napisała kobieta i wątki emancypacji w świecie nauki w latach 50. opisane są z kobiecą wrażliwością, a język bywa bardziej powściągliwy. Ale nie ustępuje książce Irvinga, jeśli chodzi o poczucie humoru. Warto poznać historię wybitnej chemiczki Elisabeth Zott, która przenosi chemię do kuchni, ucząc jej amerykańskie gospodynie domowe.

SCHRONISKO, KTÓRE PRZETRWAŁO



Sławek Gortych

Drugi tom wciągającego górskiego kryminału, w którym teraźniejszość przenika się z przeszłością. Jakie sekrety kryje karkonoskie schronisko Odrodzenie? Czy rozwiązania zagadki włamania do obiektu i zniknięcia dozorcy należy szukać w nazistowskiej przeszłości? Autorem książki jest świeżo upieczony lekarz dentysta (obecnie w trakcie odbywania stażu podyplomowego). Sławek Gortych w ubiegłym roku zadebiutował literacko pierwszym tomem powieści („Schronisko, które przestało istnieć”). Tom trzeci w przygotowaniu.

PEPEGO PRZEWODNIK PO ZIEMI



Agata Morka

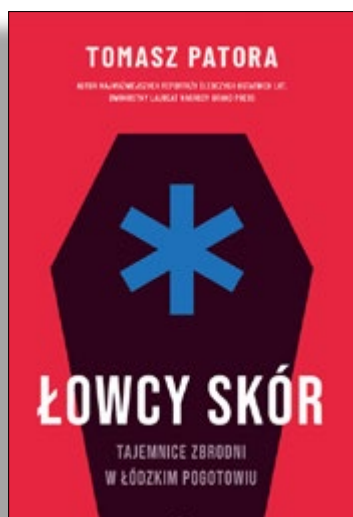
Książka dla dzieci ułatwiająca im wędrówkę po świecie – zarówno po jego jasnych, jak i ciemniejszych stronach. Tytułowy Pepe dowiadyuje się, jak radzić sobie ze strachem, radością czy znikaniem bliskich. Jak upadać i jak latać. I przede wszystkim dostaje wolność wyboru – może słuchać tych rad albo im się przeciwstawić. Każdy z rozdziałów składa się z dwóch sąsiadujących ze sobą stron – z tekstem po prawej i autorską ilustracją po lewej. To wbrew pozorom publikacja także dla dorosłych, szczególnie przyszłych rodziców. Autorką tej niezwyklej książki jest Agata Morka, doktor historii sztuki, prowadząca „Błąd malarzski” w „Gazecie Lekarskiej”.



„Nowojorski gołąb”, Ines Miszczak-Grzyb (rezydentka pediatrii, Częstochowa)
Uczestniczka Salonu PhotoArtMedica 2022

CZYTELNIA

ŁOWCY SKÓR. TAJEMNICE ZBRODNI W ŁÓDZKIM POGOTOWIU



Tomasz Patora

Po 21 latach dziennikarstwa śledczy Tomasz Patora wraca do opisywanej przez siebie (i dwóch innych dziennikarzy – Marcina Stelmasiaka i Przemysława Witkowskiego) w „Gazecie Wyborczej” afery, która wstrząsnęła Polską. Przedstawia dotychczas nieujawnione dokumenty i relacje świadków, a także analizuje materiały, by odpowiedzieć na pytanie, jak doszło do tego, że śmierć stała się cenniejsza od życia, i dlaczego za zabójstwa odpowiadały tylko cztery osoby, skoro powinno odpowiedzieć co najmniej kilkanaście.

RATOWNIK. NIE JESTEM BOGIEM



**Justyna Dźbik-Kługe,
Jarosław Sowizdraniuk**

Jarosław Sowizdraniuk, wykładowca Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, przez kilkanaście lat był ratownikiem medycznym. Do zawodu wrócił na czas pandemii i jej doświadczenia skłoniły go do wspomnień o początkach w zawodzie i opowieści o nowej rzeczywistości nie tylko ochrony zdrowia. W rozmowie z dziennikarką Justyną Dźbik-Kługe opowiedział o pracy w karetce, pacjentach i emocjach towarzyszących ratowaniu życia. Członkowie załóg ratownictwa medycznego z pewnością odnajdą w tych opowieściach sytuacje, z którymi mieli do czynienia w swojej pracy.



Obraz: Jusepe de Ribera, „Chłopiec ze stopą końsko-szpotawą”, 1642, Luwr

BŁĄD MALARSKI

U stóp

Neapol, tętniący u stóp Wezuwiusza, to miasto o ekstremalnej skali. Jak gorąco, to upalnie. Jak wąsko, to tak, że pierzeje ulic dzieli zaledwie szerokość ramion. Jak głośno, to tak, że trzeba zatykać uszy pośród rozzwonionych wież kościołów, klaksonów i ryków vesp. A jak malarstwo, to mistrzowskie.



Agata Morka
doktor historii sztuki

Urodzony w okolicach Walencji Jusepe de Ribera przybył do Neapolu w 1616 r. Miasto, będące wówczas częścią imperium hiszpańskiego, pozostało jego domem do końca życia. To tutaj zapuścił korzenie i rozwinął skrzydła. Ribera, pomimo fascynacji malarstwem włoskim z Caravagiem na czele, pozostał jednak wierny rodzimej tradycji realizmu. Nazywano go

Lo Spagnoletto (Mały Hiszpan) i rzeczywiście jest w jego obrazach coś, co dla mnie jest esencją malarstwa hiszpańskiego. Widać to dobrze na jednym z jego późnych obrazów, przedstawiającym kalekiego chłopca.

Ribera uchwycił portretowanego w pejzażu, na tle chmurnego nieba. Chłopiec spogląda bez wstydu w oczy widza, z wyrazem swego rodzaju ukontentowania. A jednak uważniejszy widz dostrzeże kartkę w dłoni chłopca, na której odczytać można prośbę o jałmużnę. Widz odnaleźć zatem próbuje powód, dla którego chłopiec prosi o pieniądze. Ribera ściera oczy patrzącego ku ziemi, aż do stóp. To tutaj rozgrywa się dramat. Lewa stopa chłopca, nienaturalnie wygięta,

doczekała się różnych diagnoz, od lordezy po polio. Ta najczęstsza wskazuje na stopę końsko-szpotawą i to ona dała obrazowi jego współczesny tytuł.

Ribera zestawia w tym portrecie cierpienie z jakąś zaprzeczającą mu paradoksalną żywotnością zamkniętą w balansującym na granicy szaleństwa uśmiechu żebraka. To realizm podany po mistrzowsku: twardo stąpający po ziemi, z niuansami i zwartymi w uścisku kontrastami, z których wybija nieokrzesany, hiszpański élan vital.

Agata Morka wydała książkę dla dzieci „Pepego przewodnik po Ziemi” (więcej na str. 68).



ROZWIĄZANIE ZAGADKI Z „GL” 06/2023

1. Dodanie futra dookoła dekoltu sukienki portretowanej.

Botticelli przedstawił kobietę w stroju, który najprawdopodobniej nosiłaby w domu, zatem futrzane, dekoracyjne dodatki nie miałyby w tym kontekście zastosowania.

2. Dodanie warkoczy.

Botticelli sportretował tutaj najprawdopodobniej kobietę zamężną, z włosami upiętymi do góry. Włosy puszczane w dół, z warkoczami, były raczej domeną kobiet niezamężnych.

3. Dodanie rumieńca na twarzy portretowanej.

Postacie Botticellego wyróżniała bardzo jasna, blada skóra, która była również symbolem wyższych klas.

4. Zamknięcie rękawa sukienki, tak żeby nie było widać białej sukni pod spodem.

Ubrania z otwartym szwem na ramionach i niekiedy na łokciach były typowe dla mody tego czasu.



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

NAGRODZENI „GL” 06/2023:

Voucher do Hotelu Prezydent** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje Zbyszek Ruszkowski z Włocławka. Gratulujemy!**

Nagrody dodatkowe: Michał Dziub (Szczecin), Monika Linchard (Wilkowice), Lidia Witkowska (Łódź).



WSKAŹ ORYGINAŁ I ZNAJDŹ CZTERY SZCZEGÓŁY RÓŻNIĄCE OBRAZY.

Odpowiedź prześlij na bladmalarski@gazetalekarska.pl do 31 lipca 2023 r.

W temacie maila należy wpisać GL07/08 oraz podać dane do kontaktu

(imię i nazwisko, adres, telefon). Jedna osoba może przesłać jedną odpowiedź.

DLA JEDNEJ Z OSÓB, KTÓRE PRZEŚŁAŁY PRAWIDŁOWE ODPOWIEDZI

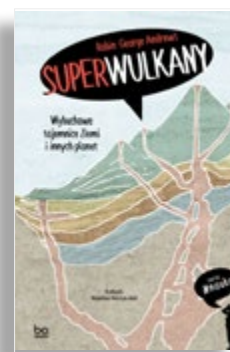
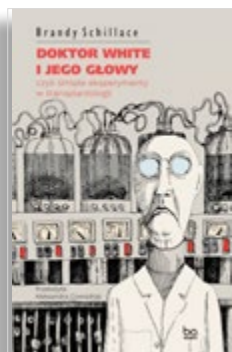
HOTEL PREZYDENT
MEDICAL SPA & WELLNESS
HOTEL PRZYJAZNY DOROSŁYM

WYDAWNICTWO
UNIwersYTETU
JAGIELLOŃSKIEGO
www.wuj.pl

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

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

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

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

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

Regulamin konkursu na www.gazetalekarska.pl

EPIKRYZA (129)

Od kilkunastu miesięcy zajmuję się organizacją Kongresu Kultury i Historii Lekarskiej w Opolu. Codziennie szukam słów, aby sporządzić umowy, wysłać czytelne komunikaty i przekonująco wypaść w setkach rozmów. Na powrót wprawiam się w sztuce negocjacji i zawierania trudnych kompromisów. Klnę ograniczenia komunikatywności i wzajemny brak zrozumienia interlokutorów. Z uporem uczę się jednak mowy różnorodnej, która podobnie jak podczas wywiadu lekarskiego dotrze do odbiorcy bez zakłóceń.

Tym razem do teatru pojechałem w grupie dwudziestu ośmiu zadeklarowanych miłośników Melpomeny. Weekendowa wycieczka kończyła się niedzielnym spektaklem w Toruniu. Doświadczenia obejrzanych w piątek i sobotę przedstawień były mieszane. W dyskusjach wciąż wracały wątek językowy i brak zgody części widzów na wszechobecne wulgaryzmy. Autokarowe stronnictwa niezależne od wieku przekonywały się o wyższości klasyki nad awangardą i odwrotnie. Wszyscy pytali o cel słownych prowokacji ze sceny. Jedni wstydzili się za aktorów, inni za publiczność. Wymiana zdań otwierała niezliczone możliwości interpretacji i uświadamiała, że każdy z nas trochę inaczej rozumiał tekst i treść przedstawień. Cudownie – pomyślałem – wpadając w pułapkę, którą sam zastawiłem.

W programie towarzyszącego spektaklu profesor Katedry Językoznawstwa Eksperymentalnego Uniwersytetu Mikołaja Kopernika Przemysław Żywiczny napisał do widzów: „Okazuje się, że język łączy się z prospołecznym nastawieniem. Ludzie bazują na wzajemnym zaufaniu i zakładają,



Jarosław Wanecki

pediatra, felietonista

ĆWICZENIA STYLISTYCZNE

że inni mówią prawdę. U zwierząt jest odwrotnie – podstawowy model komunikacji zwierzęcej zakłada manipulację i oszustwo. Aby mógł się narodzić język, w historii człowiekowatych musiały więc powstać uwarunkowania społeczne, które konsolidowały zaufanie do innych członków grupy. To z kolei prowadziło do stosowania zasady wzajemności. Tego rodzaju mechanizm kooperacji nie działa w świecie zwierząt, toteż stworzenie języka po prostu im się nie opłacało”.

Postanowiłem zatem utrudnić zadanie teatralne i pokazać, jak niedoskonałym kodem się porozumiewamy, skoro to samo zjawisko widzimy i komentujemy na swój sposób. Stąd wybór Teatru im. Wilama Horzycy. Sześćoro aktorów pod reżyserką wodzą Evy Rysovej przedstawiło nam sztukę rozpiśaną na dziewięćdziesiąt dziewięć wersji jednego wydarzenia. Jedziemy zatem autobusem miejskim linii „S” i zatrzymujemy się na językowych przystankach, podświetlanych na ścianie Sceny na Zapleczu. W ciągu niemal dwóch godzin

„Ćwiczenia stylistyczne” Raymonda Queneau udowadniają, na czym polega sztuka interpretacji aktorskiej. Dowcipnie. Eksperymentalnie. Różnorodnie. Kierunek jazdy autobusu za każdym razem losowany jest przez widzów, których zachwyca ich własny potencjał językowy. Wszystkie słowa wypowiedziane są, a jakże, po polsku, ale różnicę czynią synonimy, gesty, intonacje, rekwizyty, miejsce wypowiedzianej kwestii, strój, charakterystyka i światło. Dzie-

więćdziesiąt dziewięć wersji. Wykonawcy: czterech mężczyzn, dwie kobiety. Stu pięćdziesięciu zmieniających się widzów z podziałem na płeć, pełną skalę wieku i wykształcenia, różnorodność wyznań, poglądów politycznych oraz doświadczeń rodzinnych

i społecznych. „Ten spektakl nigdy się nie powtórzy. Jest to matematycznie niemożliwe” – reklama z teatralnego afisza niczym wróżka opisuje proroctwo codzienności w ograniczonym czasie ludzkiego życia.

Jedna z pań doktor zadała mi w drodze powrotnej pytanie, o czym było tak naprawdę to przedstawienie? O różnorodności postrzegania świata! – odpowiedziałem pośpiesznie, ale w mojej głowie pojawiły się dylematy: Czy wzajemne zrozumienie jest możliwe? Czy potrafimy nadawać na tych samych fałach? Jak mówić, żeby słyszalne było sedno, a nie wysublimowane echo przekłamań i interpretacji?

Poćwiczmy razem. Temat etiudy: polska ochrona zdrowia. Posłuchajmy głosów z kolejnych stacji językowych: peozetowo, lekarze ambulatoryjni, szpitalnicy, stomatolodzy, klinicyści i kadra naukowa, dział praktyk prywatnych, menedżerowie lub dyrektorzy, laboranci, ratownicy, fizjoterapeuci, pielęgniarki albo położne, dietetycy, farmaceuci, opiekunowie medyczni i salowe, administracja. I jeszcze działacze izb oraz związków zawodowych, rezydenci, ordynatorzy, stażyści i reszta porzuconych studentów. Medialny prym niech wiedzie minister zdrowia.

Wiem, aby mogła narodzić się wspólna narracja, musiałoby się to wszystkim po prostu opłacać.

***Z uporem uczę się
mowy różnorodnej,
która podobnie jak
podczas wywiadu
lekarskiego dotrze
do odbiorcy bez
zakłóceń***

KONGRES KULTURY I HISTORII LEKARSKIEJ 2023



Lekarze jadą do Opola!

Jarosław Wanecki

To będzie zjazd inny niż dotychczasowe. Podczas wrześniowego weekendu w stolicy polskiej piosenki spotkają się wszystkie lekarskie aktywności artystyczne i historyczne. Zamyśłem organizatorów jest nawiązanie do koncertu ARS MEDICI 2011 w warszawskim Teatrze Roma oraz Małego Kongresu Kultury Lekarskiej w Płocku, podczas którego powstała „Rezolucja 2019”. Stwierdzono w niej, że polski samorząd lekarzy i lekarzy dentystów dysponuje niespotykanym w innych krajach arsenałem twórców w wielu dziedzinach sztuki, który jest wciąż zapomnianym atutem w budowie wizerunku medyków. Gospodarzem wydarzenia organizowanego przez Ośrodek Kultury i Dziedzictwa Historycznego NIL jest Opolska Izba Lekarska.

Do Opola przyjedzie 10 chórów, które wystąpią w Lekarskim Przeglądzie Piosenki Polskiej w Teatrze im. Jana Kochanowskiego. Na scenie zobaczymy 250 wykonawców, którzy zaśpiewają wspólnie z gwiazdą wieczoru – Stanisławem Soyką. W foyer wystawione będą prace pleneru malarskiego Turawa 2023, a w Rynku Staromiejskim będzie dostępna wystawa zdjęć, które są pokłosiem corocznych warsztatów w Kazimierzu Dolnym nad Wisłą. W Bibliotece Miejskiej odbędą się finisaże wystaw: ceramicznej i fotograficznej oraz spotkanie autorskie zorganizowane przez Unię Polskich Pisarzy Lekarzy. W programie są ponadto występy Kabaretu Bąk z Łodzi i miejscowej grupy rockowej Reanimators New. 9 września zaplanowano debatę komisji kultury okręgowych izb lekarskich z udziałem dziennikarzy oraz konferencję historyczną autorytetów.

Wszystkie aktywności będą bezpłatne po wcześniejszej rejestracji z uwagi na ograniczoną liczbę miejsc.

Teatr im. Jana Kochanowskiego • Młodzieżowy Dom Kultury • Miejska Biblioteka Publiczna • Opolska Izba Lekarska

KONGRES KULTURY I HISTORII LEKARSKIEJ W OPOLU

Lekarski Przegląd Piosenki Polskiej • Polskie Chóry Lekarskie • Stanisław Soyka
Malarstwo • Fotografia • Literatura • Rzeźba • #SztukaNaszychDzieci • Kabaret • Rock



JUBILEUSZ



Spizowe popiersie dla Jubilata

Mieczysław Chruściel

Nasz serdeczny przyjaciel, prof. dr hab. n. med. Jerzy Woy-Wojciechowski, obchodzi w tym roku dziewięćdziesiąte urodziny. Byłem zaszczycony możliwością ofiarowania rzeźbiarskiego konterfektu czcigodnemu Jubilatowi.

Środowisko lekarzy polskich obdarowuje wielką wdzięcznością i uwielbieniem Człowieka, który włożył w serce i talent, pracę i oddanie. Człowieka, który kocha ludzi i przez całe życie otacza ich serdecznością i miłością. Zawodowe dokonania i niewyłą

aktywność, a nade wszystko humanizm zaszczerpiany wielu pokoleniom lekarzy są godne najwyższego szacunku i uznania. Prof. Jerzy Woy-Wojciechowski jest dla nas wzorem Nauczyciela i Mentora.

Dzięki hojnej donacji Przyjaciół opłacone zostały koszty odlania w brązie mojej rzeźby. Proszę przyjąć wyrazy wdzięczności, gdyż nikt, kto osiąga satysfakcję ze swojego dzieła, nie doznaje radości bez pomocy innych.

Wilanów, 29 maja 2023 r.

KULTURA

MSZA WARTA MSZY



Kameralny zespół MediCoro z Białogostoku powstał w 2007 roku i jest jednym z 11 polskich chórów lekarskich. W ciągu 15 lat pod dyktando

profesor Bożenry Sawickiej był laureatem licznych konkursów krajowych i międzynarodowych, w tym Festiwalu Muzyki Chóralnej

Bratislava Cantat 2022. Jubileuszowy koncert organowy z udziałem całego zespołu i solistów: Hanny Zajączkiewicz, Donaty Zuliani, Zdzisława Madeja i Tomasza Łykowskiego był popisem wokalnym, nagrodzonym długą owacją na stojąco. Msza łacińska Des - dur Stanisława Moniuszki wyśpiewana w czerwcowy wieczór w kościele dolnym białostockiej parafii Kazimierza Królewicza przejdzie do historii jako jedno z najciekawszych wykonań tego pięknego, ale niezwykle trudnego utworu. Gratulacjom nie było końca. Wiwat MediCoro!

Jarosław Wanecki

Jubileuszowa wystawa



28 maja w siedzibie OIL w Łodzi odbył się wernisaż jubileuszowej XX Ogólnopolskiej i III Międzynarodowej Wystawy Malarstwa Lekarzy. Zaprezentowano prawie 150 prac blisko 80 przedstawicieli zawodów medycznych.

Wystawie towarzyszył konkurs. Złotą Paletę przyznano Tadeuszowi Wolskiemu (anestezjolog i internista z Warszawy) za zestaw prac. Srebrną Paletę otrzymał Mieczysław Chruściel (ginekolog położnik ze Szczecina) za obraz „Drogię

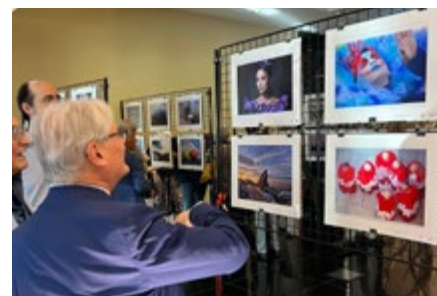
przyjaciółce Asi wspaniałej malarce i lekarce”. Brązowa Paleta trafiła do Małgorzaty Majewskiej-Kawińskiej (ginekolog położnik z Łodzi) za obraz „Kastylija La Mancha”. Jury przyznało też sześć wyróżnień. Tradycyjnie odbył się także Konkurs Publiczności, którego laureatką została Elżbieta Napieralska-Krzysiek (dermatolog, wenerolog z Aleksandrowa Łódzkiego). Pełna relacja na www.gazeta-lekarska.pl

Anna Kawińska

Lekarski chór w olsztyńskiej bazylice

W środę 31 maja, w przededniu rozpoczynającego się XI Kongresu Polonii Medycznej i IV Zjazdu Lekarzy Polskich, w bazylice konkatedralnej św. Jakuba Apostoła w Olsztynie odbył się koncert chóru Medici Pro Musica, działającego przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Olsztynie.

Święto lekarskiej fotografii w Rzymie



8 czerwca obył się wernisaż wystawy fotograficznej Włoskiego Towarzystwa Lekarzy Fotografów AMFI oraz Salonów PhotoArtMedica w ramach projektu artystycznego World Medical View w Galerii ENPAM-Muzeum Ninfo w Rzymie. Współorganizatorem tego wydarzenia obok AMFI jest Okręgowa Izba Lekarska w Częstochowie.

Na wystawę składa się blisko 100 fotografii lekarzy członków AMFI oraz wybranych laureatów Salonów PhotoArtMedica z lat 2013-2022. Otwierając uroczystość, prezydent AMFI prof. Maurizio Iazeolla m.in. zwrócił uwagę na szczególne wsparcie dla wystawy ze strony Międzynarodowej Federacji Sztuki Fotograficznej FIAP.

W trakcie uroczystości dr. Krzysztofowi Muskalskiemu został wręczony Honorowy Medal FIAP. Pełna relacja na www.gazetalekarska.pl

Krzysztof Muskalski

PROZA



Kilka słów o składaniu ptaków (fragmenty)

(...) Ptaki pojawiają się znikąd. Skłamałbym mówiąc, że potrafię odróżnić te sklezione przeze mnie od obcych, zawsze jednak potrafiłem oddzielić jej obecność w parku od kroków i szelestu ubrań innych kobiet. Przynoszę sobie przygotowany wczoraj obiad i siadam na plastikowym stołku, lekko oplutym deszczem. Woda wsiąka w moje dresy, makaron przykleja się do podniebienia, ona odgania prychaniem gołębie, a co większe okruszki rzuca w kierunku stadka wróbli i w tym momencie wygląda najpiękniej na świecie. (...)

Tymczasowe wspomnienie (fragmenty)

(...) Przed chwilą wróciłam. Nie mam siły na nic. Jestem spocona, brudna, głodna i zmęczona, ale po raz kolejny przeszczeniłam i ogromnie wdzięczna za te kilka godzin w Szpitalu Tymczasowym. (...) Dzisiaj była lekcja wdzięczności i pokory. Poszłam z koleżanką na oddział. (...) Weszliśmy na blok C, oczywiście ubrane od stóp do głów we wszelkie możliwe środki ochrony osobistej. Misja: pampers. (...) Zmieniłam pieluchę, przykryłam, spytałam, czy jeszcze coś możemy dla pana zrobić. Już miałam mówić „do zobaczenia” i iść do następnych osób, kiedy to pan S. chwycił moją rękę ubraną w trzy pary rękawiczek, z czego ta najbardziej wierzchnia nadająca się do kosza, i pocałował ją, jak to zwykli robić dżentelmeni. Nie był w stanie powiedzieć dziękuję, ale miał na tyle siły, by zrobić ten niesamowity gest! Stałam jak wryta, koleżanka obok też. Wdzięczność wylewa się tu z pacjentów ze zdwojoną siłą. (...)

Nieśmiertelność westchnięciem młodości? (fragmenty)

(...) Nie zliczę, ile razy nie mogłem usnąć w nocy, zastanawiając się, kiedy umrę i co po mnie pozostanie. To zdanie ma w sobie więcej prawdy, jest bliższe mojemu sercu, choć nie do końca niesie to, co chciałbym przekazać.

Jestem jednostką, która przeżyła dwadzieścia trzy lata we względnie zdrowiu i spokoju, co nie jest tak oczywiste, jednak stanowi ogromny rodzaj przywileju, za który mogę podziękować wyłącznie przewrotnemu losowi, bogom wszystkich religii, a może po prostu wszechświatowi.

Pojawia się więc pytanie, co tak naprawdę mnie przeraża, sprawiając, że nawet świeżo uprana pościel w ostatnim czasie nie kołysze mnie do snu tak swobodnie jak wcześniej? (...)

GazetaLekarska.pl



**JAKUB
REWIUK**

Laureat XI edycji Ogólnopolskiego Konkursu Literackiego im. Prof. Andrzeja Szczeklika „Przychodzi wena do lekarza”. I miejsce w kategorii „studenci”.

Student Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum. Publikował w kilku czasopiśmie i antologiach. Dołożył swoją cegiełkę do projektu 24/02/2022 – zbioru opowiadań polskich autorów fantastyki, wydanego z myślą o wsparciu dla Ukrainy. Laureat II miejsca w konkursie Instytutu Literatury „Snuj Story” za opowiadanie „Tata, Ania P. i Benek”.



**URSZULA
WOŹNIAK**

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

Studentka medycyny na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, koordynatorka wolontariatu studenckiego w Szpitalu Tymczasowym we Wrocławiu, laureatka nagrody Karski 2020, uczestniczka w życiu Franciszkańskiego Duszpasterstwa Akademickiego Antoni we Wrocławiu.



**ADRIAN
GOSS**

Laureat XI edycji Ogólnopolskiego Konkursu Literackiego im. Prof. Andrzeja Szczeklika „Przychodzi wena do lekarza”. III miejsce w kategorii „studenci”.

Student kierunku lekarskiego na Uniwersytecie Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie. Chętnie bierze udział w wyjazdach i szkoleniach międzynarodowych, stale poszukując swojej ścieżki w obszernym świecie medycyny. Prywatnie interesuje się modą oraz uwielbia podróżować.



Ogólnopolski Konkurs Literacki
im. Prof. Andrzeja Szczeklika



SPORT

Żeglarskie święto medyków

Marcin Szczętniak organizator regat, przewodniczący Komisji Sportu i Rekreacji ORL w Gdańsku, przewodniczący Komisji ds. Sportu NRL



W ostatni weekend maja na wodach Zatoki Puckiej odbyły się XIV Ogólnopolskie Regaty Lekarzy i Lekarzy Dentystów w klasie Puck. Zawody zorganizowała Komisja

Sportu i Rekreacji OIL w Gdańsku przy wsparciu Komisji ds. Sportu NRL we współpracy z Harcerskim Ośrodkiem Morskim w Pucku.

Do regat zgłosiło się 30 załóg reprezentujących okręgowe izby lekarskie z całej Polski. Gościliśmy także załogę Okręgowej Izby Radców Prawnych w Gdańsku. Pogoda była wymarzona, pełne słońce i wiejący z jednego kierunku, nie za mocny wiatr pozwoliły na sprawne i bezpieczne przeprowadzenie pięciu wyścigów pierwszego dnia regat. Wieczorem wszyscy uczestnicy integrowali się przy koncercie i biesiadzie z szantami. Drugiego dnia regat rozegrano cztery wyścigi.

Po podsumowaniu wyników z obydwa dni regat na pierwszym miejscu znalazła się załoga Szymona Skoczyńskiego ze Śląskiej Izby Lekarskiej. Drugie miejsce zajęła załoga Grzegorza Hille reprezentująca Wojskową Izbę Lekarską, a na trzecim stopniu podium uplasowała się załoga Macieja Kijasa ze Śląskiej Izby Lekarskiej.

Zapraszam w ostatni weekend maja 2024 r. na XV jubileuszowe regaty lekarzy do Pucka.

Pełna relacja na www.gazetalekarska.pl

Lekarskie pojedynki na wietrze



XV Mistrzostwa Polski Lekarzy w Siatkówce Plażowej (8-11 czerwca 2023 r.) za nami. Miejscem zawodów od ich pierwszej edycji jest plaża w Niechorzu – w tym roku pełna słońca i wakacyjnej temperatury zachęcającej do kąpieli w Bałtyku. Jedynym mankamentem był silny wiatr wymagający dużych siatkarskich umiejętności.

O medale walczone w pięciu kategoriach. Wśród kobiet złoto zdobyły Sylwia Bulanda i Patrycja Bubak-Gamza. W kategorii mikst zwyciężyli Natalia i Adam Kurpiowie. W prestiżowej kategorii open mistrzami zostali Adam Kurpiak i Artur Kosarzycki. Z kolei Michał Leśnikowski

z Rafałem Pustelnikiem wygrali kategorię +45. W debiutującej kategorii +60 złoto zdobyli Marek Druch i Wiesław Koper.

Mistrzostwa w Niechorzu od lat są uznawane za najbardziej rodzinną imprezę sportową, w której rywalizują wielopokoleniowe rodziny. To doskonała forma integracji naszego środowiska. Organizatorom – niestrudzonemu inicjatorowi mistrzostw, nestorowi lekarskiego sportu, Maciejowi Mrożewskiemu oraz pełnemu zaangażowania Cezaremu Sierantowi – należą się największe słowa uznania.

Pełna relacja na www.gazetalekarska.pl

Krzysztof Makuch

Medycy pobiegą na Wielką Sowę

Zapraszamy w urokliwe Góry Sowie wszystkich lekarzy biegaczy i miłośników gór na 7. Mistrzostwa Polski Lekarzy w Biegu Górskim. Zawody odbędą się w ramach kultowego już 14. Biegu na Wielką Sowę 6 sierpnia 2023 r. w Ludwikowicach Kłodzkich. Satysfakcja i radość po pokonaniu własnych słabości, zmęczenia i bólu na trasie 10 km, przeważnie pod górę, będą nagrodą (niejedyną) na mecie. Zapisy na stronie Biegu na Wielką Sowę.

Jerzy Słobodzian

Niebawem XXXII Żeglarskie MPL

Już za kilka tygodni pasjonaci żagli będą mieć szansę sprawdzenia swoich umiejętności podczas XXXII Żeglarskich Mistrzostw Polski Lekarzy. Zawody zostaną rozegrane w dniach 1-3 września na jeziorze Roś (Imionek k/Pisza). Szczegółowe informacje można uzyskać, kontaktując się z Warmińsko-Mazurską Izbą Lekarską.

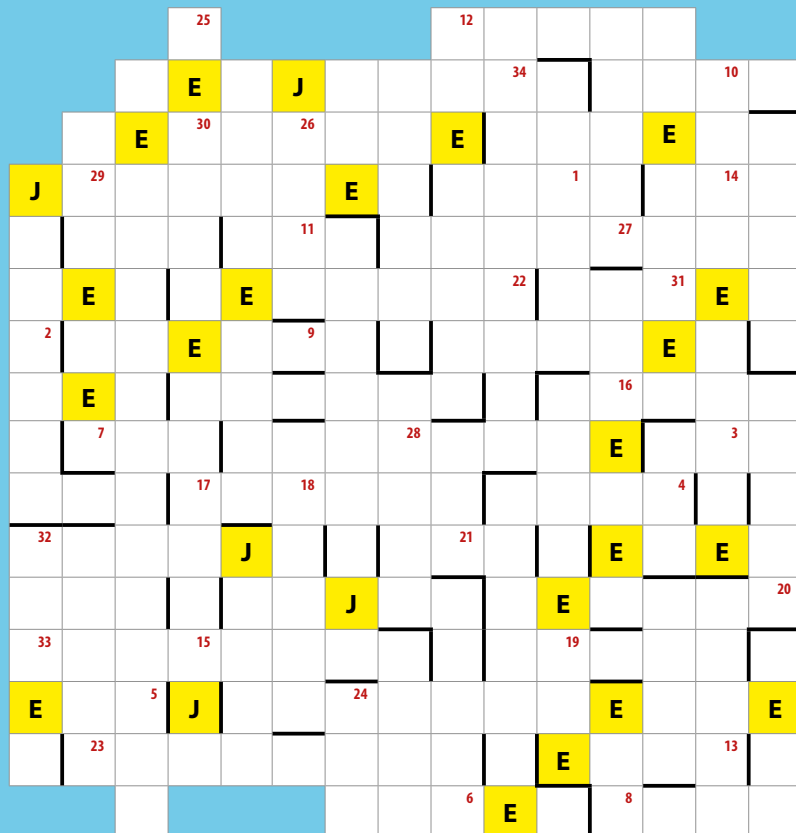
REKLAMA (dostępne tylko w wydaniu papierowym
i e-wydaniu udostępnianym lekarzom i lekarzom dentystom)

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

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

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

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



NACZELNA
IZBA LEKARSKA

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

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