

GAZETA L E K A R S K A

**PISMO IZB
LEKARSKICH**

NOWE WYDZIAŁY LEKARSKIE

**ROLLERCOASTER
OBIETNIC TRWA**

OPIEKA GERIATRYCZNA

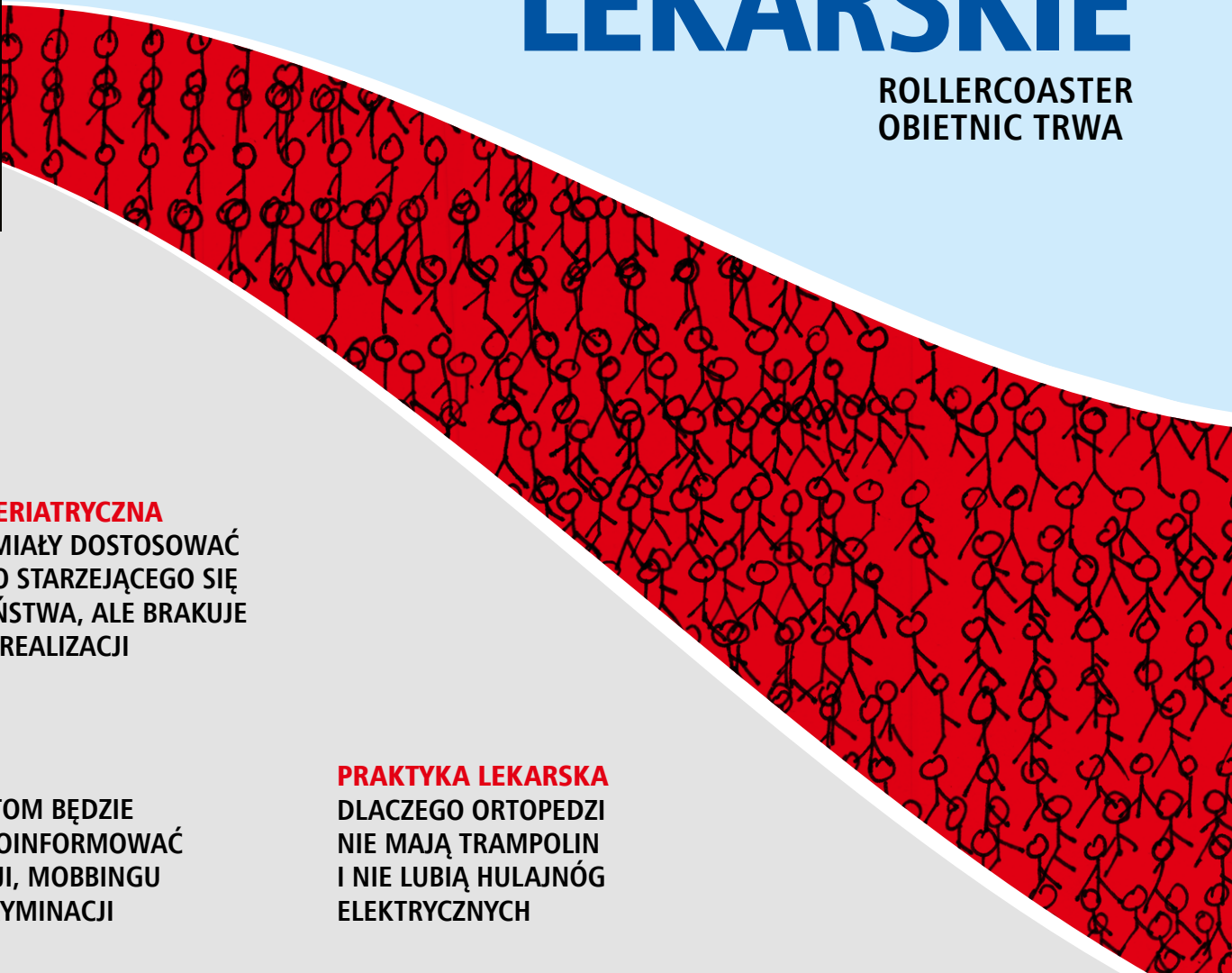
PRZEPISY MIAŁY DOSTOSOWAĆ
SYSTEM DO STARZEJĄCEGO SIĘ
SPOŁECZEŃSTWA, ALE BRAKUJE
CHĘCI ICH REALIZACJI

PRAWO

SYGNALISTOM BĘDZIE
ŁATWIEJ POINFORMOWAĆ
O KORUPCJI, MOBBINGU
CZY DISKRYMINACJI

PRAKTYKA LEKARSKA

DLACZEGO ORTOPEDZI
NIE MAJĄ TRAMPOLIN
I NIE LUBIĄ HULAJNÓG
ELEKTRYCZNYCH



Nie stać nas na niekompetencję

ŁUKASZ JANKOWSKI
PREZES NACZELNEJ RADY
LEKARSKIEJ



Piszę te słowa w najdłuższy dzień w roku. To czas wystawiania ocen rocznych i odbioru świadectw szkolnych. Dla większości nastał czas wakacji – nagrody za wysiłek ostatnich miesięcy. Niestety, dla samorządu lekarskiego nie oznacza to chwili wytchnienia. Abstrahując od (nie)popularności podejścia, że ocena jest odzwierciedleniem wiedzy, w tej chwili, w ostatnim tygodniu czerwca, wciąż nie znamy wyników audytu Polskiej Komisji Akredytacyjnej wszystkich uczelni prowadzących kierunki lekarskie. Przyszli lekarze wciąż nie wiedzą, gdzie i w jakich warunkach będą się za kilka miesięcy uczyć. Na której uczelni walczyć o miejsce. Ten fakt nie powinien przechodzić bez echa.

Musimy postawić sprawę jasno: stawka jest tutaj kształcenie przyszłych lekarzy i wydolność całego systemu ochrony zdrowia. Chcę, aby to wybrzmiało na tyle głośno, by rządzący wreszcie zdali sobie sprawę z prostego faktu, że albo będziemy mieć prawie lekarzy prawie leczących pacjentów, albo w pełni wykwalifikowanych i kompetentnych kolegów lekarzy i koleżanki lekarki, którzy będą badać, diagnozować i leczyć. Inaczej mówiąc: partnerów, którzy potrafią działać w skomplikowanym systemie ochrony zdrowia z pełną odpowiedzialnością za podejmowane decyzje.

Podkreśliśmy jeszcze jeden fakt, który najwyraźniej umyka w dyskusji o poziomie kształcenia. Decyzje podejmowane przez niedostatecznie przygotowane osoby będą wpływać również na pracę innych lekarzy i całego systemu. Bezzasadne wykluczenie lub stwierdzenie choroby będzie wprowadzać w błąd każdego kolejnego

specjalistę, do którego pacjent się uda po dalszą medyczną pomoc.

Jako samorząd stoimy na straży jakości wszystkich uczelni szkolących przyszłych lekarzy. Co ta jakość w praktyce oznacza? To przede wszystkim dobre warunki kształcenia dla przyszłych lekarzy – zarówno lokalowe, kadrowe, jak i pod względem zasobów dydaktycznych. Dlatego z zadowoleniem przyjęliśmy decyzję, że kierunki lekarskie bez pozytywnej opinii PKA nie otrzymały limitów miejsc na najbliższy rok akademicki.

Stoimy również na straży prawa kształtującego standard szkolenia przyszłych lekarzy. Prawa, które nie powinno być psute, a obecnie do ubiegania się o otwarcie kierunku lekarskiego wystarczy, by „nauczy-cielem akademickim” studentów medycyny zostało 12 absolwentów AWF. To absurd. Dlatego limit zero studentów wydziału lekarskiego na uczelniach z negatywną oceną PKA to krok w dobrą stronę. To nadzieja, że pozostałe niezbędne kroki do przywrócenia jakości studiowania tak skomplikowanego przedmiotu, jakim jest medycyna, zostaną wykonane.

Kwestia studiów to niestety niejedyna bolączka lekarzy obecnie wykonujących zawód. W obszarze działań samorządu wciąż pozostaje transformacja systemu ochrony zdrowia ze szczególnym uwzględnieniem niepotrzebnych obowiązków biurokratycznych, marnotrawiących cenny czas

lekarza i jednocześnie środki publiczne. Dla odczuwalnej poprawy systemu ochrony zdrowia niezbędne są decyzje oparte na danych i analizach. Jesteśmy otwarci na dialog i wsparcie Minister Zdrowia w transformacji systemu – zwłaszcza teraz, gdy kampania wyborcza się zakończyła i konieczne jest przejście do konkretnych działań. Naczelna Rada Lekarska zleciła prace w tym zakresie i dysponuje odpowiednimi danymi i benchmarkami najbardziej efektywnie działających systemów ochrony zdrowia. Przedstawiliśmy je rządzącym.

Decydenci muszą teraz spojrzeć na system jako całość i zacząć rozwiązywać realne problemy, przede wszystkim niedobory kadr innych zawodów medycznych. Tam wyzwania są dużo większe niż te dotyczące samych lekarzy. Muszą też podjąć decyzje polityczne i niwelować nieefektywności systemu, poczynając od nadmiernych obowiązków biurokratyczno-administracyjnych, jak chociażby wymóg określania każdorazowo poziomu refundacji przez lekarza.

Z zazdrością patrzę na kraje dysponujące systemami opieki zdrowotnej, które już uporały się z tymi problemami, wprowadzając oczywiste rozwiązania ułatwiające pracę lekarzy. Nieodparcie nasuwa się myśl, że oto właśnie skończył się czas debat i pustych deklaracji na temat spraw o fundamentalnym dla nas znaczeniu. Czas wyciągnąć wnioski i wreszcie działać. ●

- 3 Nie stać nas na niekompetencję
Łukasz Jankowski
- 5 To będą wakacje z receptami
Klaudiusz Komor
- 6 Newsy z Polski i ze świata
- 8 Ilu lekarzy potrzebujemy
Piotr Kościelniak

TEMAT NUMERU

- 8 Nowe wydziały lekarskie:
rollercoaster obietnic trwa
*Uczelnie dbają o swoje
interesy, a lekarze o swoje,
ale dobro społeczne w postaci
zwiększenia liczby dobrze
wykształconych lekarzy jest
większe.*
- 12 Porozumienie Rezydentów chce
zmiany standardów kształcenia
- 14 Przyszłość edukacji lekarzy: dwa
scenariusze

AKTUALNOŚCI

- 16 Rząd chce reformować szpitale.
Liczy też pieniądze
*Zarządzający placówkami
medycznymi z niepokojem
czekają na kolejną już
rundę operacji waloryzacji
wynagrodzeń. A na horyzoncie
kolejne zmiany.*

WAŻNE SPRAWY

- 20 Środki z KPO: impuls,
a nie gamechanger
- 22 Systemu nie da się naprawić
wycinkowo
- 24 Opieka geriatryczna nie może
rozwinąć skrzydeł
- 27 Kto będzie leczył seniorów

PRAWO I MEDYCYNĄ

- 28 Terapia uporczywa czy daremna
- 30 Lekarze jako sygnaliści.
Nowe restrykcyjne wymogi
- 32 Tajemnica lekarska to świętość,
ale są okoliczności łagodzące
*Choć lekarz ujawnił cel
wizyty pacjentki w odpowiedzi
na artykuł, w którym była
wymieniona z imienia
i nazwiska, sąd umorzył sprawę.*

PODATKI I FINANSE

- 33 Zbierasz na drogą operację?
Nie zapomnij o doli dla fiskusa
- 33 Skarbowka przychylna dla lekarzy
- 34 Spokojny sen jest najważniejszy

TEMAT NUMERU
STRONY 8-15

*Jakość kształcenia
przeddyplomowego lekarzy
to jeden z najważniejszych
tematów, wokół których
koncentrowały się działania
samorządu lekarskiego.
Szybko się to nie zmienia*

PRAKTYKA LEKARSKA

- 35 Sezon na ortopedię
- 37 Szukamy innowatorów
w opiece zdrowotnej
- 38 Bez kadry nie da się kształcić
przyszłych lekarzy
Paweł Barucha
- 38 Beżębie to nie tylko
problem estetyczny
- 41 Złość rodziny
Anna Gołębicka
- 42 Nadchodzi przełom
w ksenoprzeszczepach
- 45 Był czas przywyknąć
Mariusz Politiwicz
- 45 Ponad 500 lekarzy dentystów
w Serocku
- 46 Pacjent zero. Habitacja
- 48 Cząsy nieomylnych odeszły
w przeszłość
Jakub Sieczko

NOWE TECHNOLOGIE

- 50 Trendy i wyzwania cyfrowej
transformacji
- 52 Ostatni dzwonek przed
wejściem w życie NIS2

SAMORZĄD ZAWODOWY

- 54 Lekarz ma dbać o pacjenta,
ale i o siebie
- 56 Nie sprowadzajcie nas
do roli dilerów
Jakub Kosikowski
- 56 O tym się mówi/Mówią o nas
- 58 Lepiej dać przykład niż
tabliczkę z przykazaniem

PO GODZINACH

- 60 Wena
- 61 Balladyna Jarosław Wanecki
- 62 Sto lat historii i więcej
- 63 Czytelnia
- 64 Pod powierzchnią
*Nurkowanie to coś więcej
niż zwykłe hobby. Ma wymiar
terapeutyczny.*
- 67 Wspólna wystawa
- 67 Podróżnik roku
- 68 Podróże – Toskańskie wakacje:
la vita è bella
- 72 Błąd malarski – W pąsach
- 74 Malarstwo lekarzy: błahostka
czy konieczność?
- 76 Sport. Miłe wrażenia i spora
dawka adrenaliny zapewnione
- 77 Zjazdy koleżeńskie
- 78 Ogłoszenia
- 82 Jolka lekarska

JEDNYM GŁOSEM

To będą wakacje z receptami

Przychodzi taki okres w roku, kiedy na bok idą wszystkie problemy zawodowe, kiedy świat wydaje się jaśniejszy i bardziej kolorowy, a dni dłuższe i beztrudne. To czas wakacji.

Co prawda, ściśle termin wakacje wiąże się z nauką w szkole, a właściwie przerwą w niej, to jednak w potocznym języku, mówiąc wakacje, myślimy o czasie wolnym i urlopie w pracy. Jest coś magicznego w tych dwóch najcieplejszych miesiącach w roku - nawet w polityce zapada błogi spokój i cisza medialna. Tak przynajmniej bywa zazwyczaj.

W tym roku wydaje się, że w Ministerstwie Zdrowia wakacji nie będzie. Teraz właśnie pojawił się gorący temat receptomatów. A właściwie pojawił się ponownie. Samorząd lekarski bardzo intensywnie zwracał na receptomaty uwagę już ponad rok temu. Wtedy przewidywaliśmy, że olbrzymia dziura w przepisach dotyczących teleporad, a zwłaszcza wystawiania e-recept w ich trakcie, może spowodować nie tylko nadużywanie leków normalnie działających, ale przede wszystkim stworzy pole do pozyskiwania w ten sposób leków narkotycznych, które następnie będą sprzedawane na czarnym rynku.

Początkowo wydawało się, że problem będzie dotyczył głównie leczniczej marihuany, jednak z czasem okazało się, że znacznie groźniejszy jest fentanyl. I nagle w mediach podniósł się głośny szum na temat nadużywania tego groźnego, silnie działającego leku. Oczywiście, część osób odpowiedzialnych za przepisy farmaceutyczne najchętniej problem sprowadza do samego przekroczenia prawa przez lekarzy „pracujących” w receptomatach i rozwiązanie widzi wyłącznie w ich ściganiu i karaniu. Nie można zaprzeczyć, że lekarz, który udostępnia swój numer

KLAUDIUSZ KOMOR
WICEPREZES NACZELNEJ
RADY LEKARSKIEJ



PWZ i potwierdza te wszystkie recepty, przekracza nie tylko prawo karne, ale działa również wbrew Kodeksowi Etyki Lekarskiej. Nie można zaprzeczyć, że należy go ścigać i karać, i do tego samorząd

Na finiszu zdają się być prace mające na celu zdjęcie z lekarzy obowiązku określania stopnia refundacji

lekarski ma odpowiednie narzędzia. Jednak wydaje się, że dużo ważniejsza jest szybka zmiana przepisów w taki sposób, żeby w ogóle uniemożliwić działanie receptomatów. Te bowiem nie mają nic wspólnego z leczeniem, polegają raczej na zamawianiu recept w oparciu o kilka zdawkowych pytań w ankiecie. Bez kontaktu z pacjentem, bez badania, bez diagnozy.

Co należy zatem zrobić? Rozwiązań jest kilka. Przede wszystkim

wyduje się, że należy uniemożliwić funkcjonowanie podmiotów leczniczych, które nie mają nawet fizycznej siedziby, a całe usługi z założenia świadczą w formie elektronicznej. Po drugie, trzeba pilnie zdefiniować standard teleporady, tak żeby nie mogła składać się wyłącznie z kilkupytaniowej ogólnej ankiety i wypisania recepty. Może należy ograniczyć procentowo liczbę teleporad w stosunku do wszystkich porad w danej jednostce?

Samorząd już kilkakrotnie występował z propozycjami zmian ustawowych w tym zakresie, jednak dotychczas nie padały one na podatny grunt w ministerstwie. Może teraz, kiedy pożar podsycały przez sensacyjne doniesienia opanował media, nasze propozycje zostaną usłyszane. W każdym razie to będą wakacje z receptami, tym bardziej że na finiszu wydają się być prace mające w końcu, dzięki usilnym staraniom Naczelnej Rady Lekarskiej, zdjąć z lekarzy obowiązek określania stopnia refundacji na receptach.

AKTUALNOŚCI

LIDIA SULIKOWSKA, PIOTR KOŚCIELNIAK

Fentanyl pod nadzorem

Od poniedziałku 17 czerwca ruszył system monitorowania recept na opioidy, w tym fentanyl. Codzienne raporty na ten temat przygotowane przez Centrum e-Zdrowia będą trafiały do Ministerstwa Zdrowia. Jeżeli resort nabierze podejrzeń, że leki takie są przepisywane masowo i bez uzasadnienia, będzie reagował przez Głównego Inspektora Farmaceutycznego. Dane zostaną również przekazane Komendzie Głównej Policji. Minister Izabela Leszczyna zapewniła, że monitoring będzie prowadzony na poziomie lekarzy i podmiotów medycznych, a dane pacjenta nie będą nigdzie udostępniane.

Wprowadzenie nadzoru to reakcja na wzrost liczby pełnopłatnych recept na leki opioidowe oraz częste w ostatnim czasie zatrucia i zgony takimi substancjami. W Polsce najczęściej do nielegalnego obrotu groźnym fentanylem dochodzi przez fałszywe recepty lub kradzieże leku, który te substancje zawiera.

Odra w natarciu

W ciągu pierwszych trzech miesięcy 2024 r. zgłoszono ponad 56,6 tys. przypadków odry w 45 krajach zaliczanych do europejskiego regionu Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Cztery osoby zmarły w wyniku tej choroby. W całym ubiegłym roku 41 krajów tego obszaru raportowało w sumie o 61 tys. przypadkach zachorowań i 13 zgonach. Prawie połowa przypadków zgłoszonych w 2023 r. dotyczyła dzieci poniżej 5. roku życia. Ponad 70 proc. z nich nie otrzymała żadnej dawki szczepionki przeciw odrze.

– Nikt nie powinien cierpieć z powodu tej wyniszczającej, ale łatwej do uniknięcia choroby – podkreślił dr Hans Henri P. Kluge, dyrektor regionalny WHO na Europę. Dodał, że pochwała każdy kraj, który przyspieszył wysiłki dotyczące wykonywania szczepień wyrównawczych. Zaapelował też o podjęcie natychmiastowych działań nawet tam, gdzie ogólny poziom wyszczepienia jest wysoki, w celu

ochrony osób najbardziej wrażliwych, zlikwidowania luk w odporności, a tym samym zapobieżenia rozprzestrzenianiu się wirusa w jakiegokolwiek społeczeństwie.

W okresie od stycznia do marca 2024 r. najwięcej zachorowań odnotowano w Kazachstanie (21,3 tys.), Azerbejdżanie (15,1 tys.), Rosji (7,2 tys.) i Kirgistanie (7,1 tys.). Na kolejnych miejscach znalazły się Rumunia (1359), Wielka Brytania (774), Uzbekistan (742) i Turcja (676). W Polsce w tym czasie zgłoszono 39 przypadków odry, ale najnowsze dane publikowane przez Zakład Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Nadzoru NIZP PZH – PIB, obejmujące pierwsze pięć miesięcy tego roku, mówią już o 191 stwierdzonych przypadkach odry (wobec 16 w analogicznym okresie 2023 r.).

NIZP PZH apeluje do lekarzy, aby w formularzach przesyłanych wraz z materiałami do badań w kierunku odry wpisywać adres zamieszkania pacjenta. Ta informacja ułatwia dochodzenie epidemiologiczne, a tym samym pomaga w zapobieganiu rozprzestrzenianiu się zakażenia.

Źródło: WHO Europe / NIZP PZH

Innowacyjne leki łatwiej dostępne

Polska poprawiła pozycję w zestawieniu W.A.I.T. Indicator opisującym dostępność do innowacyjnych leków. Awansowaliśmy o jedno miejsce i obecnie znajdujemy się na 20. pozycji wśród 36 uwzględnianych państw. Wynik Polski – 41 proc. dostępnych terapii – odbiega nieznacznie od średniej europejskiej, która wynosi 43 proc. Z danych INFARMA wynika, że obecnie refundowanych jest 69 ze 167 innowacyjnych technologii lekowych, jednak aż 83 proc. z nich jest refundowanych jedynie dla ograniczonej grupy pacjentów. Skrócił się natomiast czas od rejestracji do refundacji – z 827 dni rok temu do

804 dni w obecnym badaniu. Nadal jest to jeden z najgorszych wyników w całym zestawieniu.

Źródło: INFARMA

Polak głównym naukowcem ECDC

Dr Piotr Kramarz został szefem Działu ds. Metod i Norm Naukowych oraz głównym naukowcem w Europejskim Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (European Centre for Disease Prevention and Control, ECDC). Zastąpił na tym stanowisku prof. Mike'a Catchpole'a, który pełnił tę funkcję od 2014 r.

Piotr Kramarz jest lekarzem, posiada tytuł doktora immunologii zakażeń wirusowych. Z ECDC jest związany od 2007 r., w tym od kwietnia 2011 r. jako zastępca głównego naukowca tej agencji. Na obecnym stanowisku będzie odpowiedzialny za nadzorowanie jakości naukowej i niezależności ECDC, koordynację działań tej agencji związanych z doradztwem naukowym, określaniem priorytetów badawczych i kierownictwo nad Działem ds. Metod i Norm Naukowych.

„Jestem dumny, że stałem się częścią organizacji działającej na rzecz ochrony prawie 500 milionów ludzi przed chorobami zakaźnymi” – poinformował dr Kramarz w komunikacie opublikowanym przez Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób. Dodał, że w coraz bardziej złożonym środowisku międzynarodowym istnieje wiele wyzwań zdrowotnych, którym należy stawić czoła, a ECDC odgrywa kluczową rolę w ocenie ryzyka i zapewnianiu wskazówek w zapobieganiu i przeciwdziałaniu epidemiom oraz innym zagrożeniom dla zdrowia publicznego. ECDC jest zdecentralizowaną agencją Unii Europejskiej z siedzibą w Sztokholmie. Zajmuje się m.in. analizą danych z krajów UE na temat ponad 50 chorób zakaźnych.

Źródło: ECDC / ec.europa.eu/

Przedstawicielstwo KE w Polsce

Receptomaty na celowniku RPP

Sąd potwierdził stanowiska Rzecznika Praw Pacjenta dotyczące działania receptomatów. Wystawianie recept wyłącznie na podstawie ankiety online, bez jakiegokolwiek badania narusza zbiorowe prawa pacjentów – podkreślił RPP Bartłomiej Chmielowiec. Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie pod koniec maja oddalił skargę podmiotu leczniczego z siedzibą w Gdańsku na decyzję rzecznika, który uznał praktyki stosowane przez ten podmiot za naruszające zbiorowe prawo pacjentów do świadczeń zdrowotnych. Naruszenie polegało na wystawianiu recept bez jakiegokolwiek badania. Bartłomiej Chmielowiec zapowiedział również podjęcie bardziej energicznych działań w stosunku do receptomatów, które wystawiają recepty na leki opioidowe, psychotropowe i marihuanę medyczną bez badania pacjentów i bez potwierdzenia leczenia dokumentacją medyczną.

FB i Instagram a zdrowie dzieci

Komisja Europejska podejrzewa, że systemy Facebooka i Instagrama, w tym ich algorytmy, mogą stymulować uzależnienie behawioralne u dzieci, a także prowadzić do tzw. efektu króliczej nory. W związku z tym KE wszczęła formalne postępowanie mające ocenić, czy Meta, dostawca tych serwisów społecznościowych, mógł naruszyć Akt o usługach cyfrowych (Digital Services Act, DSA) w obszarach związanych z ochroną małoletnich.

Źródło: *ec.europa.eu*

Polskie uczelnie w rankingu CWUR

W najnowszej edycji Center for World University Rankings (CWUR) znalazło się 41 polskich szkół wyższych i instytutów badawczych, w tym dziewięć uczelni medycznych. W klasyfikacji ujęto w sumie 2000 placówek z całego świata. Najlepszą polską uczelnią medyczną został Uniwersytet

Medyczny we Wrocławiu (8. miejsce wśród polskich uczelni ogółem i 893 w całym rankingu CWUR), tuż za nim uplasował się Warszawski Uniwersytet Medyczny (9. pozycja w krajowym zestawieniu i 897 ogółem), a na trzecim Uniwersytet Medyczny w Łodzi. – To ogromny sukces, zwłaszcza w przypadku uczelni sprofilowanej. Mamy ograniczoną liczbę kierunków kształcenia i dyscyplin naukowych w porównaniu z potężnymi uniwersytetami czy politechnikami – komentuje wyniki rankingu prof. Piotr Ponikowski, rektor UM we Wrocławiu.

W krajowym zestawieniu ogólnym trzy najwyższe pozycje zajęły kolejno: Uniwersytet Jagielloński, Uniwersytet Warszawski i Akademia Górniczo-Hutnicza im. St. Staszica.

W rankingu znalazło się w sumie aż 329 szkół wyższych z USA i 324 z Chin. Przy opracowywaniu rankingu CWUR brana jest pod uwagę m.in. liczba akademickich i zawodowych sukcesów absolwentów uczelni, wyróżnień akademickich kadry naukowej, a także osiągnięcia badawcze i ich publikacje w prestiżowych czasopismach.

Źródło: *CWUR / WUM / UM we Wrocławiu*

Wideoporada – tło ma znaczenie

Naukowcy z University of Michigan Medical School oraz Veterans Affairs Ann Arbor Healthcare System postanowili sprawdzić, czy otoczenie, w którym lekarz udziela wideokonsultacji, ma dla pacjenta znaczenie. Okazuje się, że jak najbardziej. Wyniki ich pracy zostały opublikowane w „JAMA Network Open”.

Naukowcy przeprowadzili badanie, w którym ponad 1200 uczestników oceniało, jak tło, które widać za plecami lekarza, wpływa na jego odbiór jako kompetentnego, godnego zaufania, opiekuńczego, przystępnego, profesjonalnego i dającego komfort podczas udzielania porady. Zdecydowanie najlepiej oceniono medyka udzielającego wideoporady w gabinecie lekarskim, a jeszcze lepiej, gdy w tle na ścianie widoczne były dyplomy. Gorzej odbierano lekarza, który miał za plecami jednokolorowe tło lub przebywał

w gabinecie w domu. Najgorzej oceniono tych, którzy udzielali wideokonsultacji w sypialni lub kuchni.

Źródło: *JAMA Network Open*

W szeregach WONCA

Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej (PTMR) zostało członkiem stowarzyszoną międzynarodowej organizacji lekarzy rodzinnych WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians). – Jesteśmy pełni entuzjazmu i wierzymy, że pomoże nam to jeszcze skuteczniej działać zarówno na arenie krajowej, jak i międzynarodowej na rzecz rozwoju medycyny rodzinnej – informuje prof. Agnieszka Mastalerz-Migas, prezes zarządu PTMR, na stronie internetowej towarzystwa. WONCA została założona w 1972 r. Obecnie zrzesza ponad 130 organizacji ze 111 krajów reprezentujących około 500 tys. lekarzy rodzinnych.

Źródło: *PTMR / WONCA*

mojeIKP z nagrodą

Aplikacja mojeIKP została wyróżniona tytułem „champion WSIS” w kategorii „ICT applications: benefits in all aspects of life – E-health”. Znalazła się wśród pięciu najlepszych projektów w kategorii. Konkurencja była ogromna, bo do konkursu zgłoszonych zostało łącznie ponad tysiąc projektów. Konkurs WSIS Prizes promuje pomysły, które wykorzystują rozwiązania ICT do osiągania zrównoważonego rozwoju. „W Centrum e-Zdrowia tworzymy cyfrowe usługi i rozwiązania. Naszym celem jest to, by były one wygodne dla szerokiego grona odbiorców i ułatwiały korzystanie z publicznego systemu ochrony zdrowia. Cieszę się, że właśnie dostępność i wyrównanie szans to cechy naszej aplikacji, które zostały docenione w konkursie” – powiedział Tomasz Jeruzalski, dyrektor Centrum e-Zdrowia. •

Źródło: *Centrum e-Zdrowia*

Ilu lekarzy potrzebujemy

PIOTR KOŚCIELNIAK
REDAKTOR NACZELNY



W badaniu prowadzonym wśród lekarzy i lekarzy dentyistów dotyczącym działalności samorządu zasygnalizowaliście Państwo, że jednym z najistotniejszych problemów jest degradacja jakości kształcenia lekarzy. Posłuchaliśmy i zajęliśmy się tym tematem, zwłaszcza że wydarzenia wokół nowych kierunków lekarskich i ich oceny przez PKA dają wiele do myślenia o rzeczywistych zamiarach rządzących.

W tej dość intensywnej dyskusji (to najdelikatniejsze sformułowanie) umyka nieco kwestia podstawowa: ilu naprawdę lekarzy nam potrzeba. I to nie tylko tu i teraz, ale w dalszej perspektywie czasowej. Takie analizy przedstawił Zespół Naczelnej Izby Lekarskiej ds. Transformacji i Strategii Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia. Wynika z nich, że do załatwienia luki (która, jak pokazują te badania, jednak istnieje) i osiągnięcia pożądanego poziomu wystarczy, aby studia ukończyli ci, którzy już na nich są. Dalsze zwiększanie liczby studentów kierunków lekarskich będzie skutkowało – po pierwsze – obniżeniem jakości kształcenia (bo szkoły są nieprzygotowane i nie mają kadr) i – po drugie – ok. 20-proc. nadprodukcją lekarzy, którzy będą musieli szukać sobie miejsca w innych zawodach medycznych. To wszystko będzie nas kosztowało miliard złotych rocznie.

Czy te analizy przekonają rządzących i wpłyną na zmianę strategii wieloletniej? Nie wiem – wszystko jeszcze przed nami. Wiem jednak, że trudno będzie politykom przekonać do tego pomysłu pacjentów (czytaj: wyborców), czekających przez kilka godzin przed gabinetem lekarskim.

Swego rodzaju głos w rozważaniach o zapotrzebowaniu na lekarzy znajdziecie Państwo w materiale o problemach zdrowotnych seniorów. Nasze społeczeństwo się starzeje – jak zresztą wszystkie w zamożniejszych krajach szeroko pojmowanego świata zachodniego. Rosnąca liczba seniorów stanowi ogromne wyzwanie dla systemu opieki zdrowotnej. Tym bardziej że, jak wiemy, są to często osoby z wielochorobowością, co generuje większe zapotrzebowanie na usługi zdrowotne. Tymczasem w Polsce lekarzy geriatrów jest mniej niż 600. W ubiegłym roku na specjalizację z tej dziedziny zgłosiło się 16 osób na 189 miejsc. To zaś oznacza, że całkowicie uzasadnione jest pytanie, czy seniorów w przyszłości będzie miał kto leczyć.

A zatem jak w przedszkolnej piosence: „mało nas, mało nas do pieczenia chleba” czy raczej „dużo nas, więc już nam ciebie tu nie trzeba”? Oby dyskusja nad tym niezwykle istotnym dla samorządu problemem i decyzje rządzących były dojrzsze niż dziecięce rymowanki. ●

Które z obietnic się spełnią? Które są składane w dobrej wierze, a które są pustymi deklaracjami? Na początek garść faktów. 14 czerwca zakończył się pierwszy etap audytu w szkołach, które mimo braku pozytywnej oceny Polskiej Komisji Akredytacyjnej w ubiegłym roku uruchomiły kierunki lekarskie. Wstępne wyniki będą – być może – znane do końca czerwca. Również 14 czerwca zakończyły się konsultacje publiczne projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie limitu przyjęć na kierunkach lekarskich i lekarsko-dentystycznych. Zgodnie z obecnym kształtem rozporządzenia przewidziano 11 124 miejsca (w tym 9636 na kierunku lekarskim), co jest liczbą podobną do ubiegłorocznej (11 142 miejsca). Liczba ta nie uwzględnia jednak uczelni, w których wiosną rozpoczęły się kontrole PKA. Ministerstwo Zdrowia do projektu wpisało zero miejsc dla tych uczelni, o czym poinformowano pod koniec maja na posiedzeniu sejmowej Podkomisji ds. Nauki i Szkolnictwa Wyższego. „Kierunki bez pozytywnej oceny PKA nie będą mogły prowadzić naboru na pierwszy rok” – usłyszeli posłowie.

Zapowiedzi rządu zostały zinterpretowane jako gotowość do wygaszenia jeśli nie wszystkich, to znaczącej części nowych kierunków lekarskich. Zarzuty formułowane przez Polską Komisję Akredytacyjną pod koniec maja brzmiały bowiem bardzo poważnie i dotyczyły zarówno braków i niedociągnięć infrastrukturalnych, jak i kadrowych.

Czy jednak rzeczywiście takie są intencje? Podczas posiedzenia Podkomisji ds. Organizacji Ochrony Zdrowia (13 czerwca) posłowie dopytywali wiceministra Marka Kosa, jaka jest szansa na zwiększenie limitu miejsc na kierunkach lekarskich. I usłyszeli, że jeśli PKA zdecyduje się wystawić uczelniom oceny pozytywne, Ministerstwo Zdrowia jest gotowe przyznać miejsca. Ma też zagwarantowane środki konieczne do ich sfinansowania. W grze jest dodatkowych ponad 680 miejsc.

NIECH KONKURUJĄ O NAJLEPSZYCH

Rozporządzenie podobnie jak w ubiegłym roku zostanie opublikowane prawdopodobnie dopiero na początku lipca. Poza tym może być (to również doświadczenia z poprzedniego roku) nowelizowane praktycznie do rozpoczęcia kolejnego roku akademickiego. Co prawda, Marek Kos odrzucił sugestię posła PiS Patryka Wichra, by nie czekać na wyniki audytu i przyznać miejsca warunkowo. Zdaniem parlamentarzysty pozwoliłoby to kontrolowanym uczelniom na konkurowanie również o najlepszych absolwentów szkół ponadpodstawowych, którzy jego zdaniem

TEMAT NUMERU

Nowe wydziały lekarskie: rollercoaster obietnic trwa

Jakość kształcenia przeddyplomowego lekarzy to jeden z najważniejszych tematów, wokół których koncentrowały się działania samorządu lekarskiego. Szybko się to nie zmienia. Zwłaszcza w obliczu wysypu zapewnień i deklaracji.

mogliby się zdecydować na studia w swoim miejscu zamieszkania lub blisko niego, ale z powodu braku możliwości rekrutacyjnych będą starali się dostać do uczelni w dużych ośrodkach akademickich. Parlamentarzysta nie wykluczył jednak scenariusza, w którym wręcz wszystkie uczelnie przechodzące obecnie nadzwyczajny audyt otrzymają oceny pozytywne i w rekrutacji, choć z opóźnieniem, będą mogły wystartować.

Nieoficjalnie można usłyszeć, że od momentu publikacji projektu rozporządzenia, który nie uwzględnił „nowych” uczelni, Ministerstwo Zdrowia zostało wręcz zasypane interwencjami nie tylko bezpośrednio zainteresowanych szkół, ale też miast i regionów. Interweniować mieli również politycy partii tworzących koalicję rządzącą, choć publicznie głos zabierali w obronie nowych kierunków lekarskich przede wszystkim parlamentarzyści Prawa i Sprawiedliwości.

– Powinniśmy zacząć od odpowiedzi na pytanie, ile lekarzy tak naprawdę potrzebujemy, i to w dłuższej perspektywie, a potem dyskutować o limitach miejsc. Robimy dokładnie odwrotnie – podkreślał podczas posiedzenia podkomisji ds. organizacji ochrony zdrowia dr n. med. Klaudiusz Komor, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej. Samorząd lekarski dysponuje danymi, z których wynika, że rzeczywistość – tak, jak sygnalizowało na posiedzeniu tej samej podkomisji wiosną Ministerstwo Zdrowia – wkrótce grozi nam „nadprodukcja” lekarzy.

MILIARDOWE KOSZTY NADPODAŻY

Krzysztof Zdobylak, przewodniczący Zespołu ds. Transformacji Naczelnej Rady Lekarskiej, mówił 13 czerwca, że obecnie brakuje w systemie ok. 30 tys. lekarzy.

MAŁGORZATA SOLECKA
DZIENNIKARKA



Punktem odniesienia jest przy tym średni wskaźnik liczby lekarzy w przeliczeniu na populację w krajach Unii Europejskiej. Polska jest bardzo blisko osiągnięcia tej wartości.

– Do zapełnienia luki wystarczy, że studia ukończą osoby, które je rozpoczęły. Musimy mieć pełną

Jeśli PKA wystawi uczelniom oceny pozytywne, resort zdrowia przyzna miejsca; ma zagwarantowane środki konieczne do ich sfinansowania

świadomość, że decyzje z ostatnich sześciu lat spowodowały, że nasz system się wkrótce zbilansuje – mówił. Utrzymanie obecnych limitów miejsc (warto pamiętać, że poprzedni rząd zakładał ich dalsze zwiększanie) spowoduje w krótkim czasie nadpodaż lekarzy na rynku pracy. To z kolei pociągnie za sobą albo to, że wyjadą za granicę, bo w kraju będą musieli odejść z ochrony zdrowia, albo będą

wykonywać zadania innych zawodów medycznych. Ten scenariusz jest tym bardziej prawdopodobny, że duża liczba miejsc na kierunkach lekarskich (w rekrutacji na kończący się rok akademicki nie zostało obsadzonych ok. 450 miejsc) wyraźnie odbija się już w tej chwili na popularności innych kierunków. Szczególnie niepokojący jest poziom zainteresowania pielęgniarstwem, bo właśnie kadr pielęgniarskich w systemie ochrony zdrowia brakuje najbardziej.

– Czy naprawdę chcemy kształcić lekarzy na swój koszt dla Niemiec i Szwajcarii? – pytał retorycznie Krzysztof Zdobylak, podkreślając, że jeśli dojdzie do takiej nadprodukcji lekarzy, będzie można mówić o ogromnej niegospodarności. Roczny koszt według samorządu lekarskiego to około miliarda złotych.

Naczelna Izba Lekarska rekomenduje różne scenariusze zmniejszenia liczby miejsc na kierunkach lekarskich: radykalny (utrzymanie liczby miejsc i jednorazowe ich zmniejszenie o ok. 50 proc. od 2027 r.) oraz rozłożony w czasie – liczba miejsc byłaby ograniczana stopniowo, począwszy

od najbliższego roku akademickiego przez najbliższych sześć lat, aż do osiągnięcia pułapu ok. 4,2 tys. miejsc.

Przewodnicząca Podkomisji ds. Organizacji Ochrony Zdrowia, Józefa Szczurek-Żelazko (PiS), zadeklarowała, że materiał przedstawiony przez samorząd lekarski zostanie przeanalizowany i wzięty pod uwagę podczas zaplanowanego na lipiec posiedzenia. Jego głównym tematem będzie długoterminowa strategia rozwoju kadr medycznych, do której minister zdrowia powinien sięgać, podejmując decyzje dotyczące choćby limitów na kierunkach medycznych.

CO Z JAKOŚCIĄ

To, co najbardziej zwracało uwagę podczas czerwcowego posiedzenia Podkomisji ds. Organizacji Ochrony Zdrowia, to zupełny brak wątku jakości kształcenia, który zdominował nie tak przecież odległe w czasie (koniec maja) posiedzenie Podkomisji ds. Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Czy można to wyjaśnić wyłącznie faktem, że w pierwszej podkomisji zasiadają posłowie Komisji Zdrowia, w drugiej zaś Komisji Edukacji, Nauki i Młodzieży?

Można się zastanawiać, dlaczego to, co tak mocno wybrzmiało podczas wcześniejszego, majowego posiedzenia, w praktyce w ogóle nie zostało podniesione w czerwcu, gdy nad problemem kształcenia pochyłali się posłowie Komisji Zdrowia.

Gdyby posiedzenia obu podkomisji były dziecięcą łamiętką z serii „znajdź różnicę”, można byłoby wskazać jeden element: Podkomisja ds. Nauki i Szkolnictwa Wyższego została zwołana na wniosek Porozumienia Rezydentów OZZL i miała się zajmować nie limitami miejsc, ale tym, co jest esencją problemu, czyli standardami kształcenia. Mówiąc wprost – jakością właśnie. I z tego posiedzenia popłynął jasny sygnał: kształcenie na kierunkach lekarskich wymaga pilnej sanacji po tym, jak zostało zdewastowane w latach 2020-2023 przez decyzje podjęte przez poprzedni rząd i parlament. Decyzje, których nie było w stanie zatrzymać ani stanowisko samorządu lekarskiego, ani głosy pojedynczych ekspertów, ani wnioski opozycji w Sejmie i wreszcie weto Senatu.

Pozostając w obszarze standardów, w maju padły dwie – bardzo ważne – deklaracje. Po pierwsze, dotyczące zmiany rozporządzenia określającego standardy kształcenia na kierunkach medycznych. Co prawda, w roku akademickim 2024/2025 będą obowiązywać standardy uzgodnione w poprzedniej kadencji, ale już w kolejnym mają być one radykalnie zmienione. Z pewnością punktem wyjścia może być dokument

przedstawiony w czerwcu 2023 r. przez Konferencję Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych. Gdyby standardy obowiązywały w tym kształcie, ogromna większość nowych kierunków lekarskich nie miałaby racji bytu.

Punktem wyjścia do rozmowy o standardach podczas posiedzenia podkomisji było stanowisko PR OZZL dotyczące m.in. liczebności grup klinicznych, pod którym podpisało się ponad 60 organizacji, w tym liczne towarzystwa naukowe. W dyskusji głos zabrali przedstawiciele świata akademickiego. Prof. Marcin Gruchała, rektor GUmed, przewodniczący KRAUM, bardzo mocno akcentował, że nowe standardy muszą być nie tylko odpowiednio wysokie, ale też wystarczająco szczegółowe i precyzyjne, tak by nie pozostawało wiele miejsca na interpretację.

Niezwykle mocno wybrzmiał głos prof. Jerzego Walochy, kierownika Katedry Anatomii UJ CM. – Anatomia to wąskie gardło nauczania medycyny – przypominał, podkreślając jednocześnie, że w tym obszarze nie ma żadnej drogi na skróty. W jego ocenie ograniczenie w tym obszarze liczby godzin zajęć podstawowych jest błędem, bo „nie ma startu w medycynę bez solidnych podstaw”. Jak mówił, nauka anatomii to absolutna podstawa dla każdego studenta tego kierunku i właśnie dlatego musi się odbywać w odpowiednich warunkach. Takich, które nauczają, że ludzie różnią się między sobą nie tylko wyglądem zewnętrznym. Taką wiedzę mogą dać tylko zajęcia w prosektorium. Nie zapewnią jej natomiast nawet najbardziej zaawansowane rozwiązania technologiczne. – Stoły anatomiczne zamiast zajęć w prosektorium to wielka pomyłka. Świątynią nauki jest ciało ludzkie – mówił doświadczony lekarz i naukowiec.

Lekarze, a także przedstawiciele Polskiej Komisji Akredytacyjnej przyznawali, że rozwiązanie awaryjne, po które sięga część uczelni, czyli dowożenie studentów do odległych prosektorii i blokowanie – płynące z możliwości logistycznych – zajęć, jest nie do zaakceptowania. Zajęcia odbywające się w wielogodzinnych blokach wykluczają właściwe przyswojenie wiedzy. Na to, że dowożenie studentów do oddalonych nawet

o kilkaset kilometrów prosektorii nie jest żadnym rozwiązaniem zwracali uwagę również przedstawiciele rezydentów i przedstawiciele uczelni medycznych oraz przewodniczący Polskiej Komisji Akredytacyjnej prof. Janusz Uriasz.

To jeden punkt widzenia. Drugi zaprezentowali przedstawiciele strony rządowej i uczelni. W tej chwili dramatycznie zaczyna brakować kadr do prowadzenia zajęć klinicznych również w renomowanych uczelniach. Mariusz Klencki, dyrektor Departamentu Kształcenia Kadr Medycznych Ministerstwa Zdrowia, przyznał, że sytuacji nie ułatwia nagromadzenie w dużej bliskości wielu uczelni prowadzących kształcenie lekarzy. W niektórych miastach, kluczowych ośrodkach akademickich, są już w tej chwili po trzy szkoły, a kolejne znajdują w niewielkiej odległości. Tak dzieje się np. w Małopolsce.

Prof. Marcin Gruchała mówił, że w tej chwili nie ma tygodnia, by na jego biurko nie trafiało nowe podanie od nauczyciela akademickiego z informacją o chęci zakończenia lub znaczącego ograniczenia pracy ze studentami. Powód jest banalny i oczywisty: pieniądze. Uczelnia nie jest w stanie zapłacić takich stawek, jakie lekarzom oferują podmioty lecznicze czy jakie mogą zarobić we własnych gabinetach. Jest oczywiste, że należałoby zwiększyć zarobki prowadzących zajęcia, jednak nie można tego osiągnąć bez zwiększenia dotacji z budżetu państwa, bo uczelnie bez takiego wsparcia nie będą mogły same podoląć obciążeniom finansowym.

DECYZJA PKA

Prof. Janusz Uriasz, przewodniczący Polskiej Komisji Akredytacyjnej, podczas majowego posiedzenia Podkomisji ds. Nauki i Szkolnictwa Wyższego (w posiedzeniach Podkomisji ds. Organizacji Ochrony Zdrowia do tej pory nie brał udziału żaden przedstawiciel PKA) podkreślał, że komisja w ostatnich latach z ogromnym zaskoczeniem i niepokojem obserwowała decyzje dotyczące zgód ministra nauki na otwieranie kierunków lekarskich. Przewodniczący przypominał, że jeszcze niedawno, niespełna dekadę temu, uczelnie starające się o zgodę na prowadzenie kierunków lekarskich przygotowywały się do tego wyzwania



◀ Nawet najbardziej zaawansowane technologie nie zastąpią wiedzy, jaką studenci medycyny zdobywają podczas zajęć w pro-sektorium

fot. Shutterstock.com

całymi latami, a samo procedowanie wniosku trwało kolejne dwa lata.

– Zwykle pierwsza opinia PKA była negatywna, wskazywane były braki i niedociągnięcia, uczelnia je poprawiała i dopiero przy drugiej kontroli uzyskiwała opinię pozytywną i na tej podstawie zgodę ministra nauki – wyliczał prof. Uriasz. Jak stwierdził wprost, w ostatnich dwóch latach wszystko stanęło na głowie. Najpoważniejszym lub wręcz jedynym wyzwaniem, jakie stało przed uczelnią, było napisanie wniosku. To był klucz do uzyskania zgody, bo minister nauki nie musiał brać pod uwagę opinii PKA (ani ministra zdrowia, zresztą ten nie zamierzał blokować decyzji).

Prof. Uriasz podkreślał, że zastrzeżenia audytorów – część kontroli przeprowadzono zaledwie kilka miesięcy temu – były poważne i dotyczyły zarówno istotnych braków infrastrukturalnych, ale również kadrowych. – Dostępność kadry regionalnie jest bardzo ograniczona. Część nauczycieli wykazanych w deklaracjach uczelni nie jest skora do prowadzenia zajęć – mówił szef PKA, nie przesądzając w żadną stronę, czy w jego ocenie uczelniom uda się usunąć braki w takim stopniu, by uzyskać pozytywną opinię PKA.

Do wypowiedzi przewodniczącego PKA nawiązał prof. Gruchała. Podkreślał, że w tej chwili w składzie KRAUM są nie tylko „stare” uczelnie medyczne, ale też te, które zaczęły kształcić przyszłych lekarzy w ostatnich dziesięciu latach. – Te uczelnie, czy z Zielonej Góry, czy z Rzeszowa i z innych miejsc, z bardzo dużym wysiłkiem przygotowywały się do prowadzenia kierunków lekarskich i otrzymały zgodę po spełnieniu wszystkich kryteriów – przypominał.

A mowa o kryteriach, które zostały bardzo obniżone w ostatnich kilku latach na skutek trzech nowelizacji ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym. Prawo i Sprawiedliwość trzykrotnie liberalizowało je do takiego stopnia, że – jak mówił przewodniczący KRAUM – w obecnym stanie prawnym „wystarczy mieć zatrudnionych na etat dwunastu absolwentów Akademii Wychowania Fizycznego, by móc ubiegać się o otwarcie kierunku lekarskiego”. I właśnie odwrócenie tych trzech liberalizacji było drugą, po zmianie rozporządzenia o standardach kształcenia, zapowiedzią „sancyną”. Przedstawiciel Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego zapowiedział, że rząd przedstawi projekt nowelizacji, który przywróci kształt ustawy z 2018 r.

Trzecia obietnica, czy też zapowiedź, dotyczyła zmiany w lekarskich egzaminach końcowych. Po posiedzeniu obu podkomisji wiadomo, że decyzje już praktycznie zapadły. Zmiany są konieczne. Chce ich samorząd lekarski, ale pilną potrzebę dostrzega też Ministerstwo Zdrowia.

Centrum Egzaminów Medycznych już od dłuższego czasu sygnalizowało, że obecny LEK i L-DEK (problem dotyczy jednak zwłaszcza egzaminu lekarskiego) przestał dawać miarodajne wyniki (zdawalność oscyluje wokół 98 proc.). Drugim potężnym problemem jest spłaszczenie jego wyników, co komplikuje system kwalifikacji na specjalizacje. Zafałszowuje też obraz jakości kształcenia na poszczególnych

uczelniach, bo lwia część absolwentów zdaje tak samo dobrze. Wersja minimum to ograniczenie odsetka – np. do 30-40 proc. – pytań z bazy wraz z jej rozszerzeniem. To jednak kwestia, która będzie przedmiotem analiz i rozmów ze środowiskiem lekarskim, a zmiana zostanie wprowadzona tak, by nikt nie mógł się czuć zaskoczony.

NAJBLIŻSZY CZAS: CO BĘDZIE?

O ile pod koniec maja można było odnieść wrażenie, że rząd jest gotowy podjąć wyzwanie i przeprowadzić radykalne decyzje w obronie jakości kształcenia, w połowie czerwca dyskusja w Sejmie wywołała wrażenie przeciwnie. Najlepiej byłoby, gdyby przynajmniej w zakresie tych uczelni, które już kierunki lekarskie otworzyły, za wiele nie zmieniać.

Doskonałym barometrem nastrojów były przy tym wypowiedzi i komentarze posłów Prawa i Sprawiedliwości, którzy na posiedzeniach obydwu podkomisji stawali w obronie decyzji, jakie zapadały w poprzedniej kadencji. I tak w maju Zbigniew Dolata, komentując przebieg dyskusji w Podkomisji ds. Nauki i Szkolnictwa Wyższego ocenił, że dowodzi on konfliktu interesów. W interesie społecznym jest, twierdził polityk, zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych czyli do lekarzy, których mamy „ogromny deficyt”, zaś w interesie części środowiska medycznego – utrzymanie status quo, bo im mniej lekarzy, tym większa możliwość uzyskania wyższych zarobków. – Nie dziwię się, że uczelnie akademickie dbają o swoje interesy, a lekarze o swoje, ale dobro społeczne w postaci zwiększenia liczby dobrze wykształconych lekarzy jest większe – mówił poseł.

W połowie czerwca, na posiedzeniu Podkomisji ds. Organizacji Ochrony Zdrowia poseł Patryk Wicher dziękował wiceministrowi zdrowia Markowi Kosowi za zrozumienie i postawę otwartości na argumenty przemawiające za utrzymaniem nowych kierunków lekarskich, którym trzeba dać szansę na rozwiązanie problemów, jeśli takie występują. ●

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

TEMAT NUMERU

Porozumienie Rezydentów chce zmiany standardów kształcenia

MAŁGORZATA SOLECKA
DZIENNIKARKA

Ministerstwo Zdrowia zapowiada prace nad nowymi standardami kształcenia na kierunkach medycznych. Sami lekarze również potwierdzają, że te, które pozostawił w spadku poprzedni rząd, nie zapewniają odpowiednio wysokiej jakości.

Kwestię standardów kształcenia bardzo mocno akcentuje Porozumienie Rezydentów OZZL. Podczas majowego posiedzenia sejmowej podkomisji ds. nauki i szkolnictwa wyższego jego przedstawiciele prezentowali opublikowane w marcu stanowisko, które poparło ponad 60 organizacji – w tym wiele organizacji pacjentów (m.in. Rada Organizacji Pacjentów przy Ministrze Zdrowia) i lekarskich towarzystw naukowych. „Degradacja kształcenia na kierunku lekarskim ma charakter wieloaspektowy. Szeroko dostrzeżonym problemem jest otwarcie od bieżącego roku akademickiego 14 kierunków lekarskich, z których dziewięć uzyskało negatywną opinię Polskiej Komisji Akredytacyjnej” – napisali we wstępie młodzi lekarze, podkreślając, że większość nowo otwartych kierunków nie ma zasobów kadrowych ani infrastrukturalnych, aby kształcić lekarzy na akceptowalnym poziomie. Olbrzymim problemem jest „dewastacja w zakresie legislacji, wymogów i standardów nauczania”.

W swoim stanowisku rezydenci skupili się przede wszystkim na liczebności grup klinicznych. „W czasie studiów lekarskich, tradycyjnie na latach 3-6, odbywają się praktyczne zajęcia kliniczne. Podczas nich studenci pod okiem prowadzących uczą się zbierania wywiadu, badania fizykalnego oraz funkcjonowania

oddziału we wszystkich dziedzinach medycyny. Dotychczas standardem była nauka w grupach liczących maksymalnie 6 osób. Jest to dostatecznie mała liczba osób, by zapewnić jakość kształcenia oraz komfort i bezpieczeństwo pacjentom” – czytamy w stanowisku.

ZMIANY OD NOWEGO ROKU

Taka liczebność grup zaczyna jednak odchodzić do lamusa za przyzwoleniem decydentów. Krótko przed październikowymi wyborami zostały opublikowane przez MEiN opracowane przy współpracy z Ministerstwem Zdrowia nowe standardy jakości kształcenia, w których nie określono liczebności grup do 5. roku włącznie, natomiast na 6. roku grupy mogą być pięcioosobowe, lecz w wyjątkowych przypadkach zwiększone do ośmioosobowych. Problem polega na tym, że nie wiadomo, jak rozumieć określenie „wyjątkowy przypadek”. Zmiany te wejdą w życie z początkiem roku akademickiego 2024/2025.

„W naszej opinii praktyczne zajęcia kliniczne muszą być prowadzone w grupach maksymalnie sześćosobowych. Uczelnie niebędące w stanie spełnić tego warunku nie zapewnią odpowiedniej jakości kształcenia w obszarze nauk

klinicznych i nie powinny prowadzić kierunku lekarskiego” – ocenia PR OZZL.

Dlaczego właśnie liczebność grup klinicznych rezydenci potraktowali priorytetowo? Sebastian Goncerz, przewodniczący PR OZZL, podkreśla dwa główne powody. Po pierwsze, jakość kształcenia. Po drugie, bezpieczeństwo i godność pacjentów.

– Jest ogromna różnica między sytuacją, w której w badaniu pacjenta uczestniczy czterech studentów, a taką, gdy oprócz specjalisty jest jeszcze osiem innych osób. Nie można się uczyć, obserwując badanie zza pleców kolegi – mówi nam obrazowo Goncerz. Dziesięcioosobowe grupy kliniczne to aberracja, do której nigdy nie powinno dojść dla dobra studentów, ale też przez wzgląd na pacjenta. – Jeśli ta osoba, chora, czasami cierpiąca, wyraża zgodę, by przyszli lekarze mogli się uczyć, należą się jej warunki pozwalające zachować godność, ale też minimalizować ryzyko. Im więcej osób wejdzie do gabinetu czy stania przy szpitalnym łóżku, tym wyższe ryzyko epidemiczne – przypomina lider rezydentów.

Stanowisko młodych lekarzy podzielają poproszeni o komentarze eksperci. Sebastian Goncerz tłumaczy, że organizacja zwróciła

się do specjalistów pediatrii, psychiatrii, chirurgii, ginekologii oraz intensywnej terapii – dziedzin, w których zachowanie najlepszych możliwych warunków, w jakich badany i leczony jest pacjent, ma szczególne znaczenie.

KOMFORT PACJENTA TEŻ SIĘ LICZY

– Praktyczne nauczanie psychiatrii powinno odbywać się w jak najmniejszych grupach studenckich, liczących od dwóch do sześciu osób. Diagnostyka w psychiatrii opiera się przede wszystkim na wywiadzie oraz obserwacji pacjenta. Z jednej strony student musi mieć możliwość przeprowadzenia rozmowy z chorym, a z drugiej pacjent musi mieć zapewniony komfort i intymność kontaktu. Spotkanie z dużą grupą może generować lęk chorego i niechęć do ujawniania swoich przeżyć – oceniła prof. dr hab. Dominika Dudek, Kierowniczka Katedry Psychiatrii i Kliniki Psychiatrii Dorosłych Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego.

– Maksymalna dopuszczalna liczba studentów w grupie ćwiczeniowej na zajęciach klinicznych nie powinna przekraczać 5–6 osób. W idealnych warunkach nauczyciel akademicki prowadzący kliniczne zajęcia praktyczne (zwłaszcza na 5. i 6. roku) powinien sprawować opiekę nad jedno-, dwuosobową grupą studencką. Zapewnienie takich standardów kształcenia na kierunku lekarskim powinno być bezwzględnym priorytetem, o ile naszym prawdziwym celem jest edukacja dobrze wyszkolonej kadry medycznej – skomentował stanowisko PR OZZL prof. dr hab. Mirosław Wielgoś, kierownik Kliniki Położnictwa i Perinatologii Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA.

Prof. dr hab. Wojciech Szczeklik, kierownik Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii, 5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką w Krakowie, podkreślił, że zajęcia kliniczne „to nie tylko nauczanie poprawnego zbierania wywiadu i przeprowadzania badania fizykalnego, ale także, a może przede wszystkim, nauka odpowiedniego podejścia i rozmowy z chorym, rozwijanie wrażliwości i empatii – wartości, które kształtują postawę przyszłych lekarzy”. Jest oczywiste, że im większa liczebność grupy, tym szansa na naukę mniejsza, a w skrajnych przypadkach wręcz żadna.

W podobnym duchu wypowiedzieli się prof. dr hab. n. med. Jerzy Sieńko, konsultant wojewódzki w dziedzinie chirurgii ogólnej dla województwa zachodniopomorskiego

oraz prof. dr hab. Marcin Tkaczyk, przewodniczący Polskiego Towarzystwa Nefrologii Dziecięcej, kierownik Kliniki Pediatrii, Immunologii i Nefrologii Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi.

PROSEKTORIUM NA DRUGIM KOŃCU POLSKI

Jednak nie tylko poproszeni przez PR OZZL eksperci wykazali się jedno-myślnością. Podczas przywołanego już posiedzenia sejmowej podkomisji prof. Marcin Gruchała, rektor GUMed, przewodniczący KRAUM, podkreślał, że standardy trzeba zmienić, poprawić – ale również uszczegółowić i doprecyzować, żeby nie

Kształcenie przyszłych lekarzy powinno się opierać na pracy z pacjentem, wszelkie symulacje mogą być tylko uzupełnieniem

było pola do interpretacji. – Przez dwieście lat nauczania medycyny nikomu nie przyszło na myśl, że można kształcić lekarzy bez dostępu do prosektorium – argumentował.

Kwestia dostępu do prosektorium jest, można powiedzieć, symboliczna – i również często podnoszona m.in. przez Porozumienie Rezydentów. Nie bez powodu, bo anatomia ma fundamentalne znaczenie dla całego procesu kształcenia przyszłych lekarzy, a posiadanie – bądź nie – prosektorium jest częścią większego problemu. Sebastian Goncerz, pytany na jakie inne kwestie, poza liczebnością grup, młodzi lekarze chcą zwrócić uwagę decydentów, wskazuje na zajęcia symulowane, a konkretnie fakt, że na pierwszych pięciu latach kierunku lekarskiego standardy nauczania wyznaczają jedynie dolny limit godzin zajęć praktycznych, które mają być zrealizowane w takiej formie. To 5 proc. – To oznacza, że wszystko ponad to, również 80-90 proc., jest zgodne ze standardami kształcenia – podkreśla przedstawiciel młodych lekarzy. Dopiero na 6. roku pojawia się górna granica – jest to 10 proc.

Zagrożenie nie jest teoretyczne. Jak mówi Sebastian Goncerz, uczelnie, które nie mają

odpowiedniej infrastruktury, sięgają po półśrodki, tymczasem standardy kształcenia muszą przed takimi scenariuszami zabezpieczać. – Kształcenie przyszłych lekarzy powinno się opierać na pracy z pacjentem, wszelkie symulacje mogą być tylko uzupełnieniem.

Dlatego konieczne jest doprecyzowanie warunków infrastrukturalnych, w jakich odbywają się zajęcia – również przedkliniczne. Przykładem niech będzie anatomia. Wiadomo, że prosektorium jest podstawową infrastrukturą, którą musi posiadać uczelnia, jeśli chce prowadzić kierunek lekarski. Brak prosektorium zawsze oznacza, że duża część, a nawet większość zajęć realizowana jest za pomocą modeli lub stołów wirtualnych. – Takie pomoce mogą stanowić jedynie uzupełnienie. Standardy muszą określać precyzyjnie, jaki odsetek zajęć praktycznych z anatomii musi odbywać się w prosektorium – podkreśla Sebastian Goncerz.

DEKLARACJE NIE WYSTARCZĄ

Jest szansa, że postulaty środowiska lekarskiego zostaną spełnione: Ministerstwo Zdrowia zapowiada prace nad nowymi standardami kształcenia na kierunkach medycznych.

– Jestem pozytywnie zaskoczony, choć pamiętajmy, że deklaracje i zapowiedzi to jedno, a realizacja – drugie. W pełni się ucieszę z zapowiedzi, gdy zmienią się w fakty – przyznaje lider PR OZZL. Goncerz duże nadzieje wiąże z zapowiedzią zmiany obu aktów prawnych, które regulują kształcenie kandydatów na lekarzy: zarówno rozporządzenia określającego standardy kształcenia, jak i ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym.

– Porozumienie Rezydentów OZZL skupiło się w ostatnim czasie na rozporządzeniu i standardach, ale gdy w poprzedniej kadencji były forsowane nowelizacje ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i wchodziły w życie kolejne liberalizacje wymogów stawianych uczelniom starającym się o zgodę na otwarcie kierunków lekarskich, również głośno protestowaliśmy – przypomina. ●

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

TEMAT NUMERU

Przyszłość edukacji lekarzy: dwa scenariusze

MAŁGORZATA SOLECKA
DZIENNIKARKA

Możliwy jest zarówno pozytywny wariant dla jakości kształcenia, jak i taki, w którym część uczelni jednak dostanie pozytywną ocenę i zgodę na prowadzenie naboru – mówi **DAMIAN PATECKI**, przewodniczący Komisji Kształcenia Medycznego Naczelnej Rady Lekarskiej.

W jakim miejscu jesteśmy, jeśli chodzi o spór wokół kształcenia przeddyplomowego czy też raczej przyszłości kierunków lekarskich uruchomionych bez pozytywnej oceny Polskiej Komisji Akredytacyjnej?

Zacznijmy może od tego, że nie mówilibym o sporze. Naczelna Izba Lekarska, samorząd lekarski, absolutnie nie jest interesariuszem w kontekście kształcenia przeddyplomowego, choć część polityków jest skłonna tak to postrzegać. Naszym ustawowym obowiązkiem jest opiniowanie rozwiązań dotyczących również tego etapu kształcenia i po prostu wykonujemy swoje obowiązki w interesie publicznym. Poczujemy się do odpowiedzialności za jakość tego kształcenia – choć ciężar tej odpowiedzialności powinien spoczywać przecież przede wszystkim na Ministerstwach Nauki i Szkolnictwa Wyższego oraz Zdrowia.

Oczywiście, sytuacja może czy też mogła do niedawna przypominać spór ze względu na dużą polaryzację stanowisk izby lekarskiej oraz rządu. Sporem de facto nie była i nie jest. Natomiast takie postrzeganie ułatwia stawianie zarzutów o rzekomą ochronę korporacyjnych interesów czy też przeciwdziałanie ewentualnej konkurencji. Jaką konkurencję dla lekarzy, którzy są specjalistami lub będą nimi wkrótce, mogą stanowić osoby, które dziś rozpoczynają studia medyczne i nie wiadomo, czy je skończą, czy będą w stanie zdać egzamin końcowy i dostać się na specjalizację?

By odpowiedzieć na pytanie o moment, w jakim jesteśmy, trzeba byłoby sięgnąć do psychoanalizy – przychodzi czas, w którym się urealniamy na rzeczywistość. Wtedy to, co było wypierane, lekceważone, uderza ze zdwojoną siłą. Można odnieść wrażenie, że po stronie rządowej, zarówno w Ministerstwie Zdrowia, jak i Ministerstwie Nauki, zapanało w tej chwili wielkie zdziwienie, zaskoczenie skalą problemu.

Rzeczywiście, poza początkiem roku, kiedy można było odnieść wrażenie, że nowa ekipa chce uporządkować sprawy, nastąpiła cisza. Wszyscy chcą zamieść problem pod dywan. Stąd ostre stwierdzenia ze strony samorządu lekarskiego. Prezes Łukasz Jankowski wiosną powiedział, że obecny rząd kontynuuje w zakresie kształcenia lekarzy politykę PiS. Tymczasem przyszło majowe posiedzenie sejmowej podkomisji ds. nauki i szkolnictwa wyższego i usłyszeliśmy zapowiedź wstrzymania naboru przez uczelnie, które nie mają pozytywnej opinii PKA. Był Pan zaskoczony?

Nie do końca. Muszę powiedzieć, że zajmuję się tym obszarem od dwóch lat. Wymagało to zagłębienia się w przepisy i dane. Samo zrozumienie skali problemu zajęło mi sporo czasu. Potem rozszerzyłem to o niezbędne analizy prawne i czarno na białym widziałem,

że utrzymanie sytuacji, w której kandydaci na lekarzy są kształceni na takich parakierunkach, może wydawać się rozwiązaniem prostym, ale faktycznie wymagało by potężnej dawki zakłamywania rzeczywistości. Rządzący musieliby się naprawdę nieźle napocić, nagimnastykować...

Ale z doświadczenia wiemy, że politycy to potrafią. Całymi latami gimnastykują się, by udowodnić, że 5 proc. PKB na zdrowie to jest 6 proc., a może nawet więcej. I że za te 5 proc. możemy mieć to samo, za co inne kraje płacą 8-9 proc. To jest dopiero sztuka uprawiać taką fikcję!

Nie pozostaje nic innego, jak się zgodzić. Tak, politycy potrafią wykonywać różnego rodzaju sztuczki.

Może właśnie dlatego trzeba docenić odwagę kierownictw ministerstw współdzielących odpowiedzialność za kształcenie przeddyplomowe lekarzy. To na pewno nie jest łatwy ani prosty temat. Rozmawiamy na początku czerwca – w chwili, w której wszystkie scenariusze leżą na stole. To, co się realnie wydarzy, jest zagadką. Wiemy, że Ministerstwo Zdrowia przedstawiło projekt dotyczący limitów przyjęć na kierunki lekarskie z zerowymi wartościami dla uczelni bez pozytywnej oceny PKA, ale z zastrzeżeniem, że jeśli taka pozytywna ocena się pojawi, możliwa jest

nowelizacja rozporządzenia. Wiemy, że rok temu rozporządzenie nowelizowano nawet we wrześniu. Możliwy jest więc zarówno pozytywny dla jakości kształcenia scenariusz, jak i taki, w którym duża część uczelni jednak dostanie pozytywną ocenę i zgodę na prowadzenie naboru. Choć muszę zastrzec, że nieoficjalne informacje, które do nas docierają, są takie, że potwierdzone nieprawidłowości są na tyle poważne, że większość ocen będzie negatywna, bo Polskiej Komisji Akredytacyjnej trudno byłoby uzasadnić inną.

W najgorszym razie co się może wydarzyć?

Może się okazać, że zdecydowana większość kierunków poddanych kontroli PKA otrzymuje pozytywne oceny, a jedna, może dwie, pokazowo zostają „ukarane”. W najbardziej optymistycznym scenariuszu zakładam odwrotne proporcje – przez sito PKA przechodzą jedna, dwie uczelnie. Reszta nie może prowadzić naboru na pierwszy rok, co w praktyce będzie oznaczać wygaszenie kierunku lekarskiego, choć bez spektakularnego zamknięcia. To łatwiejsza ścieżka formalnoprawna, ale też polityczna.

Realizm każe zakładać, że będzie pół na pół. Może zostaną dodane jakieś wskazówki, co należy poprawić, żeby sprostać wymaganej jakości kształcenia.

Niezależnie jednak od tego, który scenariusz się spełni, nie ulega wątpliwości, że osiągnęliśmy ogromny sukces. Warto pamiętać, że początkowo, gdy poprzedni rząd rozpoczął proces dewastacji systemu kształcenia lekarzy, jedynie samorząd lekarski zdecydowanie i głośno się temu sprzeciwiał. Byliśmy w tym sprzeciwie przez długi czas osamotnieni, choć chciałbym podkreślić duże zaangażowanie Porozumienia Rezydentów OZZL, które z pełną energią się zaangażowało w pewnym momencie w obronę jakości kształcenia. Długo czekaliśmy na zdecydowany głos ze strony Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych, ale w ciągu ostatniego roku również z tej strony nadeszło wsparcie. Wiele stanowisk przyjętych przez rektorów brzmiało bardzo podobnie, wręcz tak samo jak stanowiska samorządu lekarskiego, niektóre zresztą przyjęliśmy wspólnie.



foto: archiwum NIL

▲ Dyskusja o kształceniu została postawiona na głowie, bo największy kryzys kadrowy jest w pozostałych zawodach medycznych, zwłaszcza wśród pielęgniarek – przekonuje **Damian Patecki**, przewodniczący Komisji Kształcenia Medycznego Naczelnej Rady Lekarskiej

Wróćmy do tego, co teraz i co w przyszłości. Czekamy na sygnałne informacje z PKA, są zaplanowane na połowę czerwca, ale dokładniejsze pewnie będą za kolejnych kilka tygodni. A przecież to tylko wycinek tego obszaru. Na posiedzeniu podkomisji padły obietnice zmian w ustawie Prawo o szkolnictwie wyższym oraz rozpoczęcia prac nad nowymi standardami kształcenia. Jak samorząd podchodzi do tych wyzwań?

Dzieje się sporo i będzie się sporo dziać. Zawsze wychodziłem z założenia, że problemy trzeba rozwiązywać po kolei, że nie można łapać wielu srok za ogon, podejmować różnych tematów, bo staje się to nieczytelne dla polityków i dla opinii publicznej. Jeśli pyta pani o priorytet, wydaje się, że jako samorząd lekarski będziemy musieli starać się uświadomić decydnictwu, ale również społeczeństwu, że cała dyskusja o kształceniu kadr medycznych została postawiona na głowie przez koncentrację uwagi na kształceniu lekarzy. Tymczasem to w pozostałych zawodach medycznych, poczynając od pielęgniarek, jest największy kryzys kadrowy. I w kontekście zmian demograficznych trzeba przygotować strategię na nowo.

Ponieważ patrzę na rzeczywistość realistycznie, wydaje się, że ciągle jako samorząd będziemy mieli co robić, jeśli chodzi o pilnowanie parauczelni. Bo nie wszystkie, które powinny, stracą możliwość kształcenia.

Nie zmienia to faktu, że w obszarze kształcenia i obszarach z nim powiązanych – choćby dopuszczania do pracy w Polsce lekarzy spoza UE – jest i będzie wiele spraw. Wśród nich na pewno kwestia LEK i LDEK, bo już wiadomo, że formuła egzaminów końcowych się zmieni.

Prace mają ruszyć po wakacjach?

W ramach samorządu wykonaliśmy już pewne prace analityczne, by pokazać kierunek, w jakim powinna dokonać się zmiana. I już wiemy, że wbrew temu, co sygnalizowano pod koniec poprzedniej kadencji, stopniowe zmiany mogłyby przynieść tylko zamieszanie i poczucie niesprawiedliwości. Potrzebne są jednoznaczne, zdecydowane cięcia. Zmiana musi być dobrze przygotowana i przeprowadzona raz a dobrze. Oczywiście, trzeba też przygotować odpowiednie przeliczniki dla egzaminów zdawanych – gdzie będzie baza pytań w obecnej formule i gdzie bazy nie będzie, czy też będzie mocno ograniczona. Dlatego nie warto się spieszyć. Termin rok, półtora, jest chyba realny.

Nie zapominamy też o kształceniu podyplomowym. Mamy nadzieję, że zmiany, jakie zajdą w zakresie cyfryzacji izby, e-PWZ, przełożą się pozytywnie i na ten obszar. Co prawda, w Kodeksie Etyki Lekarskiej delegaci zdecydowali, że ciągle kształcenie nie będzie już obowiązkiem, ale powinnością lekarza, jednak system elektroniczny, który pozwoli na gromadzenie punktów, może w znaczący sposób pozytywnie wpłynąć na motywację do tego ustawicznego kształcenia.

Dziś mogę powiedzieć tyle: jesteśmy w połowie kadencji. I wszystko wskazuje, że przez kolejne dwa lata pracy nam nie zabraknie. ●

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

AKTUALNOŚCI

Rząd chce reformować szpitale. Liczy też pieniądze

MAŁGORZATA SOLECKA

DZIENNIKARKA

Zarządzający placówkami medycznymi z niepokojem czekają na kolejną już rundę operacji waloryzacji wynagrodzeń, która wchodzi w życie 1 lipca. A na horyzoncie kolejne zmiany: restrukturyzacja, konsolidacja i racjonalizacja kosztów. Z siecią szpitali, jaką znamy, będziemy się musieli pożegnać.

W połowie czerwca nie zamknięto w pięciu województwach rozliczeń między NFZ a szpitalami za nadwykonania i świadczenia nielimitowane za pierwszy kwartał. Aby ratować sytuację, minister zdrowia Izabela Leszczyna przekazała 2 mld zł ze swojego budżetu Funduszowi. Kilka dni później minister podpisała rekomendację, zgodnie z którą koszty podwyżek, które nastąpią 1 lipca, mają wynieść nieco ponad 15 mld zł, czyli praktycznie tyle samo, na ile Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji wyceniła je rok wcześniej. Czy zatem wszystko jest pod kontrolą, czy mamy kryzys w finansach ochrony zdrowia, ale w tej chwili trudno oszacować jego skalę?

TRUDNO UCIEC PRZED PRZEZNACZENIEM

Nikt nie może i nie powinien czuć się zaskoczony. Na początku roku prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Łukasz Jankowski apelował do nowej – wówczas – minister zdrowia o urealnienie ustawy 7 proc. PKB na zdrowie przez usunięcie z niej reguły N-2, odnoszącej wydatki publiczne do PKB sprzed dwóch lat. Podobną rekomendację sformułowali eksperci z Federacji Przedsiębiorców Polskich. Wpisali ją w całą listę zaleceń dla rządu, jak uporządkować finanse systemu i przez to zmniejszyć ich podatność na sytuacje kryzysowe. Po stronie minister i rządu zabrakło woli politycznej. – Nie będę ministrem, który przejdzie

do historii jako ten, który zmniejszył wydatki na zdrowie – mówiła Leszczyna w pierwszych tygodniach swojego urzędowania.

Po kilku miesiącach widać jednak wyraźnie, że przed przeznaczeniem trudno uciec. Na początku czerwca okazało się, że Fundusz ma problemy z domknięciem

Eksperci uważają, że kryzys jest najlepszym momentem do przeprowadzania radykalnych zmian. Pora na zmiany w ochronie zdrowia wydaje się więc optymalna

rozliczenia pierwszego kwartału – najpierw w dwóch (Mazowsze i Śląsk), a tak naprawdę w pięciu województwach. Problemem (mniejszym) są nadwykonania, większym zaś – świadczenia nielimitowane, m.in. w onkologii, pediatrii i diagnostyce obrazowej. Szpitale, zwłaszcza te, które leczą pacjentów niepełnoletnich i chorych onkologicznie, są przekonane, że podobnie jak w poprzednich latach dostaną pełną zapłatę za wszystkie wykonane świadczenia. – Nikt nie odważy się nie zapłacić za leczenie dzieci czy chorych na raka – mówił podczas Kongresu Zdrowie 360,

który odbył się w czerwcu w Warszawie, prof. Zbigniew Gaciong, rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. W trudniejszej sytuacji są szpitale, które mają nadwykonania – zarówno w świadczeniach kontraktowanych odrębnie, jak i w ryczałcie. Mogą liczyć tylko na częściową zapłatę, a ponieważ wyceny świadczeń – tu panuje pełna zgoda – są w ogromnej większości niedoszacowane i nie pokrywają kosztów, straty szpitali mogą się pogłębiać.

Od miesięcy szefowie szpitali, a także przedstawiciele organów założycielskich podkreślali niepokój, z jakim czekają na kolejną już rundę operacji waloryzacji wynagrodzeń, która wchodzi w życie 1 lipca. Po stronie kosztów „mniej więcej” wszystko jest jasne, przynajmniej jeśli chodzi o same wynagrodzenia minimalne, wynikające wprost z ustawy. Znamy kwotę bazową (rok do roku wyższa o ok. 13 proc.), zaś współczynniki wynagrodzeń pozostają w stosunku do poprzednich lat bez zmian. Niepokój dotyczył raczej kwoty, jaką NFZ będzie mógł przeznaczyć na sfinansowanie wyższych kosztów funkcjonowania podmiotów leczniczych. Prezentowane wiosną wstępne wyliczenia, przedstawiane m.in. przez przedstawicieli szpitali powiatowych, mówiły, że 18 mld zł w ujęciu rocznym może się okazać kwotą niewystarczającą,

by zapobiec pogłębianiu się problemów finansowych szpitali, a w każdym razie ich znaczącej, głównie samorządowej, części.

15 CZY 20 MLD ZŁ? DUŻA RÓŻNICA

Przez wiele tygodni mówiono, że warianty analizowane i przygotowywane przez AOTMiT wahają się od ok. 15 mld zł do nawet ponad 20 mld zł. Ostatecznie okazało się jednak – ku zaskoczeniu sporej części ekspertów – że to wariant 15 mld jest maksymalnym podpisaniem przez ministra Leszczyńską. Identyfikacja z przyjętym rok temu (również jako wariant maksymalny). Jak to możliwe, skoro kwota bazowa wzrosła o 13 proc., a choć inflacja roczna w 2024 r. nie powinna przekroczyć 4 proc. (w maju wynosiła 2,5 proc.), wiadomo, że inflacja w usługach będzie wyższa. 17 czerwca w wywiadzie dla „Rynku Zdrowia” prezes AOTMiT tłumaczył, że kwoty za 2023 i 2024 r. są praktycznie tożsame. Z danych przekazanych przez podmioty lecznicze, przede wszystkim szpitale, wynika, że podwyżki do wysokości płacy minimalnej wymaga 80 proc. pracowników (w ubiegłym roku – 90 proc.), no i mamy niższą inflację. Abstrahując od tego drugiego czynnika, prezes Daniel Rutkowski zdaje się nie pamiętać o jednym: podwyżki wynagrodzeń do wysokości płacy minimalnej w konkretnych podmiotach zazwyczaj pociągają za sobą konieczność podniesienia pozostałych wynagrodzeń. Dyrektorzy szpitali od początku funkcjonowania ustawy o wynagrodzeniach minimalnych, zwłaszcza zaś od 2022 r., kiedy weszła w życie jej duża nowelizacja, podnosili (i podnoszą dalej), że nie mogą dopuścić do zaburzenia siatki płac w swoich jednostkach. Muszą więc korygować wszystkie wynagrodzenia. Argument ten wielokrotnie padał również podczas dyskusji w parlamencie jeszcze w poprzedniej kadencji. Takie stanowisko prezentowała m.in. wiceprzewodnicząca Komisji Zdrowia Elżbieta Gelert.

W nieoficjalnych rozmowach można było usłyszeć, że 15 mld zł to nie tyle wariant maksymalny, co maksymalne możliwości finansowe Narodowego Funduszu Zdrowia, który miał przekazać, że w drugim półroczu na zwiększenie wycen może przeznaczyć 7,5 mld zł.

W tym samym wywiadzie Daniel Rutkowski stwierdził, że minimalny wariant, który przygotowywała Agencja, opiewał na ok. 7,5 mld zł w skali roku. Tyle miałyby kosztować realizacja

► Minister zdrowia Izabela Leszczyńska po serii wypowiedzi polityków PiS wyjaśnia, że zamiast likwidacji szpitali w Polsce będą łączone, by uniknąć dublowania świadczeń



foto: Piotr Tracz/Kancelaria Sejmu

samych „czystych” zapisów ustawowych w ich obecnym kształcie. Tu należałoby postawić olbrzymi znak zapytania – co się stało z formułowanymi tak w poprzedniej kadencji, gdy obecnie rządzący nazywali ustawę o minimalnych wynagrodzeniach „bulem prawnym”, jak i zaraz po październikowych wyborach, na etapie tworzenia rządu, zapowiedziami gruntownej nowelizacji ustawy? Niewykluczone, że plany rzeczywiście były, ale odłożono je ze względu na ciągle procedowany projekt obywatelski złożony przez środowisko pielęgniarów.

Kolejne pytanie: jakie będą losy tego projektu, który miał (ma?) przynieść pielęgniarom i położnym nie tylko znaczące podwyżki, ale może przede wszystkim gwarancję uznawania kwalifikacji posiadanych przy zaliczaniu do poszczególnych grup ustawowych? Wiele wskazuje, że Ministerstwo Zdrowia i rząd nie chcą dopuścić do otwartego konfliktu z potężną grupą zawodową. Od kwietnia trwają twarde negocjacje. Minister odrzuca możliwość uchwalenia nowelizacji w przedstawionej przez pielęgniarów formie i składa kolejne oferty podwyżek rozłożonych w czasie, dotyczących gorzej uposażonej części tego środowiska (objęłyby one wszystkich pracowników kwalifikowanych do grup zdominowanych przez pielęgniarów). Jak można było usłyszeć w kulisach w połowie czerwca, minister jest zdeterminowana by projekt był procedowany dalej, mimo że już realizacja ustawy

o minimalnych wynagrodzeniach w obecnym kształcie wstrząsa systemem. Nie podwyżki bowiem są problemem, nie płace, ale fakt, że na zobowiązania złożone pracownikom nie starcza pieniędzy, a jeśli nawet one się znajdują, to – trudno zaprzeczyć – kosztem choćby dostępności do świadczeń.

SĄ CZY ICH NIE MA?

Jest więcej niż prawdopodobne, że problemy z nadwykonaniami i świadczeniami nielimitowanymi nie tylko powtórzą się w drugim, trzecim i czwartym kwartale, ale przybiorą na sile. Będą środki na podwyżki, zabraknie – na uregulowanie rachunków za wykonane świadczenia, co natychmiast przełoży się na ograniczenia w wykonywaniu tych świadczeń. Żaden szpital nie będzie zainteresowany nielimitowanym wykonywaniem rezonansów magnetycznych, wiedząc, że na pieniądze przyjdzie mu czekać nie tylko tygodniami, ale wręcz miesiącami. Pod znakiem zapytania – wbrew poglądom rektora WUM – może stanąć nawet finansowanie nielimitowanego leczenia dzieci i młodzieży. Co prawda, są dodatkowe środki na ten cel pochodzące z Funduszu Medycznego, ale w ciągu roku nie mogą one być wyższe niż ok. 900 mln zł, a ten wynikający z ustawy limit już jest na wyczerpaniu. Dochodzi więc do paradoksu: pieniądze w Funduszu Medycznym, którego zadaniem według pierwotnego pomysłu miało być finansowanie leczenia dzieci, zwłaszcza pediatrycznych pacjentów

onkologicznych i chorujących na choroby rzadkie, są, ale na ten pierwotny cel użyte być nie mogą. To efekt rozbudowania koncepcji Funduszu Medycznego i wprowadzenia do niej potężnych zadań związanych z wydatkami infrastrukturalnymi.

Czy szpitalom wystarczy na sfinansowanie podwyżek, czy też 2024 r. będzie „powrotem do przeszłości”, do roku 2022, kiedy wiele placówek stało w obliczu gigantycznych strat? Prezes AOTMiT ocenia, że nie powinno być takich placówek, bo „wariant trzeci rekomendacji zawiera różne sposoby oddziaływania na stronę przychodową szpitala”. – Są za to podmioty, które zawsze mogą mieć problemy, bez względu na to, jak zaprojektowana byłaby rekomendacja – stwierdził, dodając w dalszej części rozmowy, że „prawda jest taka, że problem pojawia się tam, gdzie są utrzymywane wyższe zasoby, niż jest to potrzebne do realizacji świadczeń”.

Remedium na „utrzymywanie wyższych zasobów, niż jest to potrzebne do realizacji świadczeń” mają być zaprojektowane – i wpisane do Krajowego Planu Odbudowy – zmiany strukturalne, zwłaszcza w obszarze szpitalnictwa (choć nie tylko). KPO to miliardy złotych, ale są też ograniczenia: pieniądze będą musiały zostać wydane szybko (do 2026 r.) i konieczny będzie wkład własny (ze względu m.in. na niekwalifikowalny VAT). Ale nie pieniądze na zmiany strukturalne, lecz same zmiany będą w najbliższych miesiącach osiłą ostrego sporu. Politycy Prawa i Sprawiedliwości już alarmują, że rząd chce zamykać szpitale powiatowe. Tymczasem minister Izabela Leszczyna od miesiący podkreśla, że żaden szpital nie zostanie fizycznie zamknięty, zaś istotą zmian mają być konsolidacja i profilowanie placówek. Minister obiecywała również, że zmiany w szpitalnictwie przeprowadzi „nie po pisowsku” – czyli nie centralnie, ale zapraszając do rozmów samorządy terytorialne, których zmiany będą dotyczyć w największym stopniu (powiaty i województwa).

PROFILOWANIE SZPITALI

11 czerwca do wykazu prac legislacyjnych rządu trafił projekt zmian w całym pakiecie ustaw zdrowotnych, którego celem – jak głosi uzasadnienie – jest „osiągnięcie korzyści dla pacjenta wynikających z dobrze działającego systemu lecznictwa szpitalnego”. System ma zostać dopasowany do struktury demograficznej i rzeczywistych potrzeb zdrowotnych ludności. Zmiany zakładają przede wszystkim koncentrację świadczeń i profilowanie szpitali. To, mówiąc inaczej – przebudowa sieci szpitali wprowadzonej

w 2017 r., która (mówiąc najogólniej) nie zdała egzaminu.

Co ma się zmienić? Struktura sieci szpitali oraz zasady kwalifikacji do niej to fundament. Nowe przepisy mają umożliwić (lub raczej ułatwić) konsolidację szpitali. Ekspertiści zauważają, że jest ona możliwa i w tej chwili. Problemem jest to, że „konsolidacja biedy” jest rozwiązaniem mało atrakcyjnym lub nawet mało sensownym. Wzmocniony ma również być nadzór nad tworzeniem i realizacją programów restrukturyzacyjnych. Obecny rząd nie zamierza powielać błędów poprzedników i nie mówi o przejmowaniu szpitali, ale nie rezygnuje z objęcia ich znacznie ściślejszym nadzorem.

Nowe przepisy mają umożliwić konsolidację szpitali. Problemem jest to, że „konsolidacja biedy” jest rozwiązaniem mało atrakcyjnym

Sam projekt zmian ustawowych zostanie opublikowany prawdopodobnie jeszcze w czerwcu. Czego można się spodziewać? Z założeń wynika, na przykład, że kryterium kwalifikacji do sieci (zniknąć mają poziomy PSZ) będzie „określony minimalny udział świadczeń zabiegowych w ostatnim pełnym roku kalendarzowym, a w przypadku profilu położnictwa i ginekologia minimalna liczba odebranych porodów w tym samym okresie. Wstępnie przewiduje się, że będzie to odpowiednio ok. 60 proc. udział zabiegów i ok. 400 porodów, przy czym ostateczne określenie szczegółowych wartości dotyczących udziału świadczeń zabiegowych dla poszczególnych zakresów oraz progowej liczby porodów nastąpi w drodze aktu wykonawczego do ustawy, po przeprowadzeniu dodatkowych analiz i konsultacji”. To dlatego politycy obecnej opozycji alarmują, że znikną z sieci szpitale z małymi porodówkami. Minister zdrowia mówiła zresztą o tym wprost, zastrzegając, że część małych oddziałów ginekologiczno-położniczych, których istnienie jest uzasadnione dostępnością geograficzną, otrzyma wsparcie z NFZ i „ocaleje”.

Można się też spodziewać „uproszczenia i złagodzenia

zasad regulujących udzielanie przez świadczeniodawców w ramach PSZ dodatkowych rodzajów świadczeń”, tj.:

- realizowanych w ramach szpitalnego oddziału ratunkowego albo izby przyjęć,
- z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii lub anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci,
- z zakresu chemioterapii lub chemioterapii – leczenie jednego dnia,
- z zakresu świadczeń wysoko specjalistycznych,
- z zakresu rehabilitacji leczniczej, realizowanych w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego lub stacjonarnych,
- z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, realizowanych w poradniach przyszpitalnych,
- w ramach programów lekowych,
- objętych kompleksową opieką zdrowotną.

Ważnym elementem zmian będzie umożliwienie (ułatwienie) tworzenia i prowadzenia SP ZOZ-ów przez związki jednostek samorządu terytorialnego. – Dzięki temu rozwiązaniu jednostki samorządu będą mogły łączyć samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, przez co będą mogły powstać bardziej efektywne, większe podmioty lecznicze – podkreśla ministerstwo.

Hasłem przewodnim pozostaje „odwrócenie piramidy świadczeń”. Jednym z efektów zmian ustawowych ma być ułatwienie zarządzającym szpitalami przesuwania części świadczeń wykonywanych w tej chwili w ramach wielodniowych hospitalizacji albo w stronę poradni AOS, albo hospitalizacji jednodniowych. To w znaczący sposób ograniczy konieczność utrzymania „zasobów” (strukturalnych i przede wszystkim kadrowych), generujących koszty niewspółmiernie wysokie do zakresu świadczeń.

Wielu ekspertów zajmujących się zarządzaniem (również w ochronie zdrowia) jest zdania, że kryzys jest najlepszym momentem do przeprowadzania radykalnych zmian. Jeśli spojrzeć na to z tej perspektywy, pora na zmiany w ochronie zdrowia wydaje się optymalna. ●

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

WAŻNE SPRAWY

Środki z KPO: impuls, a nie gamechanger

MARIUSZ TOMCZAK
DZIENNIKARZ

Najwięcej pieniędzy z Krajowego Planu Odbudowy prawdopodobnie wesprze onkologię, kardiologię i opiekę długoterminową. Z tej puli będzie można sfinansować również zmianę profilu niektórych oddziałów szpitalnych.

Kiedy kilka lat temu pojawiła się pierwsza publiczna wersja Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności (KPO), w środowisku związanym z ochroną zdrowia dały się słyszeć głosy rozczarowania. Wiele osób oczekiwało, że środki będą przeznaczone na szeroko rozumiane cele zdrowotne, stanowiąc odpowiedź na nowe wyzwania i problemy spowodowane przez pandemię COVID-19.

NEGOCJACJE Z BRUKSELA

Szybko okazało się, że w liczącym kilka set stron dokumencie ochrona zdrowia została potraktowana po macoszemu. Największa pula miała trafić na cele związane z „zieloną energią i zmniejszeniem energochłonności” i „zieloną, inteligentną mobilnością” – tak były określone kluczowe komponenty KPO. Ale to nie wina ówczesnego rządu, ponieważ decydenci z Brukseli jednoznacznie wskazali priorytety, które musiały uwzględnić wszystkie państwa członkowskie Unii Europejskiej.

Od tamtego czasu polska wersja KPO podlegała różnym modyfikacjom, ale jedno się nie zmieniło – obejmuje inwestycje i reformy związane m.in. z rozwojem innowacyjnej gospodarki, energetyką i transformacją cyfrową, a sprawy bezpośrednio dotyczące pacjentów i medyków są istotne, ale nie najważniejsze. Ostatecznej wersji dokumentu wciąż nie ma, ponieważ po przekazaniu pod koniec kwietnia 2024 r. propozycji zmian

przez stronę polską przez kolejne tygodnie wciąż toczyły się negocjacje z Komisją Europejską (KE).

WAŻNE ZMIANY

W ramach KPO do systemu ochrony zdrowia w Polsce prawdopodobnie wpłynie w ciągu dwóch lat ok. 18 mld zł, w tym ok. 10 mld zł na reformy i inwestycje w szpitalnic-

Pieniądze z KPO będzie można przeznaczyć na rozwój infrastruktury, w tym remont placówek, a także na zakup sprzętu medycznego

twie oraz ok. 8 mld zł na działalność badawczo-rozwojową, kształcenie kadr medycznych i cyfryzację.

We wniosku do KE o rewizję dokumentu główna zmiana w obszarze zdrowia dotyczy zakresu reformy szpitalnictwa. Postuluje się również przesunięcie w czasie niektórych mierników dla reform i inwestycji, co – jak wskazuje Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej (MFiPR) – wynika z opóźnień w realizacji KPO spowodowanych przez poprzedni rząd.

„Jeżeli chodzi o inwestycje, to zmiany w nich mają charakter doprecyzowujący. Istotna i bardzo

korzystnie postrzegana przez samorządy jest zmiana polegająca na przeniesieniu inwestycji dotyczącej tworzenia miejsc opieki długoterminowej i geriatrycznej w szpitalach powiatowych z części pożyczkowej do części grantowej. Kwota została zwiększona ze 150 mln euro do 300 mln euro” – poinformował resort.

REMONTY I NOWY SPRZĘT

Ministerstwo Zdrowia wskazuje, że w ramach rewizji KPO strona polska postuluje zwiększenie części pożyczkowej w komponencie zdrowotnym do prawie 1,3 mln zł i przeniesienie jej do części grantowej. Ale czy faktycznie do tego dojdzie, przekonamy się dopiero wtedy, gdy Komisja da zielone światło.

Środki z KPO będzie można przeznaczyć na rozwój infrastruktury, w tym remont placówek, a także zakup sprzętu medycznego. Oczekuje się, że wpłynie to na poprawę dostępności do wyspecjalizowanej opieki zdrowotnej. Pieniądze będzie można wykorzystać m.in. na przeprofilowanie niektórych oddziałów szpitalnych.

Korzyści mają odczuć zwłaszcza pacjenci ze schorzeniami onkologicznymi i kardiologicznymi oraz wymagający opieki długoterminowej. Sektor ochrony zdrowia będzie pośrednio korzystał także

z rozwiązań w obszarze ICT, czyli technologii informacyjno-komunikacyjnych.

NIEWIELE CZASU NA PRZYGOTOWANIA

– Zasadnicza trudność w pełnym wykorzystaniu środków polega na tym, że na realizację czterech reform oraz pięciu rodzajów inwestycji z komponentu zdrowotnego KPO mamy czas do końca czerwca 2026 r. To bardzo krótki termin – mówiła Katarzyna Kacperczyk, podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia, podczas konferencji „Czy KPO wyjdzie nam na zdrowie”, zorganizowanej przez Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego w Warszawie we współpracy z Pracodawcami RP i Deloitte.

Wiceszefowa resortu zdrowia wskazuje, że ubiegając się o środki, warto podzielić inwestycję na etapy, tak by w razie wystąpienia problemów na jednym z nich nie doszło do utraty finansowania całego przedsięwzięcia. Kluczowe będzie wydanie środków w sposób jak najbardziej efektywny.

– Projekty muszą być przemyślane – podkreśla Izabela Marcewicz-Jendrysik, prezes zarządu Warszawskiego Centrum Opieki Medycznej „Kopernik” sp. z o.o. W jej ocenie siły trzeba mierzyć na zamiary, a planowane inwestycje muszą uwzględniać możliwości czasowe i budżetowe oraz ryzyka związane m.in. z ustawą Prawo zamówień publicznych. – Mając ograniczone środki i ograniczony czas, powinniśmy stawiać na małe, ale konkretne projekty, które przyniosą dużą wartość dodaną – apeluje.

NABORY DLA SZPITALI

Z informacji, do których dotarła redakcja „Gazety Lekarskiej”, wynika, że niebawem ruszą pierwsze nabory wniosków o finansowanie dla szpitali w ramach inwestycji pn. „Rozwój i modernizacja infrastruktury centrów opieki wyspecjalizowanej i innych podmiotów leczniczych” oraz „Rozwój opieki długoterminowej poprzez modernizację infrastruktury podmiotów leczniczych na poziomie powiatowym”.

Środki z KPO będą przekazywane wraz z postępem w realizacji projektów. Przewidywana jest wypłata zaliczek, które będą musiały zostać rozliczone w określonym terminie. Szczegółowe warunki ich udzielania zostaną określone w dokumentacji dotyczącej inwestycji przygotowanej przez Ministerstwo Zdrowia. Informacje o udziale w konkursach,

► Środki z KPO mają wzmocnić trend cyfryzacji sektora ochrony zdrowia oraz poprawić jego bezpieczeństwo informacyjne

foto.: freepik.com



obowiązujących procedurach, terminach czy też kryteriach oceny wniosków znajdują się na stronie internetowej www.gov.pl/web/planodbudowy.

DUŻO CZY MAŁO? TO ZALEŻY

Na pierwszy rzut oka kwota 18 mld zł do rozdysponowania w dwa lata w ramach komponentu zdrowotnego KPO robi wrażenie. Nie ulega wątpliwości, że niektóre lecznice lub oddziały szpitalne

że pieniędzy rozdzielanych w Brukseli nie należy traktować w całości jako „prezentu”, bo zaciągnięte pożyczki trzeba będzie spłacić.

DEMOGRAFII NIE OSZUKAMY

Zdaniem wiceminister Katarzyny Kacperczyk środki z KPO przyczynią się do poprawy skuteczności opieki zdrowotnej i dadzą impuls do podniesienia jakości usług medycznych. – Nie rozwiążą wszystkich bolączek, ale dadzą szpitalom trochę elastyczności w realizacji zadań – mówi.

– KPO jest sposobem na finansowanie zmian w ochronie zdrowia, ale ich nie zastąpi. To nie będzie gamechanger – ocenia Kamil Sobolewski, główny ekonomista Pracodawców RP. Zwraca uwagę, że największym wyzwaniem w Polsce jest demografia. – Koszt opieki nad 60-latkami w przyszłości może się okazać dużo wyższy niż dzisiaj – ostrzega ekspert.

Z uwagi na spadek produktu krajowego brutto związany z mniejszą liczbą osób na rynku pracy oraz starzejącą się populacją, która na ogół jest bardziej schorowana i wymaga większej liczby świadczeń medycznych, należy kłaść duży nacisk na profilaktykę i promocję zdrowego stylu życia – przekonuje Sobolewski. Komponent zdrowotny KPO jest jednak skoncentrowany na innych celach.

Największym wyzwaniem dla polskiego systemu opieki zdrowotnej jest demografia, dlatego należy kłaść nacisk na profilaktykę i promocję zdrowego trybu życia

będą miały realną szansę na modernizację, z której korzyści odniosą zarówno pacjenci, jak i personel medyczny.

Jeśli jednak tę kwotę zestawimy np. z wypłatą świadczeń 800+, które w 2024 r. pochłoną prawdopodobnie ok. 67 mld zł, wygląda to mniej spektakularnie. Środki z KPO można również odnieść do publicznych wydatków na zdrowie, które w tym roku mają wynieść ok. 200 mld zł. Osobną kwestią jest to,

WAŻNE SPRAWY

Systemu nie da się naprawić wycinkowo

MARIUSZ TOMCZAK, PIOTR KOŚCIELNIAK

Spojrzenie na zdrowie z perspektywy zarówno pracodawców, jak i pracowników, którzy coraz częściej zmagają się z chorobami przewlekłymi, było motywem przewodnim Kongresu Zdrowie 360.

Klauzula wyższego dobra to temat przewodni w samorządzie zawodowym z uwagi na dobro pacjentów – powiedział Grzegorz Wrona, sekretarz Naczelnej Rady Lekarskiej (NRL), w trakcie panelu „Funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce oraz medycyny pracy”. Dodał, że miejscem lekarza jest sala operacyjna i gabinet przyjęć, a nie pomieszczenia prokuratorskie i policyjne, gdzie nie tak rzadko lekarze są wzywani w celu składania wyjaśnień, bo „ktoś uważa, że nie otrzymał tego, co mu się należy”.

Sekretarz NRL mówił o konieczności niezwłocznego wprowadzenia automatycznej refundacji leków. – Nie może być tak, że trzy czwarte czasu wizyty lekarz poświęca na przeanalizowanie tego, co ma w komputerze. To powinien zrobić system – wskazał przedstawiciel samorządu lekarskiego, dodając, że jeśli nie da się tego celu zrealizować w niedługim czasie w całości, to należy to zrobić choćby w 90 proc. I że skuteczna realizacja tego zadania jest podyktowana troską o pacjentów.

W czasie swojego wystąpienia Grzegorz Wrona nawiązał do osób „uprawiających szarlatanerię”, które – jak zastrzegł – co do zasady nie mają prawa wykonywania zawodu, są więc poza jurysdykcją organów odpowiedzialności zawodowej samorządu. – Dlaczego polski system karny nie interesuje się osobami, które naruszają ustawę o zawodach lekarza i lekarza dentystry czy ustawę o zawodach pielęgniarzy i położnej i szkodzą pacjentom? Dlaczego nie reagują na nasze informacje? – pytał.

PANDEMIA NIE USPRAWIEDLIWIA

Zdaniem sekretarza NRL reforma systemu ochrony zdrowia powinna zostać

przeprowadzona kompleksowo. – Nie da się zmienić systemu w sposób punktowy. Tymczasem różne gremia dyskutują o wycinkowym rozwiązywaniu problemów – wskazał Grzegorz Wrona. Dodał, że teza, jakoby w Polsce było za mało lekarzy, jest nieprawdziwa. – Są jednak obciążani najróżniejszymi obowiązkami, które nie dotyczą bezpośrednio ich pracy – powiedział.

W panelu „Funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce

Nowe narzędzia cyfrowe pozwalają lekarzom na lepszą opiekę nad pacjentem, ale wymagają one nowych rozwiązań prawnych – przekonywali uczestnicy kongresu

oraz medycyny pracy” poza sekretarzem NRL wzięli udział również m.in. prof. Zbigniew Gaciong, rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, prof. Piotr Suwalski, dyrektor Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA, prof. Andrzej Marcinkiewicz z Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi i Jerzy Gryglewicz, ekspert związany z Instytutem Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego.

Uczestnicy dyskusji dzielili się pomysłami na zmiany, przypominając dyskusje toczące się od wielu lat. – Wybuch pandemii spowodował

całkowite zaniechanie wszelkich projektów reformatorskich w systemie ochrony zdrowia, co jednak usprawiedliwia polityków w niewielki sposób – gorzko ocenił dr Jerzy Gryglewicz.

CHOROBY UKŁADU KRAŻENIA

Wśród spraw poruszonych w trakcie kongresu były wyzwania związane z osobami aktywnymi zawodowo, ze szczególnym uwzględnieniem chorób sercowo-naczyniowych. Z danych zaprezentowanych przez Piotra Winciunasa, dyrektora Departamentu Orzecznictwa Lekarskiego Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, a jednocześnie naczelnego lekarza ZUS, wynika, że w 2023 r. w Polsce wystawiono ok. 27 mln zwolnień lekarskich o średniej długości 10 dni. – Około 3,5 proc. zwolnień dotyczyło chorób układu sercowo-naczyniowego, a ich średnia długość w tej grupie wyniosła ok. 15 dni. To średnio trzy tygodnie w roku – podkreślił.

– Choroby sercowo-naczyniowe są najczęstszą przyczyną zgonów, a liczba hospitalizacji jest duża. Nie możemy pozwolić na to, by tylu ludzi uciekało z rynku pracy ze względu na brak dostępu do leczenia – apelowała senator Agnieszka Gorgoń-Komor, specjalistka kardiologii. Jednocześnie zwróciła uwagę na potrzebę podjęcia skutecznych działań w obszarze profilaktyki, m.in. w kontekście edukacji szkolnej. Dodała, że nie wyobraża sobie, by zmiany w przepisach powstawały bez aktywnego udziału ekspertów.

– Mamy wspaniałych lekarzy i wspaniałych kardiologów, warto korzystać z ich wiedzy – podkreślała.

PROFILAKTYKA DO ZMIANY

W dyskusji na temat roli profilaktyki w zapobieganiu chorobom układu krążenia udział wzięli także prof. Maciej Banach, przewodniczący Polskiego Towarzystwa Lipidologicznego, prof. Artur Mamcarz, kierownik III Kliniki Chorób Wewnętrznych i Kardiologii WUM, i dr Daniel Śliż, prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Stylu Życia. Swoimi refleksjami dzielili się pacjenci z doświadczeniem udaru: Agnieszka Wołczenko z Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Pacjentów ze Schorzeniami Serca i Naczyń EcoSerce i znany aktor Jacek Rozenek.

O roli profilaktyki dyskutowano ponadto w trakcie panelu „Choroby cywilizacyjne i metaboliczne XXI wieku: otyłość, cukrzyca i uzależnienia a aktywność zawodowa”. Prof. Leszek Czupryniak, kierownik Kliniki Diabetologii i Chorób Wewnętrznych WUM, stwierdził, że nie wierzy w skuteczność działań profilaktycznych podejmowanych przez państwo. – Ono sfinansuje leki, bo to jest dość proste. W wielu krajach profilaktyka jest pozostawiona obywatelom, szkołom i pracodawcom. Jeżeli pracodawca będzie aktywny na tym polu i zachęci pracowników do dbania o zdrowie, to może to przynieść wymierny skutek – powiedział.

KONTROWERSJE WOKÓŁ TELEMEDYCYN

Podczas kongresu nie mogło zabraknąć dyskusji o nowoczesnych technologiach służących poprawie relacji lekarz-pacjent. Temu tematowi poświęcony był panel „Telemedycyna jako wsparcie pracodawców w zwiększeniu wydajności pracowników”. Debatę zdominowały jednak zagadnienia prawne i etyczne, w tym zasady zawarte w znowelizowanym Kodeksie Etyki Lekarskiej.

– Nowy kodeks będzie obowiązywał od stycznia przyszłego roku, a ten, który mamy obecnie, został utworzony 20 lat temu i wtedy nie było mowy o telemedycynie, przynajmniej w Polsce – przypomniał Artur Drobnik, dyrektor Centralnego Ośrodka Badań, Innowacji i Kształcenia Naczelnej Izby Lekarskiej (NIL). – W znowelizowanym dokumencie jest jasno wpisana możliwość oferowania świadczeń telemedycznych. Ale nawet będąc entuzjastą nowych technologii, nie do końca mogę się zgodzić z twierdzeniem,

że każde świadczenie można przeprowadzić drogą elektroniczną. Jest jeszcze coś takiego, jak badanie fizykalne. Jako lekarz klinicysta, ginekolog-położnik, nie wszystko mogę zrobić metodami telemedycznymi – podkreślał.

Zwrócił również uwagę na znaczenie komentarzy do art. 9 KEL, w którym mowa o teleporadach. – Rzecznicy odpowiedzialności zawodowej, którzy ewentualnie później będą doktora oceniać, posługują się nie tylko samym zapisem kodeksu, ale właśnie również komentarzami – podkreślał. Wśród istotnych uwag znalazła się ta, że telemedycyna jest formą oferowania świadczeń równoważną z formą fizyczną, poza sytuacjami, gdy sam lekarz uzna, że forma zdalna jest niewystarczająca. Natomiast lekarz w miarę możliwości powinien dążyć do tego, by pierwszy kontakt z pacjentem był osobisty.

Na ten problem zwrócił uwagę także prof. Bolesław Samoliński, kierownik Katedry Zdrowia Publicznego i Środowiskowego oraz Zakładu Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych i Alergologii WUM. – Nie może być tak, że ktoś zadzwoni do lekarza, a ten udzieli porady człowiekowi, którego nigdy nie widział na oczy i nie wie, w jakim jest stanie. W takich warunkach lekarz może popełnić błąd, za który będzie odpowiadał – komentował prof. Samoliński. Zwrócił również uwagę, że pacjenci, których stan się pogarsza, zawsze powinni być kierowani na wizytę osobistą, a nie na teleporadę.

Podczas dyskusji poruszono również temat nieprawidłowości w postaci „kupowania” zwolnień, funkcjonowania receptomatów czy swoistych cenników teleporad z wypisaniem recepty na leki psychotropowe. – To jest oczywiście naginanie prawa do granic możliwości i postępowanie nieetyczne – mówił Artur Drobnik.

Uczestnicy debaty podkreślali, że nowe narzędzia cyfrowe, w tym telemedycyna, dają lekarzom fantastyczne narzędzia pozwalające na lepszą opiekę nad pacjentem – szybszą, bardziej bezpośrednią i spersonalizowaną. Do tego konieczne jest jednak wprowadzenie nowych rozwiązań prawnych – m.in. pozwalających sprawdzić na podstawie numeru

PESEL, czy pacjent wykupuje leki i jakie inne leki przyjmuje. Zwracali również uwagę na znaczenie opieki zdalnej nad pacjentami przewlekle chorymi, z niepełnosprawnością, w wieku podeszłym czy w stanach terminalnych.

ŁUDZKA TWARZ CHIRURGII

W czasie kongresu rozmawiano o wpływie mediów na zdrowie publiczne. O roli polskich seriali medycznych w kształtowaniu postaw społecznych na przykładzie znanych z anteny TVP „Chirurgów” opowiadała Iwona Kania, zastępca rzecznika prasowego NIL. Akcja serialu toczy się w Państwowym Instytucie Medycznym MSWiA, a bohaterami są pacjenci i ich rodziny, a także lekarze i pielęgniarki.

– Wyszliśmy poza bańkę medyczną z przekazem dotyczącym polskiej chirurgii. Pokazaliśmy ludzką twarz chirurgów, ich życie zawodowe i prywatne, a także liczne pasje. Pokazaliśmy także to, że nasi lekarze stosują innowacyjne metody w leczeniu oraz mają liczne pasje. Może dzięki temu pacjenci zaczną spoglądać na nich trochę inaczej – powiedziała Iwona Kania, która była współautorką telewizyjnej produkcji.

– Dla lekarzy występujących w serialu z pewnością było to bardzo ciekawe doświadczenie, a dla widzów wielką frajdą zobaczyć ich pracę od zupełnie innej strony. Dotarliśmy już do 6 milionów widzów, a ich liczba wciąż rośnie – dodała.

POD PATRONATEM NIL

Kongres Zdrowie 360, organizowany przez Związek Przedsiębiorców i Pracodawców (ZPP), odbył się 6 czerwca 2024 r. w Warszawie. Opiekę merytoryczną nad wydarzeniem sprawował zespół ekspertów wchodzący w skład kapituły, w której był m.in. prezes NRL Łukasz Jankowski. Patronat honorowy nad wydarzeniem objęła m.in. Naczelna Izba Lekarska, a patronat medialny – „Gazeta Lekarska”.



◀ Jednym z elementów ustawy o szczególnej opiece geriatrycznej jest obowiązek wykonywania wstępnej oceny geriatrycznej przez lekarzy i pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej

foto: Freepik.com

WAŻNE SPRAWY

Opieka geriatryczna nie może rozwinąć skrzydeł

LIDIA SULIKOWSKA
DZIENNIKARKA

Chociaż od 1 stycznia 2024 r. obowiązują przepisy, które miały lepiej dostosować system ochrony zdrowia do starzejącego się społeczeństwa, brakuje chęci ich realizacji. Ministerstwo Zdrowia i samorządy uważają, że trzeba je znowelizować.

Prezydencki projekt ustawy o szczególnej opiece geriatrycznej, który w ubiegłym roku został przyjęty przez Sejm, miał być impulsem do wzmocnienia geriatrii w systemie opieki zdrowotnej. Dziedziny, bez której – jak przekonuje dr Jarosław Derejczyk, geriatra z 40-letnim stażem pracy i był konsultant woj. śląskiego dla tej specjalizacji – nie uda się zaadaptować systemu ochrony zdrowia do starzejącego się społeczeństwa i której po prostu potrzebuje duża część seniorów. – Dla tych, którzy mają wielochorobowość z niewydolnościami narządowymi, zespół kruchości,

przyjmują wiele leków, kluczowa jest opieka wielodyscyplinarnego zespołu geriatrycznego, który zwiększa ich sprawność funkcjonalną i podtrzymuje samodzielność – tłumaczy lekarz.

MINISTERSTWO: CEL JEST NIEREALNY

Obowiązująca od 1 stycznia 2024 r. ustawa z 17 sierpnia 2023 r. o szczególnej opiece geriatrycznej miała wesprzeć profilaktykę i leczenie osób starszych, szczególnie tych po ukończeniu 75. roku życia.

Postawiono w niej na prowadzenie wstępnej oceny geriatrycznej w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ), utworzenie centrów zdrowia dla seniorów w wieku 75+ obarczonych zwiększonym ryzykiem znacznego pogorszenia stanu zdrowia i sprawności funkcjonalnej, a także duże zwiększenie dostępności łóżek geriatrycznych. Zgodnie z przepisami ustawy łączna liczba łóżek w oddziałach geriatrycznych na terenie województwa nie może być mniejsza niż 50 na 100 tys. osób, które ukończyły 60 lat i mieszkają na tym obszarze. Z kolei centra zdrowia 75+ mają działać na terenie powiatu, jego części, kilku powiatów albo ich części, zamieszkałych łącznie przez nie mniej niż 6 tys. i nie więcej niż 12 tys. osób, które ukończyły 75 lat. Samorządy mają pięć lat na osiągnięcie tego stanu.

Od wejścia w życie ustawy minęło już dobrych kilka miesięcy, ale trudno się spodziewać realizacji przewidzianych w niej celów. Ministerstwo Zdrowia coraz wyraźniej sygnalizuje ich okrojenie. Podczas posiedzenia sejmowej Komisji Polityki Senioralnej 9 maja wiceminister zdrowia Wojciech Konieczny powiedział, że ustawa „niesie ze sobą bardzo dużo błędów”. Stwierdził m.in., że dzieli opiekę geriatryczną na tę przed 75. rokiem życia i po 75. roku życia, „co samo z siebie jest dość nielogiczne” i w zasadzie niekonstytucyjne. Poinformował, że w Ministerstwie Zdrowia trwają prace nad zmianami ustawy, tak aby „była zgodna zarówno z konstytucją, jak i z innymi przepisami, które określają, kto jest osobą w wieku podeszłym”. Dodał też, że rozwiązania przewidziane w ustawie są nierealne, wskazując m.in. na brak wystarczającej kadry medycznej. Ponadto stwierdził, że „wyszczególnienie geriatrii jako jedynej specjalizacji, która zajmuje się osobami w wieku podeszłym, jest z gruntu fałszywe”, dodając, że jest wiele innych specjalizacji, jak np. interna czy neurologia, które także zajmują się takimi pacjentami. Przekonywał, że ustawa wymaga zmian, ponieważ utrzymywanie jej w obecnym kształcie oznacza, że wprowadzenie jej

w życie „będzie bardzo trudne, jeśli nie niemożliwe, przynajmniej w tym okresie, który został wskazany”.

Wygląda na to, że resort zdrowia chce pójść w kierunku znacznej modyfikacji celów zapisanych w ustawie. Na razie jednak brakuje konkretnych dotyczących zapowiadanej nowelizacji.

ŁÓŻKA I SPECJALIŚCI

– Przez długie lata nie było długofalowych działań w kierunku rozwoju geriatry. Pojawiały się różne wizje, z których niewiele wychodziło. Nie przyjmuję do wiadomości, że po raz kolejny geriatrya pozostanie poza obszarem aktywnych działań. Musimy ostatecznie określić kierunki i priorytety rozwoju geriatry. Zgadza się, że ustawa postawiła poprzeczkę bardzo wysoko, więc trzeba ją w pewnych obszarach urealnić – uważa prof. Katarzyna Wieczorowska-Tobis, prezes Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego i konsultant woj. wielkopolskiego w zakresie geriatry. Jej zdaniem należy się zastanowić nad liczbą łóżek geriatrycznych, którą chcemy osiągnąć w ciągu pięciu lat. W Polsce działa obecnie ok. 70 oddziałów geriatrycznych. Pod względem liczby oddziałów przodują m.in. województwa śląskie, mazowieckie i małopolskie, na drugim końcu stawki są obszary północnej i wschodniej Polski.

– W województwie wielkopolskim mamy obecnie około 60 łóżek geriatrycznych i 34 geriatrów, a potrzebujemy ich dużo więcej, aby sprostać wymogom ustawy. Obecne tempo specjalizowania się nowych osób nie zapewni wystarczającej kadry do pracy w tych oddziałach. Musimy to wziąć pod uwagę. Mamy w kraju 569 geriatrów, z czego tylko połowa pracuje w oddziałach i poradniach geriatrycznych. Należy jednak zaznaczyć, że wynika to w dużej mierze z małej liczby miejsc zatrudnienia. Bez wzmocnienia geriatry nie zachęcimy do specjalizowania się w tym kierunku. Trzeba też pokazywać studentom, że ta dziedzina medycyny daje satysfakcję z pracy, ponieważ stosowanie standardów geriatrycznych przynosi efekty terapeutyczne – mówi prof. Katarzyna Wieczorowska-Tobis. I dodaje: – Ustawa nie precyzuje, że lekarz konkretnej specjalizacji ma udzielać świadczeń w centrum zdrowia 75+. To wymaga odpowiedniego przygotowania lekarzy innych niż geriatry do pracy z pacjentem geriatrycznym. W ustawie brakuje też ściślejszego włączenia współpracy zespołu centrum 75+ z lekarzem POZ i sektorem socjalnym. Osoba, która nie jest w stanie sobie zrobić

zakupów, za chwilę będzie niedożywiona, a to już krok od sarkopenii i groźnych upadków.

NIE MA NADZIEI?

Z kolei dr Jarosław Derejczyk uważa, że ustawa jest do zrealizowania w obecnym kształcie, nie widzi jednak chęci jej ocalenia ze strony resortu zdrowia. – Pięcioletnie vacatio legis daje nam dużo czasu. Niestety przez brak aktów wykonawczych, ustalonego koszyka produktowego dla centrów zdrowia 75+ oraz szkoleń dla samorządów ustawa dostarczy zapewne argumentacji do jej blokowania bądź demontażu. Zostanie poszatkowana, a po dwóch

Seniorów do centrum 75+ mają kierować m.in. lekarze pracujący w oddziale geriatrycznym. Aby jednak mogli to zrobić, centra muszą najpierw powstać

latach wszyscy o niej zapomną. Wielka szkoda – ocenia geriatr, dodając, że to dokument, który naprawia błędy ostatnich 20 lat.

– Z perspektywy gerontologicznej jest bardzo przemyślany. Pokazuje, jak powinna wyglądać opieka geriatryczna, wzmacnia ją i sprawia, że staje się ona wreszcie użyteczna. Obecny system publiczny nie daje seniorom mało mobilnym, z dysfunkcjami poznawczymi zbyt wiele wsparcia do momentu, aż się przewrócą i połamią. Zadbanie o nich wcześniej to profilaktyczna korzyść dla pacjenta i oszczędność dla systemu – ocenia dr Derejczyk. Trudno się mu zgodzić z argumentem, że trzeba kroić cele ustawy, bo nie ma wystarczającej liczby specjalistów. – Obecnie połowa geriatrów nie pracuje w systemie publicznym nie dlatego, że nie chce, tylko dlatego, że nikt ich nie potrzebuje. Ustawa daje realną perspektywę rozwoju dziedziny, za nią pójść chęci do specjalizowania się. Trzeba także podkreślić, że obecnie rozwój oddziałów geriatrycznych blokuje sposób ich finansowania. Rozliczanie według jednorodnych grup pacjentów (JGP) promuje te dziedziny medycyny, które mają

dobrze wyceniane procedury. Geriatrya ich nie ma – stwierdza.

Co istotne, dr Jarosław Derejczyk nie zgadza się z argumentem, że ustawa jest niekonstytucyjna, bo dyskryminuje ze względu na wiek. – Czy kogoś dziwi, że 10-letnim dzieckiem zajmuje się pediatra, a 20-latkiem internista? U osób starszych jest podobnie. Zdrowie 75-latk, wkraczającego w wiek późnej starości, znacząco różni się od kondycji 65-latk. Dlatego dla osób z rozpoznanymi licznymi deficytami funkcji powinna się pojawić opieka oparta na zespole geriatrycznym – przekonuje.

WSTĘPNA OCENA W POZ

Jednym z elementów ustawy o szczególnej opiece geriatrycznej jest obowiązek wykonywania wstępnej oceny geriatrycznej przez lekarzy/pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej. Na jej podstawie lekarz POZ ma podejmować decyzję o skierowaniu pacjenta do centrum zdrowia 75+.

Zdaniem Joanny Zabielskiej-Cieciuch, specjalisty medycyny rodzinnej i prezes Podlaskiego Związku Lekarzy Pracodawców Porozumienie Zielonogórskie, taki bilans zdrowotny osoby starszej jest potrzebny, ale problemem jest sposób wprowadzenia tego obowiązku. – Jeśli się nakłada na kogoś jakieś zadanie, to powinno się wcześniej tę osobę do niego przygotować. Odpowiednio poinformować, wyposażyć w narzędzia, wesprzeć finansowo i przeszkolić. Oczywiście tego wszystkiego zabrakło ze strony resortu zdrowia – zwraca uwagę Joanna Zabielska-Cieciuch.

Zgodnie z art. 36 ustawy do centrum 75+ mają też kierować lekarze udzielający świadczeń w zakresie geriatry w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a także lekarze pracujący w oddziale geriatrycznym albo w innym oddziale szpitala, w którym nie ma geriatry. Muszą oprzeć swoją decyzję na wynikach przeprowadzonej całościowej oceny geriatrycznej. Aby jednak można było seniorów tam kierować, najpierw centra zdrowia 75+ muszą powstać.

SAMORZĄDY NA ROZDROŻU

– Uważam, że nie mamy odpowiednich zasobów kadrowych ani infrastrukturalnych, aby sprostać



◀ W 2060 r. liczba ludności Polski spadnie do 30,9 mln, z czego niemal 11,9 mln stanowić będą osoby w wieku 60+

foto: Freepik.com

wymogom ustawy – uważa Marek Wójcik ze Związku Miast Polskich. Dodaje jednak, że ustawa obowiązuje, więc powinna być realizowana. – Tymczasem od kilku miesięcy nie możemy się doczekać rozporządzenia ministra zdrowia dotyczącego określenia zasad działania dziennych ośrodków opieki geriatrycznej wchodzących w skład centrów zdrowia 75+. Co więcej, ustawa obliguje ministra zdrowia do powołania członków Krajowej Rady do Spraw Opieki Geriatrycznej do 1 marca 2024 r. Nic takiego się nie wydarzyło – mówi Marek Wójcik. Jego zdaniem potrzebna jest nowelizacja, która odłoży w czasie wdrożenie tej ustawy i urealni cele. – Jestem za skorygowaniem jej zapisów do możliwości samorządów i systemu ochrony zdrowia. Pytanie tylko, jak w takiej sytuacji zachowa się prezydent. Obawiam się przepychanki politycznej zamiast konstruktywnych ustaleń – stwierdza przedstawiciel ZMP.

Zapisy ustawowe obligują wojewodów do opracowywania planów działania szczególnej opieki geriatrycznej, w których wyszczególnione będą oddziały geriatryczne i centra zdrowia 75+ na terenie województwa. Dlatego też na początku roku wojewodowie poinformowali o rozpoczęciu prac nad projektami swoich planów. To był

Obecny system nie daje seniorom z dysfunkcjami poznawczymi zbyt wiele wsparcia do momentu, aż się przewrócą i połamią

sygnał dla powiatów, które od tego czasu miały 60 dni na zgłoszenie propozycji dotyczącej utworzenia i lokalizacji centrów zdrowia 75+. Pod koniec maja „Gazeta Lekarska” zwróciła się do urzędów wojewódzkich z prośbą o informację na temat gotowości powiatów do tego zadania. Okazuje się, że sporo ponad setka powiatów z różnych regionów kraju zgłosiła chęć utworzenia CZ 75+. Od planu do realizacji jednak daleka droga, o czym sygnalizują niektóre urzędy w swoich odpowiedziach.

– W związku z trwającymi pracami nad nowelizacją ustawy o szczególnej opiece geriatrycznej przygotowanie wojewódzkiego planu szczególnej opieki geriatrycznej zostało wstrzymane – poinformowała Aleksandra Żegota, rzecznik prasowy wojewody łódzkiego. W woj. łódzkim chęć tworzenia

centrów zdrowia 75+ zgłosiło zaledwie kilka powiatów. W woj. małopolskim propozycje dotyczące utworzenia i lokalizacji takich placówek zgłosiło zaś kilkanaście powiatów.

– W ostatnim czasie Ministerstwo Zdrowia poinformowało wojewodów o rozpoczęciu działań zmierzających do weryfikacji założeń ustawy w kontekście jej ewentualnej nowelizacji, a także o prowadzeniu konsultacji oraz dyskusji z głównymi interesariuszami całego procesu tworzenia systemu szczególnej opieki geriatrycznej – poinformowała na początku czerwca „GL” Joanna Paździo, rzecznik prasowy wojewody małopolskiego. Dodała, że Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie zwrócił się do powiatów z woj. małopolskiego z prośbą o przedstawienie propozycji zmian zapisów ustawy z 17 sierpnia 2023 r. o szczególnej opiece geriatrycznej.

PROBLEM, OD KTÓREGO NIE DA SIĘ UCIEC

Dane demograficzne bezlitośnie pokazują, że proces starzenia się polskiego społeczeństwa postępuje. Wyniki prognozy na lata 2023-2060 opracowane przez Główny Urząd Statystyczny jednoznacznie na to wskazują. Na koniec 2022 r. liczba ludności Polski wyniosła 37,8 mln, w tym niemal 9,8 mln to osoby w wieku co najmniej 60 lat (prawie 26 proc. populacji). Zgodnie z najbardziej prawdopodobnym scenariuszem w 2060 r. liczba ludności Polski spadnie do 30,9 mln osób, z czego niemal 11,9 mln stanowić będą osoby w wieku 60+ (ponad 38 proc. populacji). Przewidywany jest szczególnie duży wzrost liczby osób w wieku 85 lat i więcej. Będzie ich o ponad 130 proc. więcej względem 2022 r. (799 tys. vs. 1 mln 866 tys.). Co ciekawe, liczba statulatków wzrośnie do niemal 70 tys. (z 6 tys. w 2022 r.). To ogromne wyzwanie dla systemu opieki zdrowotnej, przed którym nie uciekniemy. Jak zmieniać ochronę zdrowia, by jak najlepiej odpowiadała na potrzeby osób starszych? Na pewno zarówno POZ, AOS, jak i oddziały szpitalne różnych specjalizacji będą miały ręce pełne roboty. W jakim stopniu geriatra ich w tym odciąży? Czas pokaże.

WAŻNE SPRAWY

Kto będzie leczył seniorów

MARIUSZ TOMCZAK
DZIENNIKARZ

Polska starzeje się na potęgę, a geriatrów jest zaledwie kilkuset. Osoby w wieku 60+ stanowią już ponad jedną czwartą społeczeństwa.

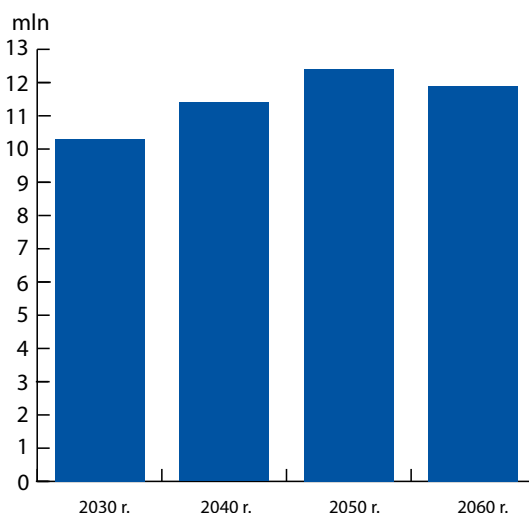
W zestawieniu z innymi państwami naszego kontynentu wygląda to jeszcze bardziej dramatycznie. Z danych Eurostatu wynika, że między 2013 a 2023 rokiem Polska była na drugim miejscu pod względem przyrostu liczby osób po 65. roku życia. Rosnący udział seniorów w populacji ogólnej stanowi wielkie wyzwanie dla systemu ochrony zdrowia m.in. z uwagi na wielochorobowość, która wiąże się z częstszym korzystaniem z opieki szpitalnej i ambulatoryjnej. A to generuje coraz wyższe koszty.

PIĘĆ CHOROÓB PRZEWLEKŁYCH

Z badania PolSenior2 wynika, że wielochorobowość dotyka prawie 70 proc. osób w wieku 60-65 lat oraz 90 proc. w wieku 80-90 lat. Osoby powyżej 75. roku życia cierpią na pięć lub więcej chorób przewlekłych. Wśród najczęstszych schorzeń w tej grupie są nie tylko choroby układu krążenia i nowotwory, ale również choroby układu oddechowego, kostno-stawowe, cukrzyca typu drugiego, zaburzenia psychiczne i choroby ośpienne. Część z nich stanowi główną przyczynę niepełnosprawności i prowadzi do przedwczesnego zgonu.

– Jesteśmy schorowanym społeczeństwem – mówi prof. Tomasz Targowski, konsultant krajowy w dziedzinie geriatrii. I dodaje, że z upływem lat układ odpornościowy funkcjonuje gorzej, a organizm staje się bardziej narażony na infekcje. Starsze osoby słabiej reagują w momencie zetknięcia się z patogenami. – Układ odpornościowy się starzeje. Infekcje bywają cięższe, gdyż wirusy i bakterie mają lepsze warunki do namnażania się.

SZACOWANA LICZBA OSÓB POWYŻEJ 60. ROKU ŻYCIA W POLSCE



Źródło: prognozy GUS

U co piątej osoby po 65. roku życia rozwija się tzw. zespół kruchości i następuje naturalne wyczerpanie się rezerw fizjologicznych organizmu – tłumaczy prof. Targowski.

TYLKO 16 CHĘTNYCH

W środowisku lekarskim geriatria nie cieszy się dużą popularnością, co sprawia, że w debacie publicznej pojawiają się obawy, czy polscy seniorzy będą mogli liczyć na kompleksową opiekę w przyszłości. W naszym kraju jest tylko 581 specjalistów geriatrii, z czego zawód wykonuje 569 spośród nich – wynika z Centralnego Rejestru Lekarzy RP należącego do Naczelnej Rady Lekarskiej (stan na koniec marca 2024 r.). Jesienią 2023 r. w ramach postępowania kwalifikacyjnego na

specjalizację z tej dziedziny zgłosiło się tylko 16 osób, chociaż było dostępnych 189 miejsc.

Według raportu Najwyższej Izby Kontroli niedobór geriatrów jest główną przyczyną pogarszającego się stanu geriatrii w Polsce. Nie pomaga uznanie jej za specjalizację priorytetową. Kilka miesięcy temu Tomasz Kopiec, dyrektor Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. prof. W. Orłowskiego CMKP w Warszawie, w mediach społecznościowych zachęcał młodych lekarzy do wyboru geriatrii. W jego opinii decydują się na to niechętnie, ponieważ w trakcie opieki nad najstarszymi pacjentami znacznie trudniej osiągnąć spektakularny sukces, co część z nich może frustrować.

PRAWO I MEDYCyna

Terapia uporczywa czy daremna?

Nowy Kodeks Etyki Lekarskiej spowoduje, że w dokumentacji medycznej trzeba będzie ustalić i pewnie opisać, co w decyzji lekarza lub zespołu lekarskiego przesądzało o negatywnej ocenie szans leczniczych pacjenta.

GRZEGORZ WRONA
SEKRETARZ
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ



W stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii ani stosowania środków nadzwyczajnych. Decyzja o zaprzestaniu reanimacji należy do lekarza i jest związana z oceną szans leczniczych. Te dwa zdania to obowiązujący do końca 2024 r. art. 32 Kodeksu Etyki Lekarskiej. Przepis ten obowiązuje od czasu powstania kodeksu i nie był zmieniany podczas obrad nadzwyczajnego zjazdu w Toruniu we wrześniu 2003 r.

DWANAŚCIE CZYTELNYCH ZASAD

Zgodnie z określeniem ze „Słownika języka polskiego” uporczywy to trudny do usunięcia, zlikwidowania, utrzymujący się długo, uciążliwy. Przez lata uważaliśmy, że określenie „uporczywa terapia” we właściwy sposób oddaje zakres powinności w codziennej pracy lekarza, ale nie jest obowiązkiem w sytuacji kończącego się życia, szczególnie wtedy, kiedy pojawiają się coraz to nowe techniki medyczne i eksperymentalne terapie. W dyskusji padały oczywiście argumenty ograniczonej dostępności i konieczności wyboru. Z drugiej strony chorzy spodziewali się, że lekarz pozostanie nieustępliwy w poszukiwaniu przyczyn choroby, podda się diagnostycznej nieustępliwości i będzie stosował wszystkie osiągnięcia rozwijającej się medycyny w procesie leczenia. Również w oddziałach intensywnej terapii.

Pojawienie się nacisków na lekarzy ujawniło konieczność opisanie tego problemu i w 2014 r. wydane zostały „Wytyczne postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapii daremnej) u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli na oddziałach intensywnej terapii”. W gronie autorów wytycznych znajdowali się m.in. ówcześni konsultanci krajowi w dziedzinach: intensywna terapia i anestezjologia i intensywna terapia, a recenzentami byli m.in. prezes Polskiej Rady Resuscytacji i prezes elekt Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

Wytyczne zawierały 12 czytelnych dla lekarza zasad opisanych w przejrzysty i w skondensowany sposób.

NOWA TREŚĆ PRZEPISU

Wracając do „Słownika języka polskiego”: znajdziemy w nim określenie „daremnny”. To nie dający żadnych wyników, próżny, bezskuteczny. Spotykając się z opisywanym problemem w postępowaniach w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej rzecznicy Naczelnej Izby Lekarskiej w 2017 r. przesłali do Komisji Etyki NRL propozycję zmian w KEL nawiązujących do wspomnianych wytycznych. Wreszcie trzeba przypomnieć, że w kwiet-

niu 2023 r., po ponad dwóch latach prac, powstało Stanowisko grupy roboczej Towarzystwa Internistów Polskich ds. Terapii Daremnej na oddziałach internistycznych.

Stanowisko uzyskało poparcie Naczelnej Rady Lekarskiej. Znajdujemy tam stwierdzenie, iż uporczywą terapię można definiować jako procedury medyczne stosowane w celu podtrzymywania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, które przedłużają jego umieranie, wiążąc się z nadmiernym cierpieniem lub naruszeniem godności pacjenta.

Nie mogło zatem dziwić, że Komisja Etyki Lekarskiej NRL, przygotowując nowy Kodeks Etyki Lekarskiej, dokonała stosownych zmian, które stanowiły podstawę do dyskusji na majowym krajowym zjeździe lekarzy. Efektem tych dyskusji i głosowań nad tekstem jest art. 33 KEL, który wejdzie w życie po 1 stycznia 2025 r. w brzmieniu:

1. Lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia resuscytacji u pacjentów znajdujących się w stanie terminalnym.
2. Decyzja o zaprzestaniu resuscytacji należy do lekarza lub zespołu lekarzy i jest związana z negatywną oceną szans leczniczych.
3. Lekarzowi nie wolno stosować terapii daremnej. Decyzja o uznaniu terapii jako daremnej należy do zespołu leczącego i powinna w miarę możliwości uwzględniać wolę pacjenta.

JAK USTALIĆ GRANICĘ

Komisja Etyki NRL planuje sporządzenie komentarza do przepisów KEL, szczególnie tych nowych lub znacznie zmienionych w stosunku do dotychczas obowiązujących. Prowokując powstanie komentarza do art. 33, już dzisiaj kilka spostrzeżeń. Definicja stanu terminalnego jest w zasadzie jasna, zrozumiała i jednolicie interpretowana przez lekarzy. Pozostaje jednak uwaga co do potrzeby komentarza, czy zapis ust. 1 nie stoi w kolizji z art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty i na ile jest zbieżny z art. 7 i art. 18 KEL. Warto zauważyć formułę „nie ma obowiązku”, co nie wyklucza w ust. 1 braku prawa lekarza do podjęcia i prowadzenia resuscytacji. Trudno będzie więc, choćby w najszerszym komentarzu, odnieść się do ustalenia granicy, którą pewnie zjazd pragnął ustalić.

Pewnie warto dostrzec przyszły obowiązek ustalenia i najpewniej opisanie w dokumentacji medycznej, co w decyzji lekarza lub zespołu lekarskiego przesądzało o negatywnej ocenie szans leczniczych pacjenta. W szczególności należy podkreślić zmianę pod postacią zakazu stosowania terapii daremnej

w stosunku do poprzedniego przepisu braku obowiązku stosowania uporczywej terapii.

Czy definicje językowe znaczenia słów „daremna” i „uporczywa” są wystarczające do zaakceptowania przepisu art. 33 ust 3 KEL i czy

wymagają, a jeśli tak, to jak szerokiego komentarza? Poza dyskusją natomiast pozostaje, że wiążącymi komentarzami będą zapadające w przyszłości postanowienia rzeczników i prawomocne orzeczenia sądów lekarskich.

KOMENTARZE

PROF. DR HAB. WOJCIECH SZCZĘKLIK
KIEROWNIK OŚRODKA
INTENSYWNEJ TERAPII I MEDYCYNY
OKOŁOZABIEGOWEJ, UJ CM,
KIEROWNIK KLINIKI INTENSYWNEJ
TERAPII I ANESTEZJOLOGII,
5 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY
Z POLIKLINIKĄ W KRAKOWIE



foto: anestezjologia.org.pl

Terapia daremna to postępowanie medyczne nieprzynoszące choremu korzyści, za to często będące dla niego lub jego bliskich źródłem cierpienia. Terapia daremna z założenia jest szkodliwa dla chorego i nie powinna być stosowana. Co ważne, odstąpienie od terapii daremnej nie oznacza końca leczenia, które przechodzi jedynie na inne tory – ścieżkę leczenia ukierunkowaną na komfort chorego. Każdorazowo powinno to wybrzmieć, że pomimo zaprzestania intensyfikacji leczenia kontynuowane są nawadnianie i żywienie, podstawowe zabiegi pielęgnacyjne, łagodzenie bólu i innych uciążliwych dla chorego objawów.

W 2023 r., po przeszło dwóch latach żmudnych prac, udało się pod patronatem Towarzystwa Internistów Polskich wypracować dokument dotyczący zapobiegania terapii daremnej u dorosłych chorych niebędących w stanie podejmować świadomych decyzji. To ważny krok na drodze wypracowania najlepszego postępowania dla chorych w końcowej fazie życia, o czym świadczy oficjalne poparcie konsensusu przez 20 towarzystw lekarskich i pielęgniarzkich, jak również Naczelną Izbę Lekarską oraz Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych.

Bardzo mnie cieszą zmiany zaproponowane w ramach KEL dotyczące

terapii końca życia, a w szczególności fakt, że znalazł się w nim zapis dotyczący terapii daremnej, który jest zgodny z omawianym powyżej dokumentem.

W art. 33 czytamy: „Lekarzowi nie wolno stosować terapii daremnej. Decyzja o uznaniu terapii jako daremnej należy do zespołu leczącego i powinna w miarę możliwości uwzględniać wolę pacjenta”.

To z pewnością mocne słowa, które były potrzebne i przychodzą w czasie, kiedy lekarze boją się podejmować decyzji o odstępowaniu od terapii daremnej w obawie przed zarzutami prokuratorskimi. Zapis w KEL utwierdza nas w przekonaniu, że postępujemy słusznie, a terapii daremnej NIE wolno stosować – jest ona zła dla chorego i naszym obowiązkiem jest go przed nią chronić.

Wytyczne Towarzystwa Internistów Polskich dotyczące terapii daremnej oraz nowe przepisy KEL są dobrym drogowskazem, jak powinniśmy postępować, i dają nam pewne poczucie bezpieczeństwa. Kolejnym naturalnym krokiem powinny być zmiany w przepisach prawnych, w których jednoznacznie powinno wybrzmieć, że uzasadnione odstąpienie od terapii daremnej nie może nieść za sobą konsekwencji prawnych.



foto: archiwum prywatne

TOMASZ IMIELA
OIL W WARSZAWIE, CZŁONEK PREZYDIUM
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ, CZŁONEK NRL

To z pewnością jest dobra zmiana. Uchwalone modyfikacje w art. 33 KEL wprowadzają bardziej aktualną terminologię.

Terapia daremna jest pojęciem współczesnym i lepiej oddającym istotę rzeczy. Nie mówimy bowiem o działaniach uporczywych, szkodzących, ale o takich, które nie przynoszą korzyści.

Istotną zmianą jest również uwzględnienie – w miarę możliwości – woli pacjenta. Dotychczas stosowaliśmy zasadę, że to lekarz podejmuje decyzje. Nowe zapisy sprawiają, że trzeba pomyśleć, jaka była wola pacjenta. Mówi o tym punkt trzeci art. 33. Na ten problem zwracało uwagę wielu ekspertów zajmujących się leczeniem paliatywnym i stanów końca życia. Podkreślali, że pacjent, kiedy jeszcze jest przytomny, może tę wolę wyrazić, a lekarze powinni ją respektować. Niektórzy pacjenci chcą, aby stosować wszystkie możliwe sposoby i wydłużać ich życie za wszelką cenę. Ale osoby w wieku podeszłym, schorowane, często proszą, aby nie stosować terapii, która przyniesie im cierpienie. Teraz naszym obowiązkiem wynikającym z nowego KEL będzie zapytanie o to wcześniej. Nad wytycznymi polskimi będziemy oczywiście jeszcze pracować. Mogę jednak podać przykład krajów anglosaskich, gdzie już w momencie przyjęcia do szpitala rutynowo pytają pacjenta o sposób postępowania w takich sytuacjach.

Chcę podkreślić, że zapis w KEL jest dla lekarzy szczególnie ważny, bo jest to problem dość mgliście opisany w innych przepisach, na przykład w ustawie o zawodzie lekarza i lekarza dentysty. Dziś Kodeks Etyki Lekarskiej to jedyna wytyczna prawna, w jaki sposób postępować z chorymi w stanach terminalnych.

PRAWO I MEDYCYNĄ

Lekarze jako sygnaliści. Nowe restrykcyjne wymogi

ANETA SIERADZKA

CEO SIERADZKA&PARTNERS KANCELARIA PRAWNA
PREZES FUNDACJI AI ONE HEALTH

Sygnalistów w ochronie zdrowia było w ostatnich latach wielu. Czy będzie ich więcej w związku nowymi przepisami, czas pokaże. Jedno jest pewne: łatwiej będzie przekazywać informacje o korupcji, oszustwach czy dyskryminacji.

Sejm RP 14 czerwca uchwalił ustawę o sygnalistach. Oznacza to, że podmioty zarówno z sektora publicznego, jak i prywatnego zatrudniające co najmniej 50 pracowników od momentu ogłoszenia ustawy w Dzienniku Ustaw będą miały obowiązek w terminie trzech miesięcy wdrożyć wszystkie wymagane obowiązki. Nie ma znaczenia, czy placówka ma kontrakt z NFZ, czy też go nie posiada. Kryterium stanowi liczba zatrudnionych i – co ważne – nie ma znaczenia forma zatrudnienia.

W polskim systemie prawnym nie było kompleksowej regulacji poświęconej ochronie sygnalistów, którzy nie byli ani należycie, ani dostatecznie chronieni. Co więcej, liczne przykłady sygnalistów w sektorze zdrowia z ostatnich lat (np. czas pandemii) pokazywały, że pracownicy (lekarze, pielęgniarki) mówiący publicznie o nieprawidłowościach w miejscu pracy za pomocą mediów lub social mediów byli przez pracodawców zwalniani. Nowa polska ustawa o ochronie sygnalistów implementuje dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady UE, która powinna zostać wprowadzona przez kraje członkowskie UE jeszcze w 2021 r. W Polsce nie została ona wówczas wprowadzona z powodu opieszałości poprzedniego rządu, co naraziło nasz kraj na kary finansowe – 40 tys. euro dziennie.

Nadchodzi czas sygnalistów i pojawia się pytanie, jak nowe polskie przepisy wpłyną na medyków: czy będą zgłaszać chętnie nieprawidłowości w swoich miejscach pracy? Warto podkreślić, że lekarzy i pielęgniarek sygnalistów w ostatnich latach było sporo, co znajduje

odzwierciedlenie przede wszystkim w orzecznictwie, a nie tylko doniesieniach prasowych. Dzisiejsi medycy są coraz bardziej świadomi swoich praw i egzekwują je chętniej niż ich starsi koledzy, którzy leczyli w czasach, gdy przepisy prawa nie były tak rozbudowane jak dziś. Nade wszystko zaś stopień odpowiedzialności lekarza dziś a 30 lat temu jest nieporównywalny.

TO NIE DONOSICIEL

Celem ustawy jest ochrona osób zgłaszających naruszenie prawa, niezależnie od podstawy i formy

Przykłady sygnalistów w sektorze zdrowia z ostatnich lat pokazywały, że pracownicy mówiący publicznie o nieprawidłowościach byli zwalniani

świadczania pracy lub pełnienia służby. Ustawa reguluje warunki objęcia ochroną sygnalistów zgłaszających lub ujawniających publicznie informacje o naruszeniach prawa, środki ochrony sygnalistów, zasady ustalania wewnętrznej procedury zgłaszania takich informacji i podejmowania działań następczych, zasady zgłaszania informacji o naruszeniach prawa organowi publicznemu, zasady ujawnienia publicznego informacji o naruszeniach prawa,

związane z tym zadania rzecznika praw obywatelskich oraz zadania organów publicznych.

Sygnalistą jest osoba fizyczna, która zgłasza lub ujawnia publicznie informację o naruszeniu prawa uzyskaną w kontekście związanym z pracą. Zgłoszenia będzie mógł dokonać pracownik, były pracownik (np. lekarz na kontrakcie, na umowie o pracę), funkcjonariusz, żołnierz zawodowy, zleceniobiorca, stażysta czy wolontariusz, praktykant. Ustawa ma służyć tym ludziom, którzy ponoszą ryzyko w imię troski o dobro wspólne.

Mając na względzie rozwój nowych technologii, a także kryzysy, np. w ochronie zdrowia, unijny czy wewnątrzpolityczny, pracodawcy muszą zwiększyć zaangażowanie w celu minimalizowania ryzyka prawnego. Ustawa o sygnalistach wzmacnia ochronę sygnalistów, którzy na gruncie nowych unijnych i polskich przepisów stanowią wyzwanie dla pracodawców w obu sektorach – publicznym i prywatnym. Ponadto procesy rozwoju technologii oraz powszechnej digitalizacji treści stały się źródłem konieczności weryfikacji przepisów prawnych stosowanych w zakresie ochrony danych osobowych, ale też wizerunku, bowiem monitorowanie osób za pomocą urządzeń ma fundamentalne znaczenie z punktu widzenia praw człowieka, a także z perspektywy ochrony danych.

OBOWIĄZKI PRACODAWCÓW

Obowiązkiem pracodawców jest po pierwsze utworzenie wewnętrznego kanału i opracowanie procedur, przy wykorzystaniu których pracownicy będą mieli możliwość dokonywania zgłoszeń naruszeń. Kanały przyjmowania zgłoszeń mają zapewnić poufność osoby dokonującej zgłoszenia i osoby wskazanej w zgłoszeniu i zapewnić, że nieupoważnieni członkowie personelu nie będą mieć do tych danych dostępu.

Ustawa przewiduje, że tożsamość sygnalisty w zasadzie nie może być ujawniona żadnej osobie, która nie jest upoważnionym członkiem personelu, właściwym do przyjmowania zgłoszeń i podejmowania działań następczych (wyjątkiem od tej zasady jest przypadek, gdy ujawnienie jest konieczne w związku z prowadzonymi przez organy postępowaniami wyjaśniającymi lub sądowymi i prawem do obrony osoby, której dotyczy zgłoszenie).

Kanały dostępu mają zapewnić przyjmowanie zgłoszeń pisemnie lub ustnie (telefonicznie, za pośrednictwem innych systemów komunikacji głosowej oraz na wniosek osoby dokonującej zgłoszenia na spotkaniu). Należy wyznaczyć bezstronną osobę lub bezstronny wydział (Compliance Officer, Dział Compliance) właściwy do podejmowania działań następczych – do wyjaśnienia sprawy i komunikacji z sygnalistą w zależności od wielkości i potrzeb danej placówki. Niezbędne są także szkolenia wewnętrzne wszystkich pracowników, zarówno kadry administracyjnej, jak i medycznej. Szkolenia podnoszące świadomość prawną w placówce medycznej są istotnym narzędziem w zarządzaniu ryzykiem prawnym. Usługi te można outsourcingować, co dla wielu placówek medycznych jest wygodnym i bezpiecznym rozwiązaniem zwłaszcza w dobie wysokich kosztów pracownika.

A CO Z PACJENTEM?

Pacjent w aktualnym stanie prawnym został wyposażony przez ustawodawcę w narzędzia prawne na wypadek naruszeń praw pacjenta, które mogą mieć miejsce w trakcie lub po zakończonej hospitalizacji. W zależności od naruszenia pacjent może zawiadomić organy ścigania, wystąpić na drogę cywilną, złożyć skargę do rzecznika praw pacjenta, skargę do Urzędu Ochrony Danych Osobowych, skargę do okręgowej izby lekarskiej lub okręgowej izby pielęgniarów i położnych czy też zawiadomić o nieprawidłowościach Ministerstwo Zdrowia lub NFZ. Pacjent (lub osoba bliska) będący świadkiem lub uczestnikiem działań nieetycznych po stronie personelu medycznego, działań

o charakterze korupcyjnym (np. wartościowe prezenty) nie będzie mieć status sygnalisty. **Sygnalistą może być osoba powiązana stosunkiem pracy z placówką medyczną.** Jeśli np. lekarz lub pielęgniarka sugeruje pacjentowi, aby ten wręczał jej w ramach wdzięczności prezenty (perfumy, biżuterię, pieniądze), podobnie, gdy sugeruje możliwość przyspieszenia otrzymania świadczenia zdrowotnego przez pacjenta (szybszy termin do specjalisty, krótszy czas oczekiwania na zabieg) czy możliwość pozakolejkowego (nieuzasadnionego medycznie) przyjęcia do szpitala – w każdym z tych przypadków **pacjent powinien zawiadomić organy ścigania**, bo każde przestępstwo godzi w interes publiczny.

ZAKAZ DZIAŁAŃ ODWETOWYCH

Przepisy ustawy ustanawiają zakaz podejmowania jakichkolwiek działań odwetowych wobec sygnalisty, rozumianych jako bezpośrednie lub pośrednie działania lub zaniechanie w kontekście związanym z pracą, które jest spowodowane zgłoszeniem lub ujawnieniem publicznym i które narusza lub może naruszyć prawa sygnalisty albo wyrządza lub może wyrządzić nieuzasadnioną szkodę sygnaliście, w tym wszczynanie postępowań przeciwko sygnaliście. W pojęciu działań odwetowych mieści się także wszczynanie tzw. uciążliwych postępowań wobec zgłaszających lub ujawniających informacje o naruszeniach prawa. Podejmowanie działań odwetowych będzie w ustawie zagrożone sankcjami. Zakazem są objęte także próby lub groźby zastosowania takich działań.

Do otwartego katalogu form działań odwetowych przepis zalicza między innymi: zawieszenie, przymusowy urlop bezpłatny, zwolnienie lub równoważne środki, degradację lub wstrzymanie awansu, przekazanie obowiązków, zmianę miejsca pracy, obniżenie wynagrodzenia, zmianę godzin pracy, wstrzymanie szkoleń, negatywną ocenę wyników lub negatywną opinię o pracy, nałożenie lub zastosowanie jakiegokolwiek środka dyscyplinarnego, nagany lub innej kary, w tym finansowej, przymus, zastraszanie, mobbing lub wykluczenie, dyskryminację, niekorzystne lub niesprawiedliwe traktowanie, nieprzekształcenie umowy o pracę na czas określony w umowę o pracę

na czas nieokreślony, w sytuacji gdy pracownik mógł mieć uzasadnione oczekiwania, że zostanie mu zaoferowane stałe zatrudnienie, nieprzedłużenie lub wcześniejsze rozwiązanie umowy o pracę na czas określony.

SUROWA ODPOWIEDZIALNOŚĆ KARNA

Na szczególną uwagę w ustawie o ochronie sygnalistów zasługują przepisy poświęcone odpowiedzialności karnej. I tak w świetle art. 54 „Kto, chcąc, aby inna osoba nie dokonała zgłoszenia, uniemożliwia jej to lub istotnie utrudnia, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku. Jeżeli sprawca czynu określonego w ust. 1 stosuje wobec innej osoby przemoc, groźbę bezprawną lub podstęp, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”. Z kolei art. 55 mówi: „Kto podejmuje działania odwetowe wobec sygnalisty, osoby pomagającej w dokonaniu zgłoszenia lub osoby powiązanej z sygnalistą, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2. Jeżeli sprawca czynu określonego w ust. 1 działa w sposób uporczywy, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”.

Kto wbrew przepisom ustawy ujawnia tożsamość sygnalisty, osoby pomagającej w dokonaniu zgłoszenia lub osoby powiązanej z sygnalistą, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku (art. 56). Kto dokonuje zgłoszenia lub ujawnienia publicznego, wiedząc, że do naruszenia prawa nie doszło, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2 (art. 57). Kto, będąc odpowiedzialnym za ustanowienie procedury zgłoszeń wewnętrznych, wbrew przepisom ustawy procedury tej nie ustanawia lub ustanawia ją z istotnym naruszeniem wynikających z ustawy wymogów, podlega karze grzywny (art. 58).

Odpowiedzialność karną może ponosić każdy pracownik, dlatego tak ważne jest zaznajomienie z przepisami ustawy o ochronie sygnalistów wszystkich pracowników, niezależnie od pełnionej funkcji, zawodu czy stażu pracy.

Ustawę podpisał prezydent, czeka na publikację w Dzienniku Ustaw.

PRAWO I MEDYCYNĄ

Tajemnica lekarska to świętość, ale są okoliczności łagodzące

Choć lekarz ujawnił cel wizyty pacjentki w odpowiedzi na artykuł, w którym była wymieniona z imienia i nazwiska, sąd umorzył sprawę. Uznał, że było to przewinienie mniejszej wagi, do którego doszło w odpowiedzi na niestosowne zachowanie kobiety.

Kobieta zgłosiła się do specjalisty ginekologii i położnictwa po receptę na tabletki antykoncepcyjne. Z uwagi na przeciwwskazania lekarz odmówił zaordynowania leku. Pacjentka, nie mogąc się z tym pogodzić, w rozmowie z dziennikarzem pomówiła medyka na powiatowym portalu internetowym o molestowanie podczas wizyty w gabinecie. Wypowiadała się także w tym samym tonie na swoim profilu społecznościowym. Redaktor zwrócił się do ginekologa z prośbą o komentarz i usłyszał rzeczystą przyczynę niezadowolenia pacjentki.

RZECZNIK INTERWENIUJE

Kobieta, niezależnie od nagłośnienia sprawy w social mediach, złożyła skargę do okręgowej izby lekarskiej. Okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej (OROZ) wszczął postępowanie, doszło do przedstawienia zarzutu i sporządzenia wniosku o ukaranie. Rzecznik domagał się udzielenia nagany za niedochowanie tajemnicy lekarskiej, chroniącej w tym wypadku sferę życia intymnego. Uznał bowiem, że doszło do naruszenia godności zawodu lekarza poprzez podanie celu wizyty skarżącej (prośba o receptę na tabletki antykoncepcyjne). Stwierdził, że mimo „niespersonalizowanego wywiadu” udzielonego przez lekarza personalia – w kontekście sprawy – nie budziły wątpliwości wśród lokalnych odbiorców.

Okręgowy sąd lekarski uznał, że obwiniony jest winny zarzucanego mu czynu i wymierzył karę upomnienia. Nie ulegało dyskusji, że upublicznił cel wizyty pokrzywdzonej, a do ogłoszenia tej informacji doszło w tekście będącym odpowiedzią na artykuł, w którym pacjentka wymieniona jest z imienia i nazwiska. Naruszenie tajemnicy lekarskiej, którego dopuścił się lekarz, było efektem ubocznym próby odparcia zarzutów wskazanych w wywiadzie z pacjentką. Okolicznością

ZBIGNIEW KUZYSZYN
NACZELNY RZECZNIK
ODPOWIEDZIALNOŚCI
ZAWODOWEJ



łagodzącą dla obwinionego był brak celowego działania.

Obrona złożyła odwołanie. Naczelny Sąd Lekarski orzekł, że lekarz dopuścił się zdrady tajemnicy lekarskiej i tym samym popełnił przewinienie zawodowe. Jednak odmiennie od okręgowego sądu lekarskiego uznał, że zachodzi szczególny przypadek i mamy do czynienia z przewinieniem mniejszej wagi (odpowiednik niskiej szkodliwości społecznej czynu w postępowaniu karnym). W związku z tym umorzył sprawę.

Złożono kasację, nie zgadzając się, że naruszenie tajemnicy lekarskiej może być przewinieniem mniejszej wagi, a nie czynem zawsze zasługującym na ukaranie. Podkreślono, iż tajemnica lekarska zgodnie z przyrzeczeniem lekarskim jest świętością.

ZDRADA ZDRADZIE NIERÓWNA

W odpowiedzi adwokat obwinionego wskazał, że delikt popełniono w wyniku motywacji zasługującej na uwzględnienie – pod wpływem gniewu, strachu i wzburzenia usprawiedliwionych okolicznościami zdarzenia. Stwierdził, że upublicznienie informacji o charakterze intymnym przez samą skarżącą wydatnie zmniejsza szkodliwość społeczną

czynu. Obwiniony podał jedynie niezbędne informacje, aby oddalić ciężki zarzut o molestowanie. Obrońca zaznaczył, że zgodnie z dotychczasową linią orzecznictwa wypadek mniejszej wagi zachodzi przy przewadze elementów łagodzących. Sąd Najwyższy w uzasadnieniu wyjaśnił, że ustawodawca dał władzę oceny wagi czynu sądom lekarskim i Naczelny Sąd Lekarski skorzystał z tej władzy. Żaden przepis nie wyklucza możliwości uznania naruszenia tajemnicy lekarskiej za przewinienie mniejszej wagi. Sędzia sprawozdawca zaznaczył, że naruszenie było minimalne i pośrednie, a doszło do niego w odpowiedzi na niestosowne zachowanie pacjentki, która sama upubliczniła sprawę. Zwrócono uwagę, że była to swego rodzaju „obrona konieczna” na publiczne pomówienie. Zauważono, że lekarz mógł wprawdzie dochodzić swych praw na drodze cywilnej, ale byłaby to droga długotrwała.

Podkreślono, że skład orzekający nie akceptuje łamania tajemnicy, ale jednak w Naczelnym Sądzie Lekarskim nie zapadło orzeczenie uniewinniające i dlatego Sąd Najwyższy postanowił oddalić kasację jako oczywiście bezzasadną. ●

Skarbowka przychylna dla lekarzy

Praca specjalisty nie jest tożsama z pracą rezydenta, dzięki czemu młodzi medycy mogą rozliczać się ryczałtem na preferencyjnych zasadach.

Organy podatkowe już od dłuższego czasu korzystnie dla podatników interpretują pojęcie usług „odpowiadających czynnościom” wykonywanym na etacie. Potwierdzają, że praca lekarza specjalisty nie jest tożsama z pracą lekarza rezydenta, dzięki czemu młodzi lekarze mogą rozliczać się ryczałtem na preferencyjnych zasadach. Zysk to niska stawka 14 proc. oraz zryczałtowana kwotowa stawka na ubezpieczenie zdrowotne.

Jeśli jednak lekarz nie jest pewien, czy spełnia wszystkie warunki uprawniające do ryczałtu, powinien wystąpić z wnioskiem o interpretację podatkową. A to dlatego, że pozytywna interpretacja chroni tylko tego podatnika, który ją otrzymał. Zasadą wynikającą z ustawy o zryczałtowanym podatku dochodowym jest to, że jeśli kończymy pracę na etacie i chcemy dalej współpracować z tą samą firmą i płacić ryczałt, musimy poczekać dwa lata. To oznacza, że osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę, która chciałaby teraz założyć działalność gospodarczą i świadczyć usługi na rzecz dotychczasowego pracodawcy, mogłaby przejść na ryczałt dopiero z początkiem 2026 r.

Nie ma oczywiście przeszkód, żeby przejść na ryczałt od razu, ale trzeba wykonywać na rzecz dotychczasowego pracodawcy inne usługi niż na etacie. I nie ma co liczyć na szczęście. Gdyby bowiem fiskus w razie ewentualnej kontroli uznał wykonywane usługi za odpowiadające zadaniom na etacie, konsekwencje będą przykre. Trzeba będzie dopłacić podatek według skali podatkowej (stawki 12 i 32 proc.) plus ewentualne odsetki.

Niedawna interpretacja dyrektora Krajowej Informacji Skarbowej (nr 0113-KD IPT 2-1.4011.10.2024.2.RK) potwierdza, że lekarze mogą wykonywać na rzecz tego samego podmiotu usługi częściowo zbieżne z zadaniami wykonywanymi na etacie. Podobnie wynika z wcześniejszej interpretacji skarbowki (0112-KD IL 2-2.4011.825.2023.2.AA). •

awa

PODATKI I FINANSE

Zbierasz na drogą operację? Nie zapomnij o doli dla fiskusa

ANNA WOJDA

Jeśli nie można zidentyfikować, kto przekazuje pieniądze, nie ma mowy o darowiznach. A to może spowodować, że wpłaty na internetowych zbiórkach zostaną opodatkowane PIT.

Ostatnio przybywa sporów z urzędnikami.

Jak to możliwe, że od zbiórki trzeba zapłacić podatek? Zwyczajnie. Skoro wpłata nie jest darowizną, nie stosujemy ustawy o podatku od spadków i darowizn. A to oznacza, że otrzymane pieniądze trzeba rozliczyć zgodnie z ustawą o PIT.

Co prawda, najnowsze interpretacje fiskusa dotyczą youtuberów zamieszczających na swoich kanałach różne filmy. Problem w tym, że zmiana stanowiska skarbowki może uderzyć w tych, którzy zbierają pieniądze na operacje czy sprzęt rehabilitacyjny. Czyli na coś, co jest im rzeczywiście bardzo potrzebne, a czego nie są w stanie sfinansować sami.

Skąd problem? Urzędnicy przez wiele lat potwierdzali, że wpłaty na zbiórki są darowiznami. A skoro tak, nie są opodatkowane. Oczywiście, pod warunkiem że nie przekraczają określonych limitów. Limit dla osób niespokrewnionych wynosi obecnie 5733 zł. Darowizny od tych samych darczyńców trzeba wprowadzić przez ponad pięć lat sumować, ale

beneficjenci zbiórek twierdzili, że wpłacających często nie da się zidentyfikować, dodawanie wpłat jest więc niemożliwe i w związku z tym nie muszą płacić podatku. A skarbowka się na to zgadzała. Co więcej, anonimowe wpłaty nie przeszkadzały jej.

W ostatnim czasie zaszła jednak zmiana. Zdaniem urzędników skoro nie da się zidentyfikować wpłacających i tym samym ustalić kwoty wsparcia od poszczególnych osób, to nie można kwalifikować wpłat jako darowizn. Nie sposób bowiem określić podmiotu umowy oraz jej dokładnej treści.

Skoro anonimowa wpłata na zrzutkę nie jest darowizną, to zasadniczo należy ją uznać za przychód z tzw. innych źródeł i po wyliczeniu dochodu opodatkować go według skali PIT. Najciekawsze jest jednak to, że im więcej pytań od podatników trafia do skarbowki, tym więcej pojawia się wątpliwości, a przy okazji sprzeczności. Niewykluczone, że za jakiś czas urzędnicy znów zmienią zdanie. Tak już wielokrotnie bywało. •

PODATKI I FINANSE

Spokojny sen jest najważniejszy

MARIUSZ TOMCZAK
DZIENNIKARZ

Osoby o niskiej skłonności do ryzyka nie muszą pochopnie decydować się na kupno akcji. Można inwestować w inny sposób.

Co do zasady obligacje są traktowane jako bezpieczny sposób lokowania oszczędności. Z tym że osoby początkujące nie powinny od razu rzucać się na głęboką wodę, nabywając papiery wartościowe emitowane przez samorządy czy przedsiębiorstwa prywatne.

Z kolei jeśli ktoś planuje kupno obligacji rządowych denominowanych w walucie obcej, musi zrozumieć i zaakceptować ryzyko kursowe. Przez dłuższy czas można być na plusie w ujęciu dolarowym, ale na minusie – i to znacząco – po przeliczeniu na polskiego złotego lub na odwrót.

OBLIGACJE „ANTYINFLACYJNE”

W Polsce interesującym rozwiązaniem dla osób obawiających się zmienności rynkowej może być zakup np. 10-letnich obligacji Skarbu Państwa (obecnie w pierwszym roku oprocentowanie wynosi 6,8 proc., a w kolejnych będzie równe inflacji powiększonej o 2-proc. marżę). Osoby otrzymujące świadczenie 800+ mogą kupić m.in. obligacje 12-letnie (aktualnie w pierwszym roku oprocentowanie wynosi 7,05 proc., a w kolejnych latach zostanie powiększone o inflację i 2,5-proc. marżę).

Wprawdzie długoterminowo akcje na ogół są znacznie lepszym sposobem zabezpieczenia się przed inflacją, ale w inwestowaniu nie wolno pomijać indywidualnej skłonności do ryzyka. Nie każdy znieśnie ze stoickim spokojem spadki wartości portfela o 10 proc., a tym bardziej o 30-40 proc. A przecież akcje niektórych spółek czasami są bardziej zmienne nawet wtedy, gdy na giełdzie nie doszło do krachu.

JAK OBNIŻYĆ RYZYKO?

Aby obniżyć ryzyko, w portfelu można jednocześnie posiadać akcje i obligacje, np. w proporcjach 60:40, gdzie 60 proc. stanowią akcje, a 40 proc. obligacje. Osoby bardziej konserwatywne mogą prowadzić portfel 20:80 (20 proc. – część akcyjna, 80 proc. – część obligacyjna). Wprawdzie zyski będą mniejsze, ale wahania wartości portfela raczej nie przyprawia o bezsenność.

STAROŻYTNA INSPIRACJA

Obie klasy aktywów, tj. akcje i obligacje, można łączyć w dowolny sposób. Jedną z inspiracji, w jaki sposób to robić, jest „portfel Talmud”, którego nazwa nawiązuje do księgi ważnej dla wyznawców judaizmu. Zgodnie z zawartymi w niej wskazówkami 1/3 majątku należy trzymać „w rezerwie”, a resztę – także po 1/3 – lokować w „interesy” i „w ziemię”. We współczesnych realiach można by to przyrównać do inwestowania w trzech równych częściach w obligacje, akcje i nieruchomości.

Zakup mieszkania na wynajem obarczony jest dużą barierą wejścia. Wprawdzie od trzech dekad rynek nieruchomości w Polsce rozwija się w sposób imponujący, a od kilku lat ceny mieszkań biją kolejne rekordy, ale nie każdy chciałby wystawić na szwank swoje nerwy z powodu zaciągnięcia kredytu hipotecznego lub potencjalnych problemów z uciążliwymi najemcami. W tym przypadku rozwiązaniem mogą być REIT-y (ang. Real Estate Investment Trust).

CO ZE ZŁOTEM

Nie ustają spory, w jaki sposób traktować złoto: jako uzupełnienie portfela, które ogranicza jego zmienność, czy ponadczasowe zabezpieczenie przed inflacją? W celach inwestycyjnych nie kupuje się kolia ani sygnetów, lecz monety bulionowe i małe sztabki. W metale szlachetne, także w złoto, da się inwestować za pośrednictwem ETF-ów (ang. Exchange Traded Fund).

NA CO UWAŻAĆ?

Dzieła sztuki, numizmaty, zegarki, stare książki, wino – to tylko kilka przykładów alternatywnych sposobów lokowania gotówki, na które można natknąć się w internecie. Z punktu widzenia przyszłych stóp zwrotu są bardzo nieprzewidywalne, a dodatkowo mało płynne, więc za 10 czy 15 lat może być trudno sprzedać z satysfakcjonującym zyskiem to, co kupiliśmy. Inwestycje alternatywne należy traktować jako uzupełnienie portfela, a nie jego zasadniczą część. Większość osób powinna jednak trzymać się od nich z daleka, tym bardziej że w tym obszarze wymagana jest wiedza ekspercka. Pasja nie wystarczy.

PRAKTYKA LEKARSKA

Sezon na ortopedię

ADAM CZERWIŃSKI
DZIENNIKARZ

Pytany, dlaczego ortopedzi nie mają trampolin ogrodowych i nie znoszą hulajnóg elektrycznych, dr **KRZYSZTOF MAŁECKI**, kierownik Kliniki Ortopedii i Traumatologii ICZMP, odpowiada, że cały czas ratują dzieci, które robią sobie na nich krzywdę. Niektóre, niestety, zostają niepełnosprawne.

Rozmawiamy tydzień przed rozpoczęciem wakacji. Co słychać na ortopedii?

Właśnie przyjęliśmy dwunastoletnią dziewczynkę, która spadła z motocykla.

Dwunastolatka? Z motocykla?

Dobrze pan słyszy. Z motocykla. I to nie zwyczajnego, tylko z crossowego.

Jak to?

Jeszcze mamy dziesięciolatka po upadku z motocykla tego samego typu.

Nie słyszałem, żeby dzieci mogły uprawiać taki sport.

Ale niestety uprawiają. Zresztą nie można tych dzieci nazwać motocyklistami, bo jeździły bez ubrań ochronnych. Jedno z nich było w krótkich spodenkach. Obawiam się, że te przejażdżki mogły się odbywać za zgodą rodziców. A jeśli nawet dzieci nie spytały o zgodę, to dorośli nie zabezpieczyli tych motorów.

Mam w klinice jeszcze jednego „motocyklistę”. Jechał zwykłym motocyklem, wymusił pierwszeństwo i upadł tak, że miał otwarte złamania goleni. Na szczęście miał odzież ochronną.

A co z dziećmi z motocykli crossowych?

Skończyło się złamaniem otwartym, licznymi otarciami naskórka i obrażeniami kończyn górnych i dolnych – na szczęście nie najpoważniejszymi. Ale oczywiście dzieci skarżą się, że boli.

Czyli sezon rozpoczęliście mocnymi akcentami.

► Trzeba używać zabawek i placu zabaw zgodnie z instrukcją obsługi i z przeznaczeniem – uważa dr Krzysztof Małecki



fot.: archiwum prywatne

Sezon zaczął się już jakiś czas temu i trwa w najlepsze. Bo na ortopedii mamy dwie pory roku: zimę i całą resztę. Zimą najczęściej trafiają do nas narciarze – z reguły ze złamaniami. Na szczęście w Łodzi nie ma gór, a narciarstwo to sport, który z reguły uprawia się pod kontrolą starszych opiekunów. Oni nie pozwolą np. na jazdę bez kasku, więc nie oglądamy zbyt wielu narciarzy z poważnymi w skutkach urazami.

Natomiast sezon wiosenny, letni, jesienny – zaczyna się u nas, kiedy na pola wyjeżdżają ciągniki.

Gdy zaczynają się siewy, karetki zaczynają przywozić do szpitala dzieci poszkodowane w kontakcie z maszynami rolniczymi. I to trwa aż do wykopków. Urazy u pracujących dzieci dotyczą rąk, głównie palców. No i to są często, niestety, nieodwracalne uszkodzenia: amputacje ze zmiążdżeniami. Nie da się już często replantować tych uszkodzonych palców. Czasem udaje się odtworzyć części funkcji ręki. Czasem też dzieci chwytają za piły mechaniczne. To z kolei kończy się urazami nóg – głównie stóp. Ale całkiem niedawno mieliśmy chłopca z palcami uciętymi krajeją.

Może lepiej porozmawiajmy o rekreacji dzieci.

Po Wielkanocy zaczyna się sezon na działkach. Dla nas prawdziwy horror. Najgorsze chyba są trampoliny. Najlepiej, żeby ich w ogóle nie było. Ale są i pewnie będą, a my będziemy składać połamane na nich dzieci. Ostatnio jedna z naszych koleżanek lekarek zaproponowała nawet, żebyśmy zrobili jakąś kampanię prozdrowotną – na przykład filmiki na Facebooka, aby uświadomić ludziom, czym może się skończyć zabawa na trampolinie.

I co chcielibyście pokazać na tych filmikach?

Przede wszystkim, że jak już dzieci muszą się na nich bawić, to niech to robią pojedynczo albo ostatecznie w góra dwie osoby.

Dlaczego?

Bo wiele wypadków bierze się stąd, że jedno dziecko wpada na drugie. No i złamanie gotowe. Najczęściej łamią się kości kończyn górnych.

I jeszcze chciałbym dodać, że trampolina to nie wodny plac zabaw. Bo – nie wiem, czy pan słyszał – że najlepsza zabawa na trampolinie jest właśnie „na mokro”. Najpierw wszyscy polewają się wodą, najlepiej szlauchem, a później się ślizgają, przewracają. Dalej. Trampolina powinna być prawidłowo zbudowana i zapięta siatką ochronną, bo dzieci potrafią z niej najzwyczajniej wypaść. Czasem kończy się to poważnym urazem głowy albo kręgosłupa, ale zazwyczaj też dochodzi do złamania w obrębie kończyn górnych.

A czy można wskazać jakiś specyficzny uraz, powtarzający się u dzieci bawiących się na trampolinach?

Dość często dochodzi u nich do złamania nadkłykciowego kości ramiennej. Albo najczęstszego złamania u dzieci: złamania przynasady dalszej kości przedramienia.

To pierwsze jest szczególnie niebezpieczne, bo często wymaga pilnej interwencji operacyjnej. Trzeba niekiedy uwolnić uwięzionie albo nadziane na kości naczynie i nerwy. W skrajnych sytuacjach, jeżeli naczynie albo tętnica ramienna ulegają przecięciu na odłamie kostnym, trzeba ją zeszyć, żeby przywrócić krążenie w obwodowej części kończyny górnej. To bardzo skomplikowana operacja. Nie zawsze udaje się wszystko „naprawić”. W sytuacjach bardzo niekorzystnych nawet kończy się wystąpieniem zespołu Volkmanna, czyli postępującym zwyrodnieniem i martwicą nerwów i mięśni powstałą na skutek pourazowego niedokrwienia kończyny. To nieszczęście, bo u dziecka dochodzi do trwałego uszczerbku, jeśli chodzi o funkcje kończyny.

Podobno równie jak trampolin ortopedzi nie lubią hulajnóg.

Z tymi zwykłymi jest pół biedy. Czasem na pump trucku albo innym specjalistycznym placu zabaw spadnie z niej nastolatek wykonujący tricki, czyli niemal cyrkowe ewolucje. Wtedy mamy głównie złamanie końca dalszego piszczeli, kostek, goleni. A przy upadku na kończyny górne zwykle

kości łamią się przynasady dalszej kości przedramienia albo trzony.

Ale już hulajnogi elektryczne to prawdziwy dopust boży. Proszę pamiętać, że rozwijają one ogromne prędkości. Można nimi jechać nawet kilkadziesiąt kilometrów na godzinę. Szybko, tylko że hamulce nie gwarantują zatrzymania się przed przeszkodą. A gdy dorzucimy jeszcze brak kontroli nad pojazdem niejednokrotnie

Tak samo, jak chowamy przed dziećmi żrące substancje do udrażniania rur, chowamy przed nimi piłę mechaniczną i kluczyki do quada

prowadzonym przez nastolatka czy nawet dziecko, to urazy są o wiele poważniejsze. Bo oprócz złamań kości rąk i nóg bardzo często ulegają złamaniu kości twarzoczaszki czy wyrostki żębowe i żęby. I jeszcze uszkodzenia wewnątrzczaszkowe, bo przecież kto widział, żeby na hulajnodze jeździć w kasku? A przecież gdy jedziemy z dużą prędkością i zderzamy z przeszkodą, energia kinetyczna musi się wyładować. Najgorzej jeśli dziecko na hulajnodze napotyka przeszkodę w postaci samochodu... Wtedy możemy mieć do czynienia z typowym urazem wielonarządowym.

Rowerzystów też przyjmujecie.

Wiosną, latem i jesienią. Tu od lat nic się nie zmienia. Ale rower nie budzi naszej niechęci. Bo jak nie lubić roweru? Wszyscy na nich jeździliśmy i mamy się dobrze. Coraz więcej dzieci jeździ w kaskach, więc jest mniej urazów głowy. Wprawdzie coraz popularniejsze staje się kolarstwo aktywne, wyczynowe i akrobatyczne, które podobnie jak ewolucje na hulajnogach kończy się urazami kończyn górnych, głównie przedramienia. Ale generalnie kolarstwo podobnie jak narciarstwo to raczej sport uprawiany „z głową”.

Zostały jeszcze rolki i deskorolki.

Ich podobnie jak roweru się nie boimy. Oczywiście, czasem trafia do

nas dziecko, które uprawia któryś z tych sportów. Ale najczęściej mają kaski i ochraniacze na kolanach, przedramionach. Więc jeśli nawet padają, są chronione. Może tutaj dowcip polega na tym, że jazda na rolkach jest trochę trudniejsza niż skakanie na trampolinie czy jazda na hulajnodze.

Natomiast bez względu na to, czy mówimy o trampolinie, rowerze, czy hulajnodze, problemamy mają dzieci, które mało się ruszają i nagle zaczynają bardzo się aktywizować.

Ale quadów ortopedzi na pewno nie lubią.

Jazda quadem bez nadzoru kończy się wywrotkami i przygnieceniem dużym, nawet kilkusetkilogramowym ciężarem. Kończy się złamaniami, zgnieceniami. Często pacjent z urazem wielonarządowym trafia na intensywną terapię, my tylko składamy połamane kości.

Ostatnio syn znajomej spadł z drzewa.

To jest wyjątkowy. Chodzenie po drzewach wyszło z mody i takich pacjentów nie mamy.

Wymieniliśmy urządzenia i rowery, które są teraz najpopularniejsze i najbardziej lubiane przez dzieci. Pana opowieść nie brzmi jak zachęta do korzystania z nich. Z drugiej strony narzekamy, że dzieci się nie ruszają, mają problemy z wagą, ciśnieniem i poziomem cukru.

Nie nazwałbym ruchem jazdy na hulajnodze elektrycznej, quadzie albo motocyklu crossowym. A jeśli już musimy korzystać z ruchu na urządzeniach, które mogą być niebezpieczne, pamiętajmy o zasadach bezpieczeństwa.

Krótko mówiąc: trzeba używać zabawek i placu zabaw zgodnie z instrukcją obsługi i z przeznaczeniem. Czyli po zjeżdżalni się zjeżdża, a nie wchodzi na nią. Drabinka służy do wchodzenia, a nie skakania z niej, a moja „ulubiona” trampolina do skakania – najlepiej pojedynczo. Na rowerze, hulajnodze, motocyklu jeździmy w kasku etc.

I jeszcze jedna, może oczywiście, rzecz, ale przypomnę o niej. Nie zostawiamy dzieci bez opieki.

Trzeba być z nim cały czas. Za małym chodzić dosłownie metr z tyłu. My, dorośli, możemy zapobiec niebezpiecznej zabawie i na zasadzie przewidywania zniechęcać do niej na przyszłość. Trzeba wyznaczać granice bezpieczeństwa. Również sobie. Bo większość nieszczęść, o których panu opowiadałem, wynika z nieuwagi dorosłych.

Do dziś przechodzą mnie dreszcze, gdy przypominam sobie 4-latkę, który biegał za tatą jadącym na motorze. Ale była zabawa! W końcu maluch złapał motor. Niestety, za łańcuch. Skończyło się zmiążdżeniem i amputacją palców.

I jeszcze jeden przykład z praktyki ortopedy ku przestrodze. Uważajcie na drzwi. Bo bardzo często trafiają do nas małe dzieci ze zmiążdżonymi paliczkami. Najczęściej do nieszczęścia dochodzi przy wychodzeniu z domu. Kto ma małe dziecko, wie, że robi się wtedy zamieszanie. I w tym chaosie dorośli,

zamykając drzwi, nie zauważają paluszków w futrynie. To też nierzadko kończy się zmiążdżeniem palców i amputacją.

Odpowiadając na pana pytanie. Naszą rozmowę traktuję jak działanie profilaktyczne. Wiadomo, jak ważna jest profilaktyka w medycynie. Gdybym był kardiologiem, mówiłbym o czynnikach ryzyka wynikających z trybu życia. Jako ortopeda robię to samo, tylko wymieniam inne czynniki. Dlatego tak samo, jak chowamy przed dziećmi żrące substancje do udrażniania rur, chowamy przed nimi piłę mechaniczną i kluczyki do quada. Ale nie zniechęcamy do bezpiecznej aktywności, np. jazdy na rowerze w kasku czy na rolkach w ochraniaczach. •

DR KRZYSZTOF MAŁECKI

Kierownik Kliniki Ortopedii i Traumatologii z Pododdziałem Chirurgii Ręki dla Dzieci Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki. W jego ośrodku leczone są dzieci z całej Polski (z dysplazją i rozwojowym zwężeniem stawów biodrowych, mózgowym porażeniem dziecięcym, przepukliną oponowo-rdzeniową, z wrodzonymi deformacjami stóp, w tym stopami końsko-szpotałowymi – leczone metodą Ponsetiego), z wrodzonymi wadami ręki (palczost, palce dodatkowe, zespoły przewężeń amniotycznych, ręką rozszczepioną, brakami palców i innymi kompleksowymi wadami kończyny górnej) i nabytymi schorzeniami narządu ruchu.

Szukamy innowatorów w opiece zdrowotnej

Ruszył konkurs na wdrożenie innowacji w placówkach medycznych organizowany przez NIL IN. Zgłoszenia w trzech kategoriach można przysyłać do 31 sierpnia.

Konkurs kierowany jest do wszystkich – lekarzy, pielęgniarek, menedżerów placówek, pracowników IT, którzy z sukcesem wdrożyli swoje pomysły zmierzające do poprawy funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej.

– To może oznaczać wdrożenie nowego produktu lub usługi albo udoskonalenie takiego, który już funkcjonuje. I to nie musi być od razu rozwiązanie oparte na sztucznej inteligencji, ale każda zmiana, która poprawia jakość usług i satysfakcję pacjenta – mówił podczas inauguracji konkursu Łukasz Sosnowski, partner operacyjny NIL IN. Podkreślił, że do konkursu mogą stanąć autorzy rozwiązań, które już zostały wdrożone. Pomysł nie może być jednak starszy niż dwa lata.

W tym roku chętni mogą zgłaszać się w trzech kategoriach – opieka ambulatoryjna, szpitalnictwo oraz innowator/innowatorka. Każda kategoria ma swojego opiekuna. I tak

w dziedzinie opieki ambulatoryjnej nadzór merytoryczny nad przebiegiem prac sprawuje Małgorzata Kiljańska, innowatorka, doświadczony menedżer ochrony zdrowia, członkini Rady NIL IN – Sieci Lekarzy Innowatorów NIL. Obszarem szpitalnictwa zajmuje się dr Tomasz Maciejewski, dyrektor Instytutu Matki i Dziecka, natomiast kategorią innowatora roku Katarzyna Sadowska-Cioch, z-ca dyrektora Centralnego Ośrodka Badań, Innowacji i Kształcenia (COBIK) NIL. – Kim jest dla nas innowator? Zwyknieca w tej kategorii musi mieć za sobą udane wdrożenia. Musi być liderem zmian, który umie pociągnąć za sobą ludzi. Musi odnosić sukcesy na polu zawodowym lub nauki. To również edukator, zaangażowany społecznie w inicjatywy towarzystw naukowych i fundacji – opisywała Katarzyna Sadowska-Cioch.

– Szukamy takich innowacji, które są już wdrożone – podkreślała Małgorzata Kiljańska. – Nie rozmawiamy o pomysłach, ale chcemy zobaczyć placówki, gdzie te rozwiązania codziennie skutecznie funkcjonują. Patrzymy na cztery

perspektywy: satysfakcja pacjenta, zdrowie pacjenta, efektywność kosztowa i odbiór tego rozwiązania przez pracowników, w tym lekarzy.

Na trendy kształtujące systemy opieki zdrowotnej na świecie i na związane z nimi potrzeby w dziedzinie innowacji zwracał uwagę dr Tomasz Maciejewski. Mówił m.in. o demografii – starzejącym się społeczeństwie, niedostatkach kadrowych, presji finansowej, ale jednocześnie o rosnącej świadomości pacjentów w obszarze zdrowia.

Zgłoszenia konkursowe wysłane za pośrednictwem strony nilin.org.pl obsługuje platforma ZoolaHub – patron technologiczny konkursu. Przez pierwsze dwa tygodnie września zgłoszenia będzie oceniać społeczność NIL IN. Dziesięć najlepszych projektów zostanie skierowanych do oceny przez kapitułę konkursu, w której zasiadają lekarze, menedżerowie i przedstawiciele sektora publicznego. Zwycięzcy zostaną ogłoszeni 22 listopada podczas konferencji na temat innowacji w ochronie zdrowia NIL IN Summit organizowanej przez Naczelną Radę Lekarską.

KONKURS | WDROŻENIE INNOWACJI
W OPIECE ZDROWOTNEJ

WYŚLIJ ZGŁOSZENIE!
NILIN.ORG.PL

nilin

NIL

TERMEDIA

mz

ZoolaHub

Bez kadry nie da się kształcić przyszłych lekarzy

Trwa dyskusja nad potrzebą specjalizacji w stomatologii.
A może, zamiast kilku dziedzin medycyny, wprowadzić
konieczność zdobywania szerokiej gamy umiejętności?
W wieloletniej perspektywie będzie to z pewnością lepsze
dla lekarzy i pacjentów.

PAWEŁ BARUCHA
WICEPREZES NACZELNEJ
RADY LEKARSKIEJ



System zdobywania specjalizacji niewątpliwie wymaga poprawy. Potrzeba również więcej miejsc rezydenckich. Kierownicy specjalizacji powinni być sowicie wynagradzani za dzielenie się swoim doświadczeniem, wiedzą i cennym czasem. Najprościej jest wspomóc uczelnie medyczne. W jaki sposób? Przekazać wystarczające środki do sfinansowania nowych kadr i miejsc dla przyszłych specjalistów. Trwająca właśnie dyskusja o szkolnictwie jasno pokazała, że nie da się wykształcić przyszłych lekarzy bez udziału specjalistycznej kadry.

Nie możemy jednak zapominać o miejscach bez ośrodków akademickich. Gabinety, w których są doświadczeni specjaliści chętni do uczenia nowego pokolenia, powinny mieć taką możliwość. Akredytacja powinna uwzględniać mniejsze jednostki i ich uwarunkowania. Zdobywanie umiejętności stanowi

wspaniałe uzupełnienie specjalizacji, ale nie może go zastępować. W innej sytuacji studia stomatologiczne będą trwały trzy lata, a „resztę” wiedzy lekarze będą zdobywać przez opanowanie umiejętności. Jestem przekonany, że potrzebne jest nam uzupełnianie – nie zastępowanie – a uczelnie medyczne muszą pozostać centrami kształcenia.

Na koniec bardzo istotna sprawa bezpieczeństwa i ochrony dzieci. Na stronie NIL opublikowany został dokument przedstawiający standardy ochrony małoletnich dla gabinetów zgodnie z obowiązującym prawem. Bardzo pomocna w tworzeniu wytycznych była odpowiedź z Ministerstwa Sprawiedliwości. Zwrócono tam uwagę nie tylko na potrzebę ochrony małoletnich, ale też podkreślono bardzo ważną rolę lekarzy i personelu medycznego w wykrywaniu i zapobieganiu krzywdzenia dzieci. Nie można pozostać obojętnym. •

W Polsce ponad 9 mln osób cierpi z powodu bezzębności. W grupie tej mieszczą się zarówno seniorzy, jak i osoby w wieku średnim oraz znacznie młodsze, nawet 20 i 30-latkowie, u których już występują różnego rodzaju braki zębów. Zdaniem stomatologów dane te mogą być zaniżone, ponieważ w statystykach nie uwzględniono pacjentów, którzy nie korzystają z usług refundowanych przez NFZ. Alarmują jednocześnie, że problem bezzębności będzie się pogłębiał, ponieważ osób wymagających protezowania przybywa.

BEZWZGLĘDNE STATYSTYKI

Na bezzębie wpływa wiele czynników. Za największego winowajcę dotychczas uznawano próchnicę zębów. Najnowsze dane podają, że aż 94 proc. nastolatków i 99 proc. dorosłych Polaków zmagają się z tą chorobą. Jednak lekarze dentyści już znacznie lepiej sobie z nią radzą i podkreślają, że bezzębie to dolegliwość złożona. Oprócz zaniedbań higienicznych jamy ustnej najbardziej podstępna okazuje się być paradontoza, która nieleczona przyczynia się do wczesnej utraty własnych zębów.

Prof. Teresa Sierpińska, konsultant krajowy w dziedzinie protetyki, prezydent Europejskiego Towarzystwa Protetycznego i poprzedni prezes Sekcji Protetyki Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, sygnalizuje, że największy odsetek bezzębności występuje u osób po 70. roku życia. Osoby w wieku senioralnym stanowią obecnie jedną czwartą społeczeństwa i u 40 proc. z nich występuje bezzębie. Zgodnie ze statystykami w roku 2050 liczba osób bezzębnych będzie wynosiła 50 proc. Obecnie już czterdziestolatkowie noszą protezy, a połowa obywateli po 65. roku życia jest całkowicie bezzębna.

Zgodnie z rekomendacją WHO do 2020 r. należało ograniczyć liczbę osób bezzębnych. Tak się nie stało i dotyczy to również innych krajów. Swego czasu w walkę m.in. z bezzębnością włączyło się Polskie Towarzystwo Stomatologiczne. Co roku organizowane były akcje „Polska mówi A”, które miały

STOMATOLOGIA

Bezzębnie to nie tylko problem estetyczny

LUCYNA KRYSIAK

DZIENNIKARKA

W Polsce dostępność do usług stomatologicznych nie jest zła, ale niestety leczenie jest drogie i wiele osób z niego rezygnuje. A do wczesnej utraty zębów, poza zaniedbaniami higienicznymi, najbardziej przyczynia się nieleczona paradontoza.

uświadomić społeczeństwu, jak ważna jest dbałość o stan zdrowia jamy ustnej, leczenie próchnicy i chorób przyzębia, by uniknąć bezzębności.

PARADONTOZA POZA ZASIĘGIEM DZIAŁAŃ

Obecnie stomatologia lepiej radzi sobie zarówno z próchnicą, jak i z leczeniem chorób przyzębia. Poprawił się także poziom edukacji społeczeństwa na temat korzyści zdrowotnych wynikających z prawidłowej higieny jamy ustnej. Szeroko dostępne są również środki higieny jamy ustnej i usługi stomatologiczne. Mimo tych zmian w opiece stomatologicznej, profilaktyce i świadomości, czym grożą zaniedbania higieniczne jamy ustnej, problem bezzębności narasta.

Oferta gabinetów stomatologicznych dotycząca usług protetycznych jest bardzo różnorodna, w zależności od zasobności portfela. W Polsce można leczyć zęby w prywatnych gabinetach, ale też nieodpłatnie. Jednak zakres usług stomatologicznych realizowanych w ramach świadczeń gwarantowanych jest ograniczony, a notuje się wzrost liczby pacjentów z paradontozą, która obecnie stała się główną przyczyną bezzębności. Wprawdzie NFZ co roku poszerza zakres nieodpłatnych usług, ale paradontoza jest wciąż chorobą pozostającą poza zasięgiem tych działań. Przybywa więc osób wymagających protezowania i będzie ich coraz więcej.

– Jest to skutek zubożenia społeczeństwa, wiele osób, szczególnie

w wieku senioralnym, nie stać na leczenie zębów w prywatnych praktykach, a ci, którzy decydują się na korzystanie z leczenia refundowanego przez NFZ, muszą czekać w długich kolejkach. Coraz mniej pacjentów jest także diagnozowanych w kierunku wykrycia zapalenia przyzębia, szczególnie

Usługi stomatologiczne w ramach świadczeń gwarantowanych są ograniczone, a notuje się wzrost liczby pacjentów z paradontozą, która jest główną przyczyną bezzębności

na wczesnym etapie, kiedy można jeszcze podjąć skuteczne leczenie, by opóźnić jego skutki w postaci utraty zębów – tłumaczy prof. Teresa Sierpińska. Dodaje, że to nie ma związku ze świadomością, ale głównie brakiem środków na leczenie, chociaż sami pacjenci także lekceważą problem.

Do świadczeń stomatologicznych refundowanych przez NFZ, z których mogą korzystać osoby ubezpieczone, należy badanie stomatologiczne wraz z instruktażem higieny jamy ustnej, przysługujące pacjentowi raz w roku,

badania kontrolne trzy razy do roku, leczenie próchnicy (od 2022 r. wycofano wypełnienia amalgamatowe ze względu na zawartość rtęci i stosowane są tylko wypełnienia z materiałów kompozytowych chemoutwardzalne i światłoutwardzalne), leczenie kanałowe siekaczy oraz kłów, przygotowanie protezy zębowej (w przypadku całkowitego bezzębia lub braku dużej liczby zębów) raz na pięć lat.

– Teoretycznie w Polsce dostępność do usług stomatologicznych nie jest zła, mamy dobrze wykształconych lekarzy dentystów i dobrze wyposażone gabinety, dysponujemy też najnowocześniejszymi technikami leczenia. To samo dotyczy protetyki, ale są to drogie procedury i wiele osób rezygnuje z leczenia, którego koszty musiałyby pokryć z własnej kieszeni – mówi prof. Teresa Sierpińska. Nadmienia, że rozwiązaniem byłyby prywatne ubezpieczenia, o których mówi się od lat, ale tylko się mówi. W takich krajach, jak Holandia, Wielka Brytania czy Niemcy, takie ubezpieczenia funkcjonują i refundują usługi stomatologiczne w różnym zakresie.

CYFROWA ERA

Jakie perspektywy rysują się więc przed polską protetyką, która staje przed wielkim wyzwaniem wobec



◀ Rozwiązaniem przy brakach w uzębieniu są w Polsce protezy ruchome i mosty

fot.: Shutterstock.com

rosnącej liczby pacjentów wymagających protez zębowych?

Jest wiele krajów, które nie refundują żadnych uzupełnień protetycznych. Należą do nich m.in. Litwa, Łotwa i Estonia. Nawet w wielu zamożnych krajach nie ma refundacji leczenia zębów i uzupełnień protetycznych.

Z jednej strony mamy więc dynamicznie rozwijającą się stomatologię cyfrową i implantologię oferujące uzupełnienia, które zarówno kształtem, jak i funkcjonalnością i barwą są niemal idealnie zbliżone do własnych zębów i przywracają funkcję żucia zgodną z fizjologią. Z drugiej wciąż dobrze się mają akrylowe protezy ruchome refundowane przez NFZ, które – mogłoby się wydawać – są już przeżytkiem. Tymczasem nadal funkcjonują i spełniają swoje zadania, a dla wielu pacjentów, szczególnie w wieku senioralnym, są jedynym rozwiązaniem. Protetycy uważają więc, że rynek usług stomatologicznych musi być zróżnicowany i przygotowany na spełnienie oczekiwań zarówno pacjentów bardziej zamożnych, jak i tych, którzy żyją ze skromnych emerytur.

Proces ucyfrowienia w stomatologii wiele zmienił. Początkowo dotyczył szeroko pojętej diagnostyki. Równolegle rozwijało się materiałoznawstwo, które wymusiło wdrożenie pewnych cyfrowych procedur wykonawczych

w laboratoriach techniki dentystrycznej. Obecnie w wielu z nich wykonuje się uzupełnienia protetyczne wyłącznie w technologiach cyfrowych. Wymaga to od technika dentystrycznego zupełnie nowych

Czterdziestolatkowie noszą protezy,
a połowa obywateli po 65. roku życia
jest całkowicie bezzębna

umiejętności, a nawet w pewnym stopniu wymusza konieczność skorzystania z pomocy grafików komputerowych.

W gabinetach stomatologicznych są skanery wewnątrzustne, które bez użycia łyżek i masy wiskowej pozwalają zgromadzić dane do wykonania uzupełnienia protetycznego.

– Ucyfrowienie protetyki stomatologicznej wiąże się z koniecznością zdobycia nowych umiejętności w obsłudze nowych technologii i innego postrzegania wykonywanego uzupełnienia. Należy pamiętać, że w rękach doświadczonych lekarza dentysty z pewnością

technologie ułatwią osiągnięcie doskonałych wyników leczenia, ale są to tylko narzędzia, które trzeba umieć stosować – podkreśliła prof. Teresa Sierpińska podczas ubiegłorocznej Naukowo-Szkoleniowej Konferencji Sekcji Protetyki Stomatologicznej, zorganizowanej przez PTS w Krakowie.

CHCĄ MIEĆ ZĘBY JAK WŁASNE

Osoby starsze często nie są w stanie zaadaptować się do protez ruchomych, a jeżeli nie mają innego wyjścia, potrzebują na to czasu. Osoby młode, czynne zawodowo, wykonujące różne zawody wymagające odpowiedniego wyglądu i pięknego uśmiechu nie chcą nawet słyszeć o ruchomej protezie.

Ubytki w uzębieniu są dla pacjentów źródłem kompleksów, skrzepowania, a nawet problemów natury psychicznej. Wywołują u nich również dolegliwości gastryczne i niedobór mikroelementów z powodu niedokładnie przeżuwanych pokarmów. Okazuje się, że nawet pojedyncze ubytki mogą się do tego przyczyniać. Pojedynczy ubytek sprzyja także pochylaniu się sąsiadujących zębów, prowadząc do ich rozchylania, a w przypadku zębów przeciwstawnych – do wysuwania się w stronę ubytku, co wywołuje tzw. efekt Godona. Leczenie implantologiczne rozwiązuje te uciążliwe problemy.

Oferta uzupełnień protetycznych za pomocą implantów jest bardzo szeroka. Implantolodzy na różnych forach często dyskutują na ten temat, dzielą się opiniami, a także na podstawie wieloletnich doświadczeń i prowadzonych badań prezentują własne metody leczenia implantoprotetycznego.

Powszechnym rozwiązaniem przy brakach w uzębieniu są w Polsce protezy ruchome i mosty. Tylko co dziesiąty zabieg w gabinecie stomatologicznym wiąże się z wszczepieniem implantu lub kilku implantów. Osoby młode przekonuje fakt, że obecnie coraz częściej oferuje się leczenie implantologiczne i założenie koron lub mostu na implantach w ciągu jednego dnia. Nie muszą więc tygodniami chodzić do stomatologa, co jest czasochłonne i wymaga wolnego dnia w pracy.

Złość rodziny

Krewnych pacjenta trzeba wysłuchać. Ich niezadowolenie zwykle nie dotyczy lekarza, lecz choroby bliskiej osoby, lęku, bezradności i stresu. Nie ma sensu brać tego do siebie.

Znam lekarzy, którzy czasy, gdy do szpitala nie mogła wchodzić rodzina pacjenta, wspominają z nostalgią i oddechem. Nikt nie zadawał stu pytań, nie rozkręcał awantur. Nie przynosił na dyżurkę pielęgniarską cukierków, które „tatusiowi” zostały, a dziś jest wypisywany. Nad jednym chorym nie wisiała chmura gości, gdy inny leżał obok w samotności i chorobie.

„Bo ty nie rozumiesz, jak to jest w powiatowym szpitalu” – opowiada mi doświadczony lekarz. „Przychodzi rodzina i pyta, co było robione, co będzie. Potem przechodzi do ofensywy i pyta, dlaczego nie było robione to – a przecież w internecie pisali, że właśnie to powinno być. Dlaczego robione było coś innego, przecież w internecie było, że to jest niepotrzebne. I dlaczego tyle to trwa. I żaden argument ich nie przekonuje”. „Najgorzej mają pediatrzy” – opowiada młoda lekarka. – „Dać radę z dzieckiem to luz. Dzieci są fajne i wdzięczne. Problem zaczyna się, gdy pojawiają się rodzice, i to w komplecie. Wtedy startuje festiwal oczekiwań, podpowiedzi, i to w komplecie z testem kompetencji” – dodaje.

Dlaczego się tak dzieje? Przyczyn jest kilka. Po pierwsze, w naszej kulturze choroba to moment, gdy trzeba pomagać i wspierać. Przed wiekami rodzina zmieniała kompresy na czole. Dziś nie leczy, ale czuje się odpowiedzialna za ten proces, więc próbuje go pilotować, tak jak umie.

Po drugie, żyjemy w przekonaniu, że ochrona zdrowia nie działa i nic nie da się normalnie. Jedni szukają koneksji, innym załącza się funkcja: „ja tu zrobię porządek”, a jeszcze innym dwa w jednym.

Po trzecie, lubimy mieć o sobie dobre mniemanie. Zamieniamy się w rycerza, bohatera i obrońcę, bo w sumie

ANNA GOŁĘBICKA,
STRATEG KOMUNIKACJI
W OCHRONIE ZDROWIA



niewiele nas to kosztuje pracy. Trzeba ustawić doktorów i z czystym sumieniem oraz lepszym poczuciem własnej wartości można iść do domu.

Po czwarte, jeśli czegoś nie rozumiemy, czujemy się niepewnie, nie jesteśmy sobą. Albo uciekamy, albo zastygamy, albo walczymy. W warunkach szpitalnych czy przychodnianych zwykle do głosu dochodzi to trzecie. Nawet niektóre zwierzęta tak mają: jeżą się, stroszą pióra i udają groźniejsze, niż są.

Piąte to efekt Dunninga-Kruegera – błąd poznawczy polegający na tym, że osoby niewykwalifikowane w jakiejś dziedzinie życia mają tendencję do przeceniania swoich umiejętności. Po przeczytaniu krótkiego opisu w internecie czujemy się ekspertami na tyle zorientowanymi, że z powodzeniem możemy przejść do egzaminowania lekarza.

Co na to lekarki i lekarze? Nikt ich nie nauczył, co zrobić z trudną rodziną pacjenta i jak się w takich sytuacjach komunikować. Nie nauczył ich, jak chronić siebie z szacunkiem dla innych. Lekarki i lekarze zwykle zachowania rodziny pacjenta nie tylko biorą na serio, ale i do siebie. Dają się wkręcić. Nie pomaga też system, bo teraz każdy

od razu straszy prokuratorem. A nikomu prokurator nie jest miły, bo to ciągnięcie po sądach, strata czasu i nerwów.

Nie przekonam nikogo, że można sobie dać radę. W końcu doktor z powiatowego wie, co czuje każdego dnia. Trzeba jednak powiedzieć o lekarzu z klinicznego. Zaczyna od „w czym możemy państwu pomóc?”. Nie ja, ale my. I już jest źle, gdyż to cała ekipa leczy, a on tylko jest ich reprezentantem. Spokojnie słucha. Daje przestrzeń, nie poniża, nie ocenia. Czeki na pauzę, nie przerywa. Na koniec mówi, co było zrobione, co będzie zrobione i daje rodzinie rolę. Proszę przywieźć wyniki badań z domu, proszę przyjechać za dwie godziny, proszę... Jeśli ktoś zaczyna straszyć, mówi, że proszę pisać i składać, ale on musi się zająć chorym, gdyż ta rozmowa nie przybliży nas już do wyzdrowienia „państwa mamy/taty...”.

Teoria mówi, że kluczowe jest, aby wysłuchać i dać poczucie, że nad tym panujemy. Bo z tego poczucia niepanowania i niedziałania wychodzą lęki i awantury. A jeśli ktoś dalej straszy, trzeba kulturalnie oddalić się i robić swoje. Złość rodziny dotyczy zwykle nie lekarza, lecz choroby bliskiej osoby. ●

PRAKTYKA LEKARSKA

Nadchodzi przełom w ksenoprzeszczepach

ZBIGNIEW WOJTASIŃSKI
DZIENNIKARZ

Czy będziemy rutynowo przeszczepiać pacjentom nerki, serca i wątroby świni? To może jeszcze potrwać, ale wydaje się, że pierwsze poważne trudności techniczne udało się pokonać. Ksenoprzeszczepy mogą zdominować się w transplantologii, podobnie jak sztuczne serce i pompy wspomagające komorę serca.

Narządy zwierząt nigdy nie zastąpią tych pozyskiwanych od dawców. Tak jak żywego serca nigdy nie zastąpi najlepiej skonstruowane urządzenie. Jednak świńskie narządy mogą przedłużyć życie niektórych pacjentów, choć na razie jedynie w ramach eksperymentu. W tym zakresie nie ma nawet badań klinicznych. Takie są dopiero planowane – pierwsze mają ruszyć w 2025 roku.

Ksenoprzeszczepy mogą być szansą dla tych chorych, którzy nie kwalifikują się do przeszczepu od dawcy ludzkiego. Albo wymagają zastosowania jednocześnie różnych rozwiązań, które mogą poprawić ich stan zdrowia. A nawet doprowadzić do tego, że przeszczep tradycyjny będzie możliwy. Ważna jest też jakość życia, nie wszyscy chorzy tolerują dializy, nie zawsze wytrzymują fizycznie, jak i psychicznie.

POMPA, NERKA I GRASICA ŚWINI

Przykładem jest 54-letnia Lisa Pisano z New Jersey z niewydolnością serca i schyłkową niewydolnością nerek, podtrzymywaną na dializach. Do transplantacji od dawcy się nie nadawała. Lekarze Langone Transplant Institute przy New York University zaproponowali jej przeszczep nerki od zmodyfikowanej genetycznie świni (by zmniejszyć ryzyko odrzucenia narządu). A pacjentka wyraziła zgodę.

W rozmowie z CBS News zaznaczyła, że nie godziła się na takie życie. „Nie

byłam w stanie wejść po schodach ani prowadzić samochodu. Nie mogłam bawić się z wnukami. Jak tylko pojawiła się taka szansa, postanowiłam z niej skorzystać” – wyjaśniła. W połowie czerwca 2024 roku była w lepszym stanie i nastroju niż przed zabiegiem, a raczej przed kilkoma zabiegami. Bo poza nerką świni wszczepiono jej pompę wspo-

Ksenoprzeszczepy mogą być szansą dla tych chorych, którzy nie kwalifikują się do przeszczepu od dawcy ludzkiego

magającą lewą komorę serca (LVAD) oraz świńską grasicę, by zwiększyć szanse przyjęcia się przeszczepu w dłuższym okresie. Choć trudno na razie precyzować, o jaki tu „okres” chodzi – kilku miesięcy, a może nawet roku? To dopiero przed nami.

Przeszczep obu narządów świni nowojorscy chirurdzy u Lisy Pisano wykonali 12 kwietnia – osiem dni po wszczepieniu pompy wspomagającej. Pod koniec maja pacjentka żyła i jak zapewniał wtedy dyrektor Langone Transplant Institute prof. Robert Montgomery – jej rekonwalescencja przebiegała dobrze.

Pisano jest pierwszą na świecie pacjentką, u której wykonano tak skojarzone trzy zabiegi. Pierwszy w świecie udany przeszczep nerki pobranej od zmodyfikowanej świni przeprowadzono nieco wcześniej, 16 marca 2024 roku, u 62-letniego Ricka Slaymana ze schyłkową niewydolnością nerek. Dokonali tego chirurdzy z Massachusetts General Hospital w Bostonie. Slayman zmarł jednak po dwóch miesiącach, w połowie maja tego roku. Lisa Pisano podobno była już w stanie bawić się ze swymi wnukami.

Dwa miesiące życia z nerką świni – czy to ma sens? Dyrekcja bostońskiego szpitala zaznacza, że Rick Slayman nie godził się na ciągłe dializy. Był jednak przekonany, że jego decyzja o poddaniu się ksenoprzeszczepowi przyczyni się do postępów medycyny, co też przyznaje jego najbliższa rodzina. „Jesteśmy mu głęboko wdzięczni za zaufanie, jakim nas obdarzył” – zaznaczyła w oświadczeniu prasowym dyrekcja Massachusetts General Hospital.

Slayman zapewne liczył na więcej. Przynajmniej jeśli chodzi o długość życia z nową nerką, bo jeśli chodzi o dializy, to jego oczekiwania się spełniły – po przeszczepieniu świńskiej nerki nie były już potrzebne. Oczekiwania mogły być

nieco większe, bo przyczyną jego śmierci nie było niepowodzenie związane z samym przeszczepem. Nie było oznak odrzucenia narządu świni. Slayman walczył z niewydolnością nerek i dializami, ale cierpiał też z powodu cukrzycy typu 2 i nadciśnienia tętniczego. Przeszedł w 2018 roku przeszczep nerki od dawcy, która funkcjonowała przez pięć lat. Jednak kolejna taka transplantacja nie była już możliwa.

TERAPIA OSTATNIEJ SZANSY

Przedkładanie jakości życia ponad wszystko nie każdego przekonuje, choć pacjenci coraz częściej zwracają na to uwagę i lekarze muszą brać pod uwagę także ten aspekt. Dla chorych oczekujących na dawcę serca ksenoprzeszczepu mogą być jedyną szansą na życie.

Według Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego ds. Transplantacji „Poltransplant” od 1 stycznia do końca maja 2024 roku przeszczepiono w Polsce 87 serc, ale oczekujących było znacznie więcej. Z końcem tego samego miesiąca na taką transplantację oczekiwało u nas 415 chorych. Kto z nich zdecydowałby się na ksenoprzeszczep?

W tej grupie mogliby być jedynie ci, którzy nie mogą skorzystać z żadnej innej opcji. A przecież jest ich kilka. Pierwsza to pompa wspomagająca krążenie krwi, szczególnie lewej komory serca. Jak podkreśla prof. Mariusz Kuśmierczyk, kierownik Kliniki Chirurgii Serca, Klatki Piersiowej i Transplantologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, takie pompy znakomicie się sprawdzają i mogą być podłączane na pewien czas. „Serce się zregeneruje albo życie pacjenta zostanie na tyle przedłużone, że może się on doczekać przeszczepu serca żywego” – tłumaczy.

W rezerwie jest jeszcze opracowane we Francji całkowicie sztuczne serce nowej generacji o nazwie Carmat (Total Artificial Heart – TAH). Niedawno po raz pierwszy w naszym kraju otrzymał je 37-letni pacjent z ciężką niewydolnością obu komór serca i nadciśnieniem płucnym. Z tego powodu nie nadawał się do przeszczepu żywego serca ani wszczepienia pompy wspomagającej krążenie. Dzięki operacji na WUM dostał nową szansę – i to nawet na przeszczep serca, choć wcześniej nie było to możliwe.

„W ciągu zaledwie dwóch tygodni od wszczepienia 4 kwietnia 2024 r. sztucznego serca u naszego chorego o prawie połowę zmniejszył się opór

► Podczas gdy na świecie trwają prace nad przeszczepami organów zwierzęcych, w Polsce wciąż jeszcze odrabiamy zaległości w tradycyjnej transplantologii

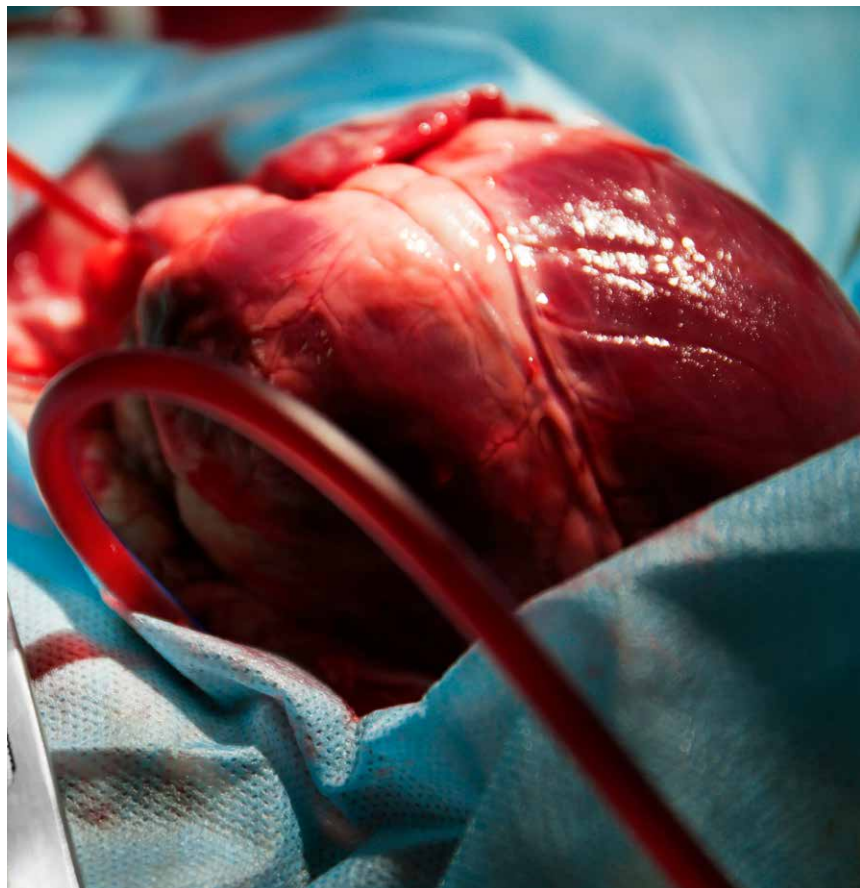


foto: Shutterstock.com

płucny” – wyjaśnia prof. Kuśmierczyk, który wraz z zespołem WUM wykonał zabieg. Stało się to możliwe dzięki odciążeniu łożyska płucnego. „Bo sztuczne serce jest maszyną, która pracuje prawidłowo. Wynika z tego, że jeśli nie doszło do trwałego nadciśnienia płucnego, a jest ono związane z sercem, to wszczepienie pompy wspomagającej lub sztucznego serca, gdy nie ma innej możliwości, może sprawić, że opór płucny się zmniejszy. Jeśli zatem u naszego pacjenta zmniejszył się on jeszcze bardziej, będzie kandydatem do przeszczepu” – wyjaśnia.

Sztuczne serce Carmat po raz pierwszy wszczepiono w Paryżu przed ponad 10 laty. Zabieg przeprowadzony w Polsce był 58. tego rodzaju implantacją na świecie. Dopiero w grudniu 2023 roku uzyskało ono certyfikat i zostało dopuszczone do użycia. Wcześniej stosowano je w ramach badań klinicznych, które miały wykazać jego skuteczność. Wydaje się, że na świecie więcej pacjentów mogłoby skorzystać z przeszczepu serca

świni, ale próby w tym zakresie są wciąż na jeszcze wcześniejszym etapie.

POSTĘP I ZAGROŻENIA

Dotychczas wykonano trzy przeszczepy świńskiego serca w ostatnich dwóch latach. Pierwsze odbyło się w 2022 roku, a kolejne rok później. Najpierw operowany był liczący 57 lat David Bennett, a następnie, na początku września 2023 roku, 58-letni Lawrence Faucette. Obaj nie kwalifikowali się do tradycyjnego przeszczepu i obaj przeżyli jedynie kilka tygodni. Bennett zmarł po dwóch miesiącach z powodu niewydolności serca (jedną z przyczyn mogła być infekcja cytomegalowirusem, który wykryto w przeszczepionym narządzie dopiero podczas sekcji zwłok). U Faucette’a po miesiącu pojawiły się objawy odrzucenia przeszczepu – po 40 dniach zmarł. W podobnym okresie zmarł trzeci pacjent po transplantacji serca świni.

W maju 2024 roku prof. Robert Montgomery na łamach „Nature”

przyznał, że tak krótki okres przeżycia wszystkich trzech pacjentów „nie okazał się wielkim sukcesem, jak można było oczekiwać z prób na małpach”. Wyniki tych badań opublikowano w 2023 roku. Pięć małp naczelnych z nerką świni przeżyło ponad 12 miesięcy. Mimo to – uważa amerykański chirurg – ksenoprzeszczepy są szansą dla pacjentów, dla których nie ma innej opcji. A dotychczasowe osiągnięcia ocenił jako zachęcające.

Nie wiemy jeszcze, jak długo przeszczepione narządy świni mogą funkcjonować w organizmie człowieka. Powinien być to dość długi okres, gdyż raczej nie ma szansy na to, żeby co roku wszczepiać pacjentowi nowy organ, nawet gdyby to była tylko nerka. Nie wystarczy też, że serce będzie pompowało, a nerki będą filtrowały. Pod tym względem już teraz nie ma większych zarzutów. Pytanie brzmi, jak w przypadku przeszczepionej nerki świni będzie działała erytropoetyna, hormon potrzebny do produkcji czerwonych krwinek. I jak będzie funkcjonował hormonalny cykl renina-angiotensyna-aldosteron, kontrolujący ciśnienie krwi i stężenie jonów.

Poważnym problemem jest też zagrożenie świńskimi patogenami, a szczególnie wirusami. Gdyby przeniosły się na człowieka, mogłyby być groźne dla ludzi, jeśli nawet świniom specjalnie nie szkodzi. Mówi się nawet o „biologicznej puszcze Pandory”, choć jest w tym dużo przesady. Jednak ryzyka takiego nigdy nie można bagatelizować. Temu też służą manipulacje genetyczne w DNA zwierzęcych dawców narządów.

W tych próbach nie chodzi tylko o wyeliminowanie antygenów cukrowych, powodujących natychmiastowe odrzucenie przeszczepu. Wydaje się, że tę barierę udało się już pokonać. Manipulacje genetyczne polegają również na inaktywacji zawartych w genomie świni sekwencji wirusowych. Jednak w tym przypadku nie wiadomo do jakiego stopnia uda się to osiągnąć.

LEPIEJ ZROBIĆ COKOLWIEK NIŻ NIC

Mimo trudności wielu czołowych transplantologów jest nastawionych optymistycznie do rozwoju ksenotransplantologii. Jednym z nich jest prof. John Wallwork, jeden z najbardziej znanych transplantologów brytyjskich, który przeprowadził pierwszą na świecie potrójną transplantację – serca, płuca oraz nerki.

Już w 2022 roku po transplantacji serca świni u Davida Bennetta powiedział, że lepiej przeszczepiać takie narządy tysiącu pacjentów z 70-proc. szansą przeżycia, aniżeli sto ludzkich serc dających 85-proc. gwarancję.

Na razie jednak serce świni nie daje pacjentom 70-proc. szansy przeżycia jednego roku. Prof. Wallwork zwraca jednak uwagę, że „choć nie jest ono tak dobre jak

Poważnym problemem jest zagrożenie
świńskimi patogenami, a szczególnie
wirusami. Mówi się nawet o „biologicznej
puszcze Pandory”

ludzkie, to jednak lepiej zrobić cokolwiek dobrego niż nic”. Jedynie w USA na przeszczep narządów oczekuje ponad 100 tys. pacjentów.

Według najnowszych informacji z początku czerwca ze szpitala Langone Transplant Institute w Nowym Jorku Lisa Pisano powróciła na dializy po 47 dniach od przeszczepienia nerki świni. Powodem usunięcia narządu nie była jednak reakcja odrzutu, jak wykazała biopsja, lecz niedostateczne jego ukrwienie na skutek wahań ciśnienia tętniczego krwi.

Postęp w ksenoprzeszczepach wciąż jednak trwa. Wydawało się, że trudno będzie przeszczepiać wątrobę od genetycznie zmodyfikowanej świni. To się jednak udało. Na początku czerwca 2024 roku po raz pierwszy na świecie dokonali tego chirurdzy ze Szpitala Stowarzyszonego Uniwersytetu Medycznego w Anhui w Chinach. Przeszczep pod kierunkiem dr. Suna Beichenga wykonano u 71-letniego pacjenta, który jest też szóstą osobą, która otrzymała narząd świni.

Ten chory również nie miał żadnej innej opcji leczenia. W prawym płacie wątroby rozwinął się u niego duży guz, który jeszcze się nie rozprzestrzenił ani nie wywołał przerzutów. Usunięcie tego płata wraz z guzem nie było możliwe, gdyż lewy płatek nie byłby w stanie utrzymać go przy życiu. A na

przeszczep ludzkiej wątroby się nie kwalifikował. I takich pacjentów z opcją ksenoprzeszczepu będzie coraz więcej

Ten rok można zatem uznać za szczególnie, jeśli chodzi o przeszczepy od świni, choć dopiero czas pokaże, czy będzie to rok przełomowy. Na razie z sześciu pacjentów poddanych tym transplantacjom do połowy czerwca przeżyło zaledwie dwóch. Stan pacjenta z przeszczepioną wątrobą w Chinach oceniany był jako dobry. Otrzymał on 514-gramową wątrobą 11-miesięcznej miniatury świni, która ważyła zaledwie 32 kilogramy. Dr Sun zapewnia, że nie wykazuje ona reakcji odrzutu i jak na razie nie wykryto w niej wirusa cytomegalii świni. Już pierwszego dnia po przeszczepie wydzielala 10 ml żółci, w 13. dniu jej produkcja wzrosła do 200–300 ml.

REKORDOWY ROK PRZESZCZEPÓW

W Polsce znaleźliby się chirurdzy, którzy przeszczepiliby serce, wątrobę lub nawet nerkę pozyskaną od zmodyfikowanej genetycznie świni, oczywiście gdyby w ogóle była taka możliwość. Zresztą takie próby podjął przed laty prof. Zbigniew Religa u dwóch pacjentów – bez powodzenia.

Nam pozostaje rozwijanie przeszczepów od dawców, a tak się składa, że wraz z rozwojem ksenoprzeszczepów na świecie my dopiero odrabiamy zaległości tradycyjnej transplantologii. W 2023 r. mieliśmy rekordową liczbę ponad 1800 narządów pozyskanych od zmarłych dawców, po zapaści w czasie pandemii. Tak dużej liczby transplantacji u nas nie udało się wykonać nawet w najlepszych pod tym względem latach, co miało miejsce przed ponad dekadą. W 2012 roku przeszczepiono 1546 narządów, a w 2013 roku – 1536. Potem nastąpiła stagnacja, a w kolejnych latach było już tylko gorzej.

Jest jednak szansa, że ta korzystna zmiana zostanie utrzymana. Do końca maja 2024 r. przeprowadzono 718 transplantacji. W tym samym okresie 2023 r. odbyło się u nas 606 przeszczepów. I oby tak było dalej. ●

Był czas przywyknać

Skoro po 1989 roku ustawodawca obrót lekiem i apteki potraktował jak handel, prawa popytu i podaży musiały zrobić swoje. „Zdziercy” w aptekach nie pracują dla misji, ale – jak przedstawiciele innych zawodów – za adekwatne wynagrodzenie.

MARIUSZ POLITOWICZ
CZŁONEK NACZELNEJ
RADY APTEKARSKIEJ



O ile mnie pamięć nie myli, statystycznie 90 proc. leków zażywamy w ostatnich 10 latach życia. Teoria z książek potwierdzona jest codziennymi obserwacjami tak farmaceutów, jak i lekarzy oraz osób opiekujących się seniorami.

Choć na liście bezpłatnych leków dla seniorów 65+ jest prawie 4 tys. pozycji, wydatki na medykamenty pochłaniają sporą część emerytur lub rent. Można nad tym ubolewać. Można również powiedzieć, że taka kolej życia. Gdy jesteśmy młodzi, dochody musimy wydawać na dzieci. Albo mieszkania lub domy. Albo jeszcze inaczej: pracujemy i zarabiamy, aby żyć.

Nikt nie choruje dla przyjemności lub fanaberii. Truizm, który moim zdaniem warto podkreślać także w rozmowach z pacjentami oraz członkami ich rodzin. Dlaczego? Nie ja jeden bardzo często spotykam się nie tylko z postawą roszczeniową, ale i dużą dozą agresji. Jak gdyby farmaceuta był winien cenom i odpłatnościami za leki oraz chorobom pacjenta. Przy całym zrozumieniu dla stanu zdrowia, w tym psychicznego, starszego pacjenta oraz zestresowania także jego opiekunów nie sposób zaakceptować jakiegokolwiek agresji wobec osoby, która – w tym wypadku – dostarcza leki, a więc pomaga.

Z drugiej strony, oczekiwanie, że ten, który zawodowo pomaga, czyli

farmaceuta, miałby to robić bez adekwatnego wynagrodzenia, „dla misji i etyki”, jest tyleż irracjonalne, co wręcz obraźliwe. Co więcej, pod adresem farmaceutów w aptekach rzucane są nieprzyjemne pytania w rodzaju „ile wy, dziercy, chcecie na nas zarabiać”? (Czy dla przeciwwagi, analogiczne pytania powinniśmy zadawać hydraulikom, piekarzom, fryzjerom, itp.?).

W dużym uproszczeniu: jeśli po 1989 r. ustawodawca, a więc przedstawiciele wszystkich bez wyjątku partii politycznych, obrót lekiem i apteki potraktowali jak handel, to prawa popytu i podaży musiały zrobić swoje. „Był czas przywyknać”.

W istocie opisywany problem ma rozwiązanie zero-jedynkowe. Albo klient/pacjent kupi samochód/leki i będzie je miał, albo nie kupi i nie będzie ich miał. Ze wszystkimi tego konsekwencjami. O ile lekarze i farmaceuci bezbłędnie rozumieją tę alternatywę, o tyle pacjenci – jeśli chodzi o leki – niekoniecznie. Dziwne, prawda?

Obawiam się, że nie doczekam czasów, kiedy pacjenci gremialnie dołączą do grona rozumiejących wspomnianą alternatywę. Im dłużej będą słyszeć o przyszłym im nieograniczonym prawie do „darmowej” opieki zdrowotnej, tym częściej – nie tylko w aptece – będziemy słyszeć o zdziercach winnych kłopotom zdrowotnym chorych. ●

Ponad 500 lekarzy dentystów w Serocku

Lekarze dentyści z różnych stron Polski, a także stomatolodzy z Litwy, wzięli udział w VIII Mazowieckich Spotkaniach Stomatologicznych (MSS), które odbyły się w dniach 14-16 czerwca.

Wśród wykładowców MSS była m.in. liczna grupa konsultantów krajowych i wojewódzkich oraz prezesów lekarskich towarzystw naukowych. Nie zabrakło również przedstawicieli władz uczelni medycznych.

Łącznie odbyło się ponad 30 wykładów i 9 sesji naukowych. W debacie poświęconej uzyskiwaniu kompetencji zawodowych i kształceniu medyków aktywny udział wzięli m.in. wiceprezes NRL Paweł Barucha i członek Prezydium NRL Dariusz Samborski.

– Okręgowa izba lekarska, organizując konferencję Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne, daje lekarzom dentystom szansę, by mogli rozwijać się pod kątem merytorycznym, ale też poznawać więcej meandrów systemowych, jak również wpływać na to, by w systemie opieki zdrowotnej stomatologia zaczęła odgrywać ważniejszą rolę niż do tej pory rolę – mówi prezes ORL w Warszawie Artur Drobniak.

MSS towarzyszyło wyjazdowe posiedzenie Prezydium NRL oraz ORL w Warszawie, w trakcie którego rozmawiano m.in. o klauzuli wyższego dobra w kontekście codziennej pracy lekarza dentysty oraz ogólnopolskich i międzynarodowych inicjatywach stomatologicznych z udziałem samorządu lekarskiego. Omówiono także wstępne wytyczne znalezionych wymagań sanitarno-epidemiologicznych dla gabinetów stomatologicznych i dyskutowano na temat modyfikacji systemu kształcenia. ●

MT

Źródło: NIL, OIL w Warszawie, inf. własna

PRAKTYKA LEKARSKA

Pacjent zero. Habituacja

MIECZYŚLAW DZIEDZIC
OŚRODEK DOKUMENTACJI HISTORYCZNEJ
ŚLĄSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

Zagrożenia epidemiczne nie są teoretyczne. Nie jest wykluczone, że przyszłością ludzkości jest ciągła walka z wirusami. Wpływ na naszą egzystencję będzie miało zarówno skuteczne leczenie, jak i adekwatne rozwiązania systemowe.

Krajowe doniesienia prasowe o potwierdzonym 4 marca 2020 r. pierwszym przypadku zachorowania w Polsce na COVID-19 (wołanego przez wirusa SARS-CoV-2 pochodzącego z Chin) skłoniły mnie do przypomnienia historii choroby innego polskiego „pacjenta zero”.

WSTĘPNA DIAGNOZA

W latach 80. spotkanie w Polsce osoby o czarnym kolorze skóry było prawie sensacją, a tym bardziej na korytarzu Szpitala Miejskiego w Gliwicach, gdzie pełniłem obowiązkowe dyżury przed specjalizacją. Zdarzenie to musiało prowokować pytania, ale pielęgniarki wyjaśniły, że wysoce, dość przystojny Afroamerykanin był „osobą odwiedzającą”. Siłą rzeczy duże zainteresowanie budził także sam pacjent, który został przyjęty 25 sierpnia 1986 r. na oddział chorób wewnętrznych, a do rodzinnego miasta i na wyraźne żądanie przywiózł go czarnoskóry przyjaciel z New Jersey. Zebranie wywiadu z chorym było utrudnione ze względu na stan ogólny, który określono jako ciężki i budzący poważne obawy co do rokowania. Zapis EKG w granicach normy, akcja serca miarowa, przyspieszona, tony ciche. Wyniki badań dodatkowych, zleconych przez lekarza dyżurnego izby przyjęć, nie dostarczyły wskazówek, które mogły ukierunkować rozpoznanie: morfologia krwi obwodowej obniżona, kreatynina, mocznik, próby wątrobowe, fosfatazy, glikemia – w normie, odczyn Biernackiego po godzinie = 6.

Wstępne rozpoznanie: choroba nowotworowa, morbus neoplasticus, anorexia mentalis, cachexia, anemia, eventus fere negativus. RTG klatki piersiowej wykazał „wzmocniony rysunek podścieliska, na tle którego widoczne są plamkowate

zagęszczenia miejscami zlewające się ze sobą”. Pobrano płwocinę na BK, posiewy. W rozpoznaniu różnicowym uwzględniano mesotheliomę, gdyż pacjent w Stanach Zjednoczonych był pracownikiem

Pierwsze przypadki zakażenia wirusem HIV w naszym kraju potwierdzono w 1985 roku

fabryki, w której przerabiano azbest. Późniejsze konsultacje z radiologami potwierdzały, że grzybica płuc – candidiasis – daje podobne objawy do azbestozy, a rozważano także sarkoidozę. Aby udokumentować konsekwentne dążenie do ustalenia rozpoznania, poprosiłem o spotkanie z ówczesnym ordynatorem III Oddziału Chorób Wewnętrznych – dr. med. Mieczysławem Buczkowskim i retrospektywnie uzyskałem ważne spostrzeżenia.

DWANAŚCIE GODZIN PÓŹNIEJ

Pacjent był wyniszczony, anergiczny ze stanem podgorączkowym, znacznie osłabiony i apatyczny, a rozległe zmiany grzybicze na śluzówkach jamy ustnej utrudniały przyjmowanie normalnych pokarmów. Wymagał szczególnej pielęgnacji. Czarnoskóry przyjaciel troskliwie opiekujący się chorym pomagał przy łóżku, przebierał, mył, przygotowywał specjalne papkowate posiłki, karmił, co wymagało akceptacji zaskoczonego zespołu pielęgniarstwa,

ale też wzbudzało empatię oraz szacunek. – Widać było, że on po prostu bardzo go kocha – skomentował dr Buczkowski.

Oczywistym było, że choroba nie zaczęła się nagle, a objawy narastały stopniowo. Mimo to pacjent nie przedstawił żadnej dokumentacji lekarskiej z leczenia w USA. Być może jego intencją było zatajenie danych anamnestycznych. Już wówczas docierały do Polski fragmentaryczne informacje o nowym zagrożeniu epidemicznym. Dane ze światowej literatury naukowej porównywane z obserwowanymi objawami u pacjenta sugerowały pogłębienie diagnostyki.

Wykonanie wysokospecjalistycznych badań immunologicznych nie było powszechnie dostępne. Dr Buczkowski, korzystając z osobistych kontaktów, zwracał się do Instytutu Hematologii i Państwowego Zakładu Higieny, aby przekazać próbkę krwi pacjenta do analiz.

– Od początku mieliśmy kliniczną pewność, że to jest pełnoobjawowy AIDS – potwierdza dr Mieczysław Buczkowski.

Pomimo intensywnego leczenia i początkowej nieznacznej poprawy stan ogólny chorego się pogarszał. Zgon nastąpił 7 września 1986 r. o 22.30, a pozytywny wynik potwierdzający pierwsze w Polsce zachorowanie na AIDS dotarł do szpitala 12 godzin później.

AUTORYTET ORDYNATORA

Dla epidemiologów istotne jest ustalenie etiologii i początku zachorowań masowych. Pacjenta,

który przeniósł patogen do środowiska i od którego rozpoczął się łańcuch zakażeń epidemicznych, oznaczano literą O (Out of – spoza zbiorowości, spoza danej populacji). W następnych relacjach literę alfabetu O pomyłono z cyfrą 0, stąd w powszechnym określeniu nowego zachorowania dziennikarze zaczęli używać określenia „pacjent zero”. Nie ulega wątpliwości, że opisany przypadek pełnoobjawowego AIDS był w Polsce pacjentem ZERO.

Pierwsze przypadki zakażenia wirusem HIV w naszym kraju potwierdzono w 1985 r. – u sześciu chorych na hemofilię, czterech mężczyzn o orientacji homoseksualnej i u jednej kobiety świadczącej usługi seksualne. Prasowe doniesienia o nowej śmiertelnej chorobie zaczęły docierać do społeczeństwa, a irracjonalny lęk przed osobami zakażonymi dotknął nawet lekarzy. Niektórzy odmawiali leczenia i wykonywania zabiegów operacyjnych, choć niebezpieczeństwo zakażenia w trakcie wykonywania obowiązków zawodowych w porównaniu z innymi chorobami wirusowymi, np. różyczką, było nikłe. Dość przypomnieć, że leczenie stomatologiczne osób z zakażeniem HIV było dostępne tylko w wydzielonej placówce w Gdańsku. W roku 1986 lęk przed nieznaną chorobą miał cechy powszechnej nozofobii, a chorzy byli stygmatyzowani we wszystkich przejawach życia. Odbywały się nawet publiczne protesty, które miały uniemożliwić ich pobyt w specjalnych ośrodkach zlokalizowanych w sąsiedztwie.

Asystenci zatrudnieni na oddziale dr. Mieczysława Buczkowskiego otrzymywali staranne wychowanie lekarskie pod względem zasad etycznych i rzetelne wykształcenie pod względem aktualnej wiedzy medycznej. Postępowanie z chorym na AIDS w gliwickim szpitalu było standardowe, a niebezpieczeństwo zarażenia się było uświadomione przez biały personel, co nie miało żadnego wpływu na jakość opieki. Z pewnością zadecydował o tym autorytet ordynatora. Kierowany przez niego oddział, poza profilem internistycznym, był także oddziałem intensywnego nadzoru kardiologicznego i pierwszym w województwie pozaklinicznym oddziałem dializ pozaustrojowych. Mimo że ordynator przeszedł na emeryturę w 1991 r., nadal jego wychowankowie, obecnie w liczbie kilkudziesięciu lekarzy i 32 specjalistów, zapraszają swojego Mistrza i Nauczyciela na coroczne spotkania. W tym roku takie

► Prezydent Andrzej Duda wręczył Mieczysławowi Buczkowskiemu Krzyża Oficerskiego Orderu Polonia Restituta w sierpniu 2022 r.

fot.: Kancelaria Prezydenta RP



spotkanie odbyło się także z okazji jubileuszu – 100. urodzin dr. Mieczysława Buczkowskiego.

Z CZASEM LĘK MALEJE

Po raz pierwszy problemem AIDS zajęła się sejmowa Komisja Zdrowia 28 lutego 1990 r.

Od początku epidemii HIV zaraziło się na świecie około 65 mln ludzi, z czego ponad 32 mln zmarło w wyniku AIDS. Dla porównania: na COVID-19 zmarło na świecie ok. 7 mln osób na prawie 700 mln zarażonych. W Polsce od początku pandemii zarejestrowano 7 mln infekcji SARS-CoV-2, które spowodowały śmierć ok. 120 tys. osób, w tym ponad 300 lekarzy. Opinię publiczną elektryzują doniesienia prasowe o „nowych” epidemiach, jak na przykład legionelloza na południu kraju czy kolejna fala zakażeń wywołana przez warianty wirusa SARS-CoV-2.

Dywagacje naukowców i epidemiologów śledczych rozpowszechniane przez dziennikarzy w tonie sensacji o „pacjencie zero” sprowadzają się do ustalenia, czy sztucznie wygenerowany wirus wymknął się z laboratorium, czy pierwszym chorym był steward linii lotniczych lub też konsument węża z targu w 11-milionowym mieście Wuhan.

Obecnie AIDS nie wywołuje lęku w społeczeństwie, pomimo że systematycznie wzrasta (rok do roku nawet dwukrotnie) liczba

potwierdzonych infekcji HIV (w Polsce 35 tys.), przy czym prawdopodobna liczba zakażonych jest dwa razy wyższa. Niebezpieczeństwo zachorowania nie jest już uświadamiane, spowszedniało, co nie oznacza, że zniknęło.

Oswojenie się z alarmującą statystyką i lekceważenie powtarzających się informacji, które wydają się nieistotne, powoduje, że przestajemy we właściwy sposób reagować na trwające zagrożenie. Ten naturalny mechanizm obronny neutralizujący powtarzające się bodźce nazywa się habituacją, co umożliwia dalsze funkcjonowanie jednostki i społeczeństwa. W odniesieniu do COVID-19 wprowadzone restrykcje administracyjne etapowo anulowano i życie całej populacji wracało do „normalności” sprzed okresu zagrożenia, mimo że warianty wirusa SARS powodowały i powodują kolejną falę zachorowań.

Pozytywnym skutkiem habituacji związanej z COVID-19 może być zmniejszenie wskaźnika nadmiernej śmiertelności, która wynikała z zakłóceń w funkcjonowaniu całego systemu ochrony zdrowia podczas pandemii, a w Polsce była rekordowo wysoka.

Nie zawsze ignorowanie alarmujących bodźców w mechanizmie habituacji działa na naszą korzyść, zwłaszcza gdy dotyczy to naszego zdrowia. Zagrożenia epidemiczne nie są teoretyczne.

FELIETON

Czasy nieomylnych odeszły w przeszłość

Nawet jeśli mniej doświadczeni czy mniej kompetentni dziewięć razy na dziesięć będą się mylić – warto ich słuchać. Pracownik, który czuje się słuchany i szanowany, będzie pracował lepiej, a ty jako ordynator nie stracisz ani grama swojego autorytetu.

Podobno Andrzej Wajda na każdym planie filmowym stosował taką metodę: stawał zagubiony pośrodku ekipy, przybierał smutną pozę i mówił: „No bezradny jestem. Nie wiem, kochani, zupełnie, jak tę scenę zrobić”. Następowało kilka sekund ciszy. Potem głos zabierał najodważniejszy z ekipy – zgłaszał pierwszy, nieśmiały pomysł. To ośmielało drugiego – też się odzywał. Następnie trzeci. Potem kolejni: piąty, dziesiąty. Siódmy zaczynał się o najlepszy pomysł na scenę kłócić z czwartym. Piąty popierał siódmego. Wajda się nie odzywał. Słuchał. W końcu wybierał jeden z pomysłów, dodając do niego coś od siebie. Dochodziło do zmian, czasem drobnych, czasami wręcz rewolucyjnych. Zdjęcia się zaczynały.

Mózg dorosłego człowieka składa się z około osiemdziesięciu pięciu miliardów neuronów. Być może ludzkie wybitni mają tych neuronów o kilkanaście procent więcej, tego nie wiem. Może przeciętne mózgi profesorskie bądź ordynatorskie są cięższe i bardziej sprawne niż rezydencje bądź asystenckie. Wciąż jednak to nie więcej niż sto miliardów neuronów. Jeśli w danym oddziale zespół lekarski liczy, założmy, dwadzieścia osób, to łącznie jest to neuronów bilion i siedemset miliardów. Znacząco więcej.

Bardzo lubię film „Bogowie” opowiadający o historii życia Zbigniewa Religi. Tytuł uznaję za niezbyt fortunny (jeśli ktoś z szanownych koleżanek i kolegów za Boga się uważa, to proponuję udać się na konsultację do odpowiedniego specjalisty). Mogło być jednak z tytułem

JAKUB SIECZKO
ANESTEZJOLOG



jeszcze gorzej. Mógł brzmieć „Bóg” i opowiadać wyłącznie o Relidze – samotnym, dzielnym wojowniku z zawsze opornym na zmiany systemem. Owszem, Religa w tym filmie jeździ, załatwia, operuje po

Zarówno mądrość, jak i głupota
mają to do siebie, że nie da się
ich udawać

nocach, kombinuje. Ale, może przede wszystkim, planuje i kłóci się ze współpracownikami. Nie zawsze są to kłótnie konstruktywne. Bywa, że kończą się wyrzuceniem oponenta z pracy; asystenci do Religi jednak zawsze wracają. Dawne zwady zostają odłożone na bok, a Religa, choć porywczy, pamięta, że od tego, kto ma rację, ważniejszy jest wspólny cel. Mają však do zrobienia rzeczy wielkie i dla polskich pacjentów, i dla

własnych karier. Religa się kłóci, Religa słucha, Religa przychodzi z pomysłami i zmienia zdanie na ich temat, kiedy okażą się głupie, mimo że jego własne.

Pracuję w lekarskim zawodzie od czternastu lat i zbyt wiele widziałem miejsc, w których jest zupełnie inaczej. Polskie szpitalne oddziały nierzadko są miejscem, w którym odbywa się osobiwa celebraz. Jest w relacjach pomiędzy przełożonym, starszymi i doświadczonymi lekarzami, a tymi, którzy do zawodu weszli kilka lat bądź miesięcy temu, prawdziwa przepaść. Obchód wygląda trochę jak królewski orszak, odprawa jak narada w królewskim gabinecie; rezydenci na każdym kroku czują, że są co najwyżej giermkami. Młodzi specjaliści paziami. Struktura jest sztywna, skrajnie zhierarchizowana, sposób zarządzania niemalże wojskowy – słowo ordynatora jest słowem świętym.

Oczywiście, że doświadczenie ma w medycynie znaczenie

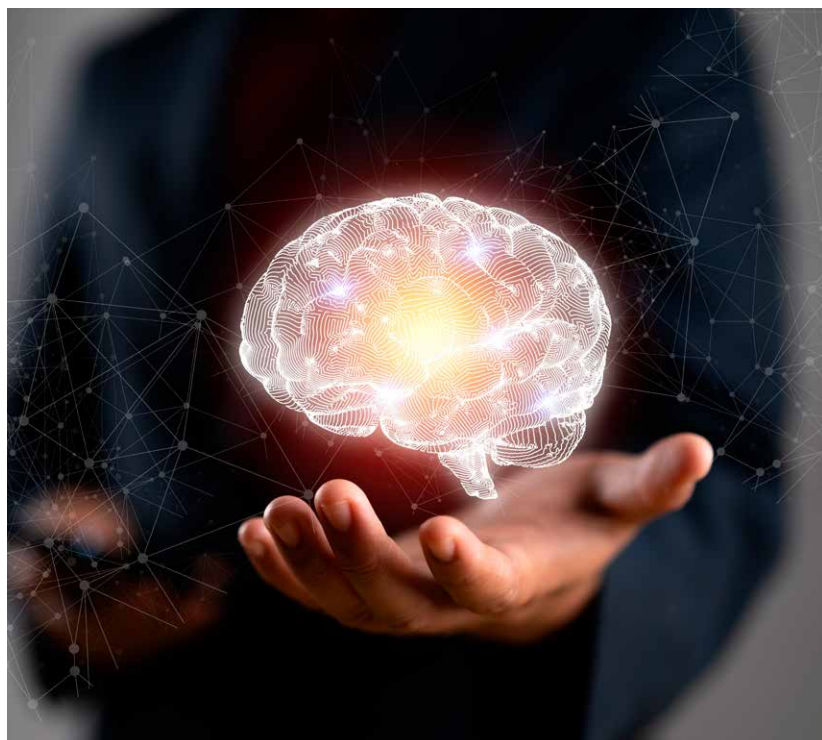
absolutnie kluczowe. Jasne, że szefami zostają zwykle ci, którzy się wyróżniają. Wciąż jednak mają oni tylko około osiemdziesięciu pięciu miliardów neuronów. Kreując się na nieomylnych bogów, pokazując raz po raz, że ich opinia jest ostateczna i nienegocjowalna, nie przyznając się do popełnianych błędów – ba, nigdy publicznie się nie wahając i nie dzieląc się swoimi wątpliwościami z zespołem – sami kopią sobie dołek. Czasy nieomylnych i oświeconych luminarzy odeszły bowiem w przeszłość. Zalew medycznych treści jest ogromny. Nikt, naprawdę nikt, choćby poświęcał temu cały swój czas wolny, nie jest w stanie śledzić wszystkich nowych doniesień, nawet tych dotyczących wąskiej specjalizacji lekarskiej. Jest 2024 rok. Wszyscy mamy internet. Nie ma takiego zasobu wiedzy, takiego artykułu, takich wytycznych czy opisów przypadków, do których dowolny lekarz w zespole nie jest w stanie dotrzeć w ciągu pięciu minut. To już nie te czasy, w których wybraniec jechał do ośrodka w którymś z krajów zza żelaznej kurtyny i przywoził z powrotem mnóstwo rewolucyjnych rozwiązań, o których nad Wisłą nie słyszano. Dziś żelaznej kurtyny nie ma, a dostęp do internetu jest taki sam w Amsterdamzie, Paryżu, Bostonie i Sandomierzu.

Jest takie popularne w Stanach Zjednoczonych zdanie: „A co, jeśli pomysł na lek na raka, jest zamknięty w głowie dziecka, którego nie stać na edukację?”. Argument ten ma przyświecać idei wyróżniania szans edukacyjnych. Ma być dowodem na to, że na docenieniu i wsparciu tych, którzy są na drabinie społecznej niżej, zyskamy wszyscy.

Jeśli jesteś ordynatorem nawet najbardziej prestiżowej kliniki, z masą tytułów przed twoim nazwiskiem na pieczęcie, po pierwsze gratuluję. To na pewno efekt wielu lat wyrzeczeń, połączenia talentu, determinacji i ciężkiej pracy. Pamiętaj jednak, pomysł na rozwiązanie problemu klinicznego, z którym nie dajesz sobie rady, może być zamknięty w głowie twojego najmłodszego rezydenta. Albo specjalisty, który cię irytuje. Emeryta, który przychodzi do pracy tylko raz w tygodniu, żeby nie stracić kontaktu z zawodem. Nawet jeśli jesteś mądrzejszy od nich wszystkich razem wziętych, nawet kiedy dajesz im przestrzeń do dzielenia się swoimi pomysłami i już gdy zaczynają mówić, wiesz zwykle, że są

► Dzięki internetowi nie ma takiej wiedzy, takiego artykułu czy wytycznych, do których dowolny lekarz w zespole nie jest w stanie dotrzeć w ciągu pięciu minut

foto: Shutterstock.com



one (i dlaczego) złe – uważaj. Masz tylko osiemdziesiąt pięć miliardów neuronów. Nie zmieścisz w nich wszystkiego. Nawet jeśli ci mniej doświadczeni czy mniej kompetentni dziewięć razy na dziesięć będą się mylić – warto ich słuchać. Po pierwsze, dlatego że pracownik,

Stwórz zespół z dobrą atmosferą,
z przestrzenią na otwarty dialog,
taki, w którym nikt nie boi się odezwać,
ze sporami, w których nie chodzi
o osobistą ambicję, ale o sprawę

który czuje się słuchany i szanowany, będzie pracował lepiej. Nie stracisz ani grama swojego autorytetu na tym, że cierpliwie wysłuchasz jego czy jej opinii. Oni wiedzą, kim jesteś. Zarówno mądrość, jak i głupota, mają to do siebie, że nie da się ich udawać. Po drugie, nawet jeśli mylą się dziewięć razy, to za dziesiątym mogą wpaść na pomysł, o którym ty nie pomyślałeś. To może być pomysł, który choć w jednym życiu – pacjenta,

którego sprawa dotyczy – może zmienić wszystko.

Być może Wajda zwykle wiedział, jak chce daną scenę zrobić, a jego poza była grą obliczoną na pozyskiwanie najlepszych pomysłów. Może Religa czuł, że jest lepszy, bardziej doświadczony od swoich kolegów. A jednak obaj, choć każdy inaczej, słuchali. Obaj mieli w sobie taki rodzaj autentyczności i szacunku dla innych ludzi, że ci chcieli z nimi pracować. Pewnie obaj byli bardzo ambitni. Osiągnęli przecież w swoich dziedzinach absolutne zawodowe szczyty. Osiągnęli je jednak również dlatego, że swoich współpracowników szanowali i słuchali. Ci współpracownicy zaś pracowali dzięki temu na nich. „Najlepiej jest czuć się częścią dobrego zespołu” – powiedział kiedyś Robert Baden-Powell, twórca skautingu. Stwórz taki zespół, z dobrą atmosferą, z przestrzenią na otwarty dialog, taki, w którym nikt nie boi się odezwać, ze sporami, w których nie chodzi o osobistą ambicję, ale o sprawę. Atmosfera takiego zespołu jest jak przypływ – unosi wszystkie łodzie. ●

Napisz do autora:
sieczko.gazetalekarska@gmail.com

NOWE TECHNOLOGIE

Trendy i wyzwania cyfrowej transformacji

DR N. MED. AGNIESZKA A. PAWLIK

Od technologii cyfrowych w medycynie nie ma ucieczki. Mają one potencjał zrewolucjonizowania opieki zdrowotnej – poprawy jakości świadczonych usług, personalizacji terapii i jednocześnie odciążenia lekarzy. Co trzeba o tych technologiach wiedzieć?

Transformacja cyfrowa w medycynie ma coraz większe znaczenie, a w związku z pandemią COVID-19 rozpędziła się już na dobre. Przewiduje się, iż wartość cyfrowego rynku zdrowia do 2027 r. wyniesie 256,30 mld dolarów przy rocznym tempie wzrostu przychodów na poziomie prawie 11 proc. Rewolucja technologiczna obejmuje integrację i wykorzystanie technologii cyfrowych oraz rozwiązań, których celem jest poprawienie dostępności do opieki zdrowotnej i efektywności leczenia pacjentów wraz z obniżeniem kosztów tej opieki. W jej skład wchodzi m.in. telemedycyna, sztuczna inteligencja (AI) oraz internet rzeczy (IoT).

To jednak nie tylko wprowadzenie nowych urządzeń. Nie wystarczy kupić oprogramowanie, które pozwoli na poprawę jakości leczenia, zwiększy wachlarz usług i ich bezpieczeństwo. Transformacja to przede wszystkim zmiana sposobu myślenia i metod pracy. To przemiana biznesowa i nade wszystko kulturowa. Pokusa koncentrowania się wyłącznie na aspekcie cyfrowym może stać się pułapką. W holistycznym, jedynym akceptowalnym podejściu do cyfrowej transformacji kluczowa okaże się uczciwość i rzetelność producentów, którzy wręcz mają obowiązek opierać się wyłącznie na dowodach naukowych. To jednak równolegle także problem zyskania zaufania samych pacjentów.

Niniejszy tekst to jedynie zasygnalizowanie haseł – definicji z zakresu cyfryzacji medycyny. Aspekt emocjonalny i etyczny całego procesu powinien zaś stać się stałym tematem dyskusji i wymiany opinii środowiska lekarskiego.

OPIEKA ZDALNA

Telemedycyna opiera się na nowoczesnych sposobach komunikacji, pozwalając na

konsultacje medyczne, które nie wymagają pilnego, bezpośredniego kontaktu z lekarzem ani konieczności wychodzenia pacjenta, najczęściej przewlekle chorego, z domu. Jednocześnie umożliwia ona wykorzystanie inteligentnych urządzeń do zdalnego monitorowania pracy organizmu pacjenta – np. czujników do monitorowania poziomu glukozy.

Zastosowanie i rozwój telemedycyny oznaczają optymalizację pracy lekarzy, ciągłość i poprawę jakości świadczonej opieki zdrowotnej, redukcję błędów ludzkich przez au-

Podczas używania AI konieczne jest respektowanie nadrzędnej roli wysokiej klasy ekspertów medycznych, tak z zakresu wiedzy statystycznej, jak i klinicznej

tomatyzację analizy danych oraz obniżenie kosztów opieki medycznej.

Nie brakuje jednak również wyzwań. Wśród nich są m.in. zapewnienie prawidłowej identyfikacji pacjenta oraz bezpieczne i skuteczne przesyłanie oraz przechowywanie danych wrażliwych. Niestety, brak bezpośredniego, wzajemnego kontaktu pacjenta i lekarza oraz bariery technologiczne niewątpliwie wciąż pozostają jej wadami.

SZTUCZNA INTELIGENCJA

AI jako kolejny element transformacji obejmuje analizę danych

pacjentów, projektowanie nowych leków i zautomatyzowaną diagnostykę. Sztuczna inteligencja ma potencjał zrewolucjonizowania opieki zdrowotnej. Jej wdrożenie to m.in. szybsze i dokładniejsze diagnozowanie chorób wraz z personalizacją terapii. To bardziej efektywne badania przesiewowe (algorytmy mogą wykrywać na podstawie badań laboratoryjnych czy obrazów medycznych bardzo wczesne oznaki chorób). Analiza tych danych – w połączeniu z danymi genetycznymi pacjenta, a nawet uzupełnieniem ich o te związane ze stylem życia – to szansa na przewidywanie ryzyka wystąpienia chorób przewlekłych, w tym cukrzycy, chorób układu krążenia i nowotworów.

Oddzielnym tematem jest wykorzystanie AI do biznesowego zarządzania placówkami medycznymi – np. ustalanie terminów wizyt, przewidywanie zwiększonego obciążenia podczas sezonowych wzrostów liczby chorych czy pilnowanie stanów magazynowych zapasów medycznych.

Z wdrożeniem AI do praktyki medycznej wiąże się jednak pewien problem. Aby w pełni wykorzystać jej potencjał, konieczna jest odpowiednia obróbka danych i prawidłowa ich analiza. Nieprawidłowe, niekompletne dane to prosta droga do błędnych wniosków i tym samym wadliwych decyzji klinicznych. Konieczne podczas używania AI jest więc respektowanie nadrzędnej roli wysokiej klasy ekspertów medycznych, tak z zakresu wiedzy statystycznej, jak i klinicznej.

Przy interpretacji wyników algorytmów sztucznej inteligencji nie można pomijać ich weryfikacji przez lekarzy. AI musi też budzić zaufanie pacjentów i nie może naruszać ich prywatności. Konieczne jest zatem zapewnienie odpowiedniej ochrony wrażliwych informacji medycznych (szyfrowanie, zabezpieczenia sieciowe). Standardy regulujące wykorzystanie sztucznej inteligencji wciąż są doprecyzowywane.

INTERNET RZECZY MEDYCZNYCH

Koncepcja Internet of Medical Things (IoMT) wywodzi się z idei internetu rzeczy (IoT) – sieci urządzeń komunikujących się ze sobą przez internet bez interwencji i nadzoru człowieka.

W tej odsłonie oznacza połączenie technologii cyfrowej ze światem medycznym. Najpopularniejsze dzisiaj są urządzenia, które pacjent może nosić przy sobie, czyli tzw. wearables: inteligentne zegarki, opaski, inne czujniki, dzięki którym śledzi on swoje zdrowie w czasie rzeczywistym. Jednocześnie jednak lekarz może otrzymywać automatycznie dane do analizy, które pomogą w podejmowaniu decyzji klinicznych. Ogromna ilość danych (Big Data) zebranych dzięki IoMT to nieoceniona pomoc w badaniach naukowych, w zrozumieniu złożonych zależności w medycynie. To również odkrywanie nowych wzorców leczenia i ulepszanie już istniejących.

IoMT już teraz pomaga w rehabilitacji i edukacji pacjentów, dzięki czemu poprawia wyniki leczenia i zwiększa zaangażowanie chorego w proces zdrowienia. To także druk 3D: spersonalizowanych implantów, protez, modeli anatomicznych.

CYFROWY BLIŹNIAK

Co więcej, IoMT wraz z analizą genomową pozwala na wykreowanie tzw. cyfrowego bliźniaka (Digital Twin), czyli wirtualnej kopii pacjenta, dzięki której można symulować różne scenariusze terapii. To miły krok w personalizacji medycyny, w której terapia jest dostosowana do indywidualnych cech genetycznych konkretnego pacjenta, zwiększając skuteczność i minimalizując ryzyko działań niepożądanych.

ROBOTYZACJA

Cyfryzacja w medycynie to również wykorzystanie narzędzi, takich jak roboty i systemy wbudowane. Roboty chirurgiczne (najpowszechniej wykorzystywany w Polsce to system da Vinci) pozwalają na przeprowadzanie operacji z niespotykaną wcześniej precyzją, przy absolutnie minimalnej inwazyjności. Dokładne cięcia i manipulacje, trudne do wykonania

► Algorytmy sztucznej inteligencji coraz częściej są wykorzystywane do analizy badań obrazowych. W tej dziedzinie maszyny sprawdzają się nawet lepiej niż ludzie

foto: Freepik.com



ręcznie, a możliwe przy użyciu robota, zmniejszają ryzyko powikłań, poprawiają wyniki leczenia i skracają pobyt w szpitalu.

Roboty rehabilitacyjne, w tym przede wszystkim egzoszkielety, wspierają natomiast pacjentów na etapie rekonwalescencji. Programowane są do wykonywania konkretnych ruchów, monitorują postępy pacjenta, indywidualizując tym samym terapię. Automatyzację zadań diagnostycznych realizują natomiast roboty diagnostyczne. Podczas biopsji czy przy wykonywaniu ultrasonografii osiąga się dzięki nim większą dokładność i powtarzalność procedur.

Tak zwane systemy wbudowane już od dawna towarzyszą medycynie (np. ciągłe monitorowanie parametrów życiowych, pompy insulinowe, rozruszniki serca). Ich rozwój, zdalne programowanie do wykonywania określonych funkcji, monitorowanie i konfigurowanie umożliwiają coraz szybszą reakcję na wszelkie nieprawidłowości prowadzące potencjalnie do zagrożenia zdrowia pacjentów.

POTENCJALNE WYZWANIA

Niestety, olbrzymie koszty zakupu i utrzymania robotów oraz wielkości systemów wbudowanych stanowią poważną barierę, zwłaszcza w krajach o niższym poziomie dochodów, co wymaga opracowania w przyszłości strategii finansowania i wsparcia. Również ryzyko cyberataków i przechwytywania danych wrażliwych wymaga odpowiednich działań z uregulowaniami prawnymi włącznie, by nie naruszyć zaufania pacjentów. Istnieje również potrzeba

gwarancji ze strony producentów zapewnienia interoperacyjności systemów, tak by możliwa była swobodna wymiana danych pomiędzy urządzeniami medycznymi i platformami komunikacyjnymi.

Niezbędne w tej dziedzinie jest także ustawiczne podyplomowe szkolenie personelu medycznego, co pozwoli na całościowe wykorzystanie potencjału robotów, obsługi urządzeń oraz interpretacji dostarczanych danych.

Transformacja cyfrowa w medycynie odbywa się na naszych oczach. Dla jednych jest objawieniem, inni boją się, że będzie niczym mieszanina ogonem diabła w medycynie. Okazją do stawiania pytań na jej temat, wskazywania wątpliwości, miejsc wymiany wiedzy i doświadczeń między specjalistami różnych dziedzin uczestniczących w cyfryzacji są m.in. konferencje. Pozwalają one na kształtowanie odpowiednich regulacji, ustalanie standardów i wytycznych. Czy to jednak wystarczy, by podejście do transformacji cyfrowej faktycznie miało charakter holistyczny?

Umieszczenie w znowelizowanym Kodeksie Etyki Lekarskiej punktu dotyczącego sztucznej inteligencji podczas majowego krajowego zjazdu lekarzy to zaledwie mały krok w tym procesie. Jednak zarazem miły dla polskich lekarzy i lekarzy dentystów.

Autorka bardzo dziękuje mgr. inż. Tomaszowi Jaworkowi, ekspertowi IT Infrastructure Architect, za nadzór merytoryczny przy pisaniu niniejszego tekstu

NOWE TECHNOLOGIE

Ostatni dzwonek przed wejściem w życie NIS2

PIOTR KOŚCIELNIAK

Czy polska ochrona zdrowia jest gotowa na nowe wyzwania w dziedzinie cyberbezpieczeństwa? Świadomość lekarzy i menedżerów rośnie, rosną też nakłady na ochronę IT, jednak placówki medyczne czeka w nadchodzących miesiącach prawdziwa rewolucja.

Ta rewolucja to wejście w życie europejskiej dyrektywy NIS2 ustanawiającej nowe, wyższe standardy w dziedzinie cyberbezpieczeństwa i odporności organizacji o krytycznym znaczeniu dla funkcjonowania społeczeństw Unii Europejskiej. Nakłada ona na podmioty nią objęte nowe obowiązki dotyczące szacowania ryzyka, budowania systemów ochrony IT, zapewnienia ciągłości działania, poddawania się audytom i raportowania o incydentach. Zaniedbania w tym obszarze sprowadzą na osoby odpowiedzialne wysokie kary finansowe. Niedostosowanie się do postanowień NIS2 będzie zatem nie mniej bolesne niż atak hakerski.

Wśród podmiotów objętych NIS2 znajdują się m.in. szpitale. Niestety, nie wszystkie takie placówki są przygotowane na poważne zmiany, które czekają je w perspektywie kilku miesięcy. Menedżerowie nie zawsze mają świadomość, że muszą podjąć odpowiednie działania, brakuje również standardów i dobrych praktyk w obszarze cyberbezpieczeństwa w zdrowiu.

KOALICJA DLA BEZPIECZEŃSTWA

Zmienić to ma Koalicja na rzecz cyberbezpieczeństwa w ochronie zdrowia zawiązana pod koniec maja w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej. W skład koalicji wchodzi Fundacja Healthcare Poland, Centralny Ośrodek Badań, Innowacji i Kształcenia NIL, Polska Federacja Szpitali oraz Krajowa Izba Domów Opieki. W podpisaniu projektu koalicji wziął udział Artur Drobnik, dyrektor Centralnego Ośrodka Badań, Innowacji i Kształcenia NIL, który wraz

z Łukaszem Sosnowskim, partnerem operacyjnym NIL IN, byli gospodarzami spotkania.

– Stoimy przed wyborem: albo będziemy dane naszych pacjentów intensywnie zabezpieczali, albo będą co jakiś czas wycieki i zarówno świadczeniodawcy, jak i pracownicy medyczni, które te dane wprowadzają, zostaną pociągnięci

Jednym z celów zawiązanej koalicji jest pokazanie właściwego standardu wdrożenia systemów cyberbezpieczeństwa i szacowania ryzyka, a także ułatwienie wyboru dostawców rozwiązań IT

do odpowiedzialności – mówił Artur Drobnik. Podkreślił, że jednym z zadań koalicjantów jest zdjęcie z lekarzy obowiązku sprawdzania, czy to, co wprowadzają do komputera, jest dobrze chronione.

– Jak wiemy, zagrożenia w obszarze cyberbezpieczeństwa, które obecnie dotyczą polski system ochrony zdrowia, są bardzo poważne. W związku z tym konieczne są działania w zakresie finansowania rozwoju systemów, które pozwolą te zagrożenia niwelować – tłumaczył Michał Dybowski z Fundacji Healthcare Poland, nawiązując do wojny na Ukrainie i jej skutków dla bezpieczeństwa informatycznego polskich

organizacji. – W harmonogramie mamy przewidziane w tym roku trzy wydarzenia, które pozwolą zarówno dyrektorom szpitali, jak i partnerom zademonstrować takie rozwiązania.

Jednym z głównych celów koalicji jest pokazanie właściwego standardu wdrożenia systemów cyberbezpieczeństwa i szacowania ryzyka, a także ułatwienie wyboru dostawców rozwiązań IT. To również przygotowanie personelu placówek medycznych do nowych regulacji i zapoznanie ich z dobrymi praktykami oraz użytkowaniem infrastruktury w taki sposób, aby uniknąć potencjalnych konsekwencji cyberataków. Koalicja będzie również doradzała, w jaki sposób uruchomić odpowiednie rozwiązania w najbardziej efektywny kosztowo sposób. Ma również prowadzić audyty cyberbezpieczeństwa dla szpitali oraz angażować się w projekty dotyczące bezpieczeństwa infrastruktury oraz usług telemedycznych.

Interesującą propozycję zgłosił natomiast prezes Polskiej Federacji Szpitali prof. Jarosław Fedorowski. Zwrócił uwagę, że dane pacjentów byłyby lepiej chronione, gdyby na kierunkach lekarskich wprowadzono nowy przedmiot poświęcony cyberbezpieczeństwu w zdrowiu.

CO JUŻ SIĘ UDAŁO ZROBIĆ

Stan przygotowań do wdrożenia dyrektywy NIS2 przez jednostki ochrony zdrowia krótko omówił Roman Łożyński, dyrektor Centrum



◀ Niedostoso-
wanie się
do postano-
wień NIS2
będzie nie
mniej bole-
sne niż atak
hakerski

foto: Freepik.com

Informatyki Resortu Finansów, wcześniej z-ca dyrektora Centrum e-Zdrowia ds. eksploatacji i bezpieczeństwa systemów teleinformatycznych.

– Działania podjęte na rzecz cyberbezpieczeństwa, szczególnie w zakresie podnoszenia kompetencji, spowodowały ok. 15-proc. poprawę, jeśli chodzi o zarządzanie ryzykiem i tworzenie kopii bezpieczeństwa – mówi Łożyński. – To wynik dwóch lat starań w celu ochrony placówek medycznych przed atakami typu ransomware. Jeżeli będziemy te działania kontynuować, to za kilka lat możemy się spodziewać znaczącego wzrostu poziomu bezpieczeństwa IT. Doprowadzimy do tego, że grupom APT (Advanced Persistent Threat – grupy prowadzące wyrafinowane ataki cybernetyczne przeciw infrastrukturze, często działające na zlecenie państw – przyp. red.) nie będzie się opłacało atakować polskich szpitali, bo będą zbyt trudnym celem.

Polskie placówki medyczne są obecnie atakowane przy użyciu ransomware rzadziej niż w 2022 r. – podkreśla Łożyński.

Elementem przygotowania do NIS2 było również uruchomienie pod koniec ubiegłego roku w Centrum e-Zdrowia CSIRT-u (Zespół Reagowania na Incydenty Bezpieczeństwa Komputerowego) dla sektora ochrony zdrowia. Na razie, jak podkreślił Łożyński, funkcjonuje on jako zespół wsparcia, ale już obecnie wypełnia założenia NIS2 i prowadzi odpowiednią komunikację ze szpitalami. Placówki medyczne są bowiem zobowiązane do przeprowadzenia odpowiednich analiz i przygotowania systemów cyberbezpieczeństwa przewidywanych przez unijną dyrektywę. Na szczęście, jak podkreślił były wicedyrektor Centrum e-Zdrowia,

świadomość wyzwań dla szpitali szybko rośnie.

CZASU CORAZ MNIEJ

Dyrektywa NIS2 ma wejść w życie 17 października. Wiadomo jednak, że rząd nie zdąży z procedowaniem nowelizacji ustawy o krajowym systemie cyberbezpieczeństwa. Biorąc pod uwagę przebieg procesu legislacyjnego oraz vacatio legis, krajowe przepisy implementujące NIS2 do polskiego porządku prawnego wejdą w życie najwcześniej w połowie 2025 r.

Czasu jest dużo tylko w teorii. Przygotowanie do wdrożenia nowych rozwiązań oznacza przeprowadzenie analiz, zakup sprzętu i oprogramowania, przygotowanie nowych umów z dostawcami usług IT, sprawdzenie łańcucha dostaw i zatrudnienie specjalistów ds. cyberbezpieczeństwa. – Myślę, że wielu menedżerów w ochronie zdrowia będzie zaskoczonych tym, że te nowe, bardzo daleko idące regulacje dotyczą także ich samych – mówi „Gazecie Lekarskiej” Michał Czarnuch z kancelarii Rymarz Zdort Maruta, ekspert w dziedzinie regulacji obejmujących bezpieczeństwo ochrony zdrowia.

KRAJOBRAZ WOJENNY

Światowe dane dotyczące podatności w placówkach ochrony zdrowia nie nastrajają optymistycznie. W ostatnim roku aż 91 proc. placówek ochrony zdrowia zostało zaatakowanych przez ransomware – wynika z Data Protection Trends Report 2023 firmy Veeam. W 2022 r. odsetek ten wyniósł 76 proc. Oznacza to, że

globalnie trzeci rok z rzędu cyberataki są najczęstszym powodem przestoju w działalności podmiotów z sektora ochrony zdrowia.

Efekt? Zaszyfrowanych lub zniszczonych zostało aż 39 proc. danych. Szpitale często decydują się na zapłacenie okupu za zaszyfrowane lub wykradzione dane. Nawet jeśli podejmą takie negocjacje z przestępcami, jedynie 55 proc. zasobów daje się odzyskać.

Według danych Agencji Unii Europejskiej ds. Cyberbezpieczeństwa ENISA przestępcy najczęściej atakują sektor ochrony zdrowia za pomocą ransomware (54 proc.). Włamania oraz ataki typu DDoS zmierzające do zablokowania serwerów to łącznie ok. 20 proc. W Polsce jednym z najbardziej znanych przypadków wycieku danych pacjentów w wyniku zastosowania ransomware był atak na sieć laboratoriów w listopadzie 2023 r.

Przybywa też grup specjalizujących się w tego rodzaju atakach na jednostki ochrony zdrowia. Działalność RA World, która przyznała się do wspomnianego wyżej ataku na ogólnopolską sieć laboratoriów diagnostycznych, jest obserwowana przez analityków od zaledwie nieco ponad roku. Z danych firmy WithSecure wynika, że liczba takich gangów szybko rośnie. Odpowiadały one za jedną czwartą wszystkich wycieków danych w atakach ransomware.

Przestępcy stosują też coraz bardziej wyrafinowane i trudne do odparcia metody. W lutym 2024 r. ok. 100 szpitali w Rumunii padło ofiarą ransomware Phobos. Incydent był spowodowany atakiem na łańcuch dostaw. Przestępcy najpierw naruszyli stworzony przez firmę trzecią system informatyczny do zarządzania procedurami medycznymi, z którego korzystały placówki, a stamtąd dostali się do danych sieci szpitali.

Wzrost zagrożenia cyberatakami na system ochrony zdrowia to niestety jeden z efektów przyspieszonej cyfryzacji tego sektora spowodowanej reakcją na pandemię COVID-19. Rośnie liczba użytkowników cyfrowych rozwiązań i wielkość zbiorów danych, co automatycznie oznacza zwiększenie powierzchni potencjalnego ataku. W Polsce z Internetowego Konta Pacjenta korzysta już ok. 17 mln użytkowników. W systemie wystawiono ponad 1,7 mld e-recept oraz 154 mln e-skierowań. ●

SAMORZĄD ZAWODOWY

Lekarz ma dbać o pacjenta, ale i o siebie

LUCYNA KRYSIAK
DZIENNIKARKA

Nie ma doskonałych recept pozwalających utrzymać higienę psychiczną. Pomocne jest dbanie o odpoczynek i urlop, dywersyfikacja zadań i wyrobienie w sobie rytuałów pozwalających przejść od sfery zawodowej do prywatnej – mówi
JOANNA ZAWANOWSKA, psycholożka i psychoterapeutka.

Co najbardziej obciąża lekarzy w pracy i w życiu prywatnym?

Lekarze to grupa zawodowa, która jest przygotowywana do intensywnej pracy i niezważania na swoje ograniczenia i potrzeby, obarczona ryzykiem wypalenia zawodowego. W pracy lekarze często prezentują styl radzenia sobie ze stresem zorientowany na zadaniu. Na stawienie to sprawdza się, kiedy są realne problemy do rozwiązania. Jednak w sytuacjach, na które lekarze nie mają wpływu, w obliczu bezsilności, taki styl jest mniej użyteczny. Wtedy bardziej przydaje się skoncentrowanie na emocjach. Tymczasem choroba terminalna, nagły zgon pacjenta czy inne nieprzewidziane okoliczności, a także ograniczenia systemowe, z którymi medycy muszą się mierzyć na co dzień, powodują u nich trudną do zniesienia bezradność, z którą radzą sobie gorzej. Dołączają do tego pocovidowe zmęczenie i frustracja oraz wciąż panujące w polskich placówkach ochrony zdrowia feudalne, hierarchiczne relacje między personelem medycznym a kierownictwem oraz w obrębie personelu różnych szczebli. Do tego dochodzi mobbing.

Mam wielu psychoterapeutycznych pacjentów-lekarzy, wspomniały ludzi, i słucham bardzo wielu trudnych historii. Złe zarządzanie organizacjami, nierealistyczne oczekiwania prowadzą do kumulacji stresu. A ujawnienie swoich problemów wiąże się z lękiem i wstydem wśród lekarzy, trudno np. pójść do innego lekarza psychiatry po pomoc. Zdaje się więc, że np. lekarze sami sobie wypisują recepty, co nie jest wskazane. A będąc w związkach małżeńskich z in-

► Ujawnienie swoich problemów wiąże się ze wstydem wśród lekarzy – mówi
Joanna Zawanowska



foto: archiwum prywatne

nymi lekarzami, wracają do domu i dalej ich głowy są w obrębie życia zawodowego.

Zaczęły się wakacje, czas na odreagowanie stresu. Ale czy lekarze to potrafią? Mogą się tego nauczyć?

W sugerowanym nowym przyrzeczeniu lekarskim, składanym przez studentów medycyny, zawarta jest klauzula, że lekarz ma obowiązek dbać nie tylko o pacjenta, ale i o samego siebie. Łatwo powiedzieć, trudniej zrobić, ale pewnych rzeczy można się nauczyć. Na szkoleniach i warsztatach, które organizuje Ośrodek Szkolenia działający w strukturze COBIK NIL będę wspólnie z uczestnikami przyglądać się tym zagadnieniom. Pokażę narzędzia zaczerpnięte z terapii CBT, ACT i CFT, ułatwiające radzenie sobie ze stresem. Istnieją

różne protokoły z obszaru komunikacji medycznej, takie jak Spikes albo Cuss, które służą do przekazywania trudnych diagnoz, komunikowania błędów medycznych itp. i których znajomość oraz stosowanie może zminimalizować ryzyka związane z niepewnością, zapobiec eskalacji. Zachęcam również do krótkich medytacji w podejściu CFT, skierowanych do osób pracujących w zawodach pomocowych, uspokajających i odświeżających umysł.

Nie ma doskonałych recept na utrzymanie higieny psychicznej, ale pomocne jest dbanie o odpoczynek i urlop, dywersyfikacja zadań i wyrobienie w sobie rytuałów pozwalających przejść od sfery zawodowej do prywatnej.

Co jeszcze robić, by odreagować?

Lekarze żeglują, grają w tenisa, oddają się różnym pasjom. Przydatna jest zasada dywersyfikacji, czyli odmienności. Dlatego warto korzystać np. z kontaktu z naturą lub ekspresji artystycznej – robić coś innego po pracy. Zachęcam np. do udziału w grupach Balinta, gdzie omawia się relacje z pacjentami w bezpiecznej atmosferze, lub spotkaniach medycyny narracyjnej, gdzie poprzez obcowanie ze sztuką zyskuje się szersze spojrzenie na swoją komunikację z pacjentem, ale także na samego siebie. Nieraz poszerza to świadomość i perspektywę sytuacji trudnych dla lekarza, nadając im nowe znaczenie.

Jak są zaplanowane tematycznie szkolenia COBIK?

Pierwsze z nich odbędzie się 30 lipca i będzie dotyczyło agresji, asertywności i uległości. Kolejne zaplanowano na 2-4 sierpnia. Tematem będzie radzenie sobie z lękiem, stresem i budowanie odporności psychicznej. Cykl zakończy temat wypalenia zawodowego. ●

JOANNA ZAWANOWSKA,
psycholożka i psychoterapeutka z Poradni Zdrowia Psychicznego dla Lekarzy i Studentów Medycyny, wykładowczyni na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym i w Szkole Psychoterapii Dialog.

Ośrodek Kształcenia

Naczelnej Izby Lekarskiej

Wakacyjny kalendarz szkoleń

Wakacje to idealny czas na odpoczynek i regenerację, ale również na zadbanie o kondycję psychiczną. W miesiącach lipiec – sierpień Ośrodek Kształcenia NIL przygotował dla Państwa szereg szkoleń z zakresu odporności psychicznej, wypalenia zawodowego, radzenia sobie z lękiem i stresem oraz budowania i wzmacniania asertywności.

- **24.07.2024** - Kariera, która daje długofalową satysfakcję - profilaktyka wypalenia jest tańsza niż jego leczenie
- **30.07.2024** - Agresja, asertywność, uległość
- **02-04.08.2024** - Radzenie sobie z lękiem, stresem i budowanie odporności psychicznej*
- **06.08.2024** - Wypalenie zawodowe: rozpoznanie, profilaktyka, jak sobie radzić w pracy lekarza?
- **07.08.2024** - Budowanie Odporności Psychicznej. Jak Zapanować Nad Codziennym Stresem
- **10.07.2024** - W trosce o pacjentów nie wystarczy dziś wiedza merytoryczna i empatia
- **17.07.2024** - Kontekst komunikacji, czy komunikacja kontekstów- czyli jak mówić by nas zrozumiano
- **19.08.2024** - Skuteczna Komunikacja W Erze Cyfrowej

W ofercie szkoleń Ośrodka Kształcenia znajdziecie Państwo również szkolenia dotyczące prawa medycznego, zarządzania, a także szkolenia zawodowe:

- **09.07.2024** - Kiedy władza nie przeszkadza - czyli jak budować zespoły i je rozwijać
- **11.07.2024** - Ochrona wizerunku lekarza
- **12.07.2024** - Zaburzenia hemostazy w bolusie dla Geriatrów i Internistów - Jak skoordynować opiekę nad pacjentem z nieoczekiwanym krwawieniem w szpitalu.
- **15.07.2024** - Funkcje i umiejętności menedżerskie w zarządzaniu podmiotem leczniczym.
- **19.07.2024** - Umiejętność wprowadzania zmian w organizacji*
- **22.07.2024** - Udzielanie pomocy pokrzywdzonym doświadczeniem przemocy według Światowej Organizacji Zdrowia
- **23.07.2024** - Blaski i cienie zespołowości, czyli o wpływie społecznym w praktyce
- **25.07.2024** - Jak się bronić w sprawie cywilnej przed roszczeniami pacjenta
- **29.07.2024** - Zarządzanie relacjami interpersonalnymi w podmiocie leczniczym
- **08.08.2024** - Umiejętność prowadzenia rozmów negocjacyjnych*
- **12.08.2024** - Tajemnica lekarska w postępowaniu karnym
- **20.08.2024** - Zaopatrzenie ortopedyczne w świetle zmiany rozporządzenia o wyrobach medycznych
- **21.08.2024** - Zaburzenia hemostazy w bolusie dla Ginekologów i Położników - Jak skoordynować opiekę nad pacjentem z nieoczekiwanym krwawieniem w szpitalu.
- **22.08.2024** - Marketing medyczny – jak robić to skutecznie i zgodnie z prawem
- **22.08.2024** - Transpłciowość - diagnoza i postępowanie
- **26.08.2024** - Odpowiedzialność prawna lekarza dentysty
- **29.08.2024** - Odpowiedzialność cywilnoprawna lekarza za błędy medyczne

*szkolenia stacjonarne

Zapisy na szkolenia:

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



szkolenia@nil.org.pl



(22) 559 13 00 wew. 507



NIL NA SZYBKO

Nie sprowadzajcie nas do roli dilerów

Znowu miałem streszczać wydarzenia miesiąca, ale kiedy zbliżał się deadline, pojawił się w Polsce temat opioidów z aptek.

JAKUB KOSIKOWSKI
RZECZNIK NACZELNEJ IZBY
LEKARSKIEJ



Jak to bywa w przypadku najszej klasy politycznej temat wybuchł, bo ktoś wrzucił filmy z osobami będącymi pod wpływem czegoś mocniejszego niż alkohol. Obraz był podobny do tego, co można zobaczyć w USA, stąd szybkie skojarzenie – fentanyl jako narkotyk właśnie dotarł do Polski. Dziennikarze wystąpili o dane, okazało się, że ofiar fentanylu są już w Polsce dziesiątki. Później okazało się, że liczba recept na oksykodon bez refundacji w cztery lata wzrosła o 700 proc., a na fentanyl o 100 proc. Media zaczęły się prześcigać w newsach z opioidami w roli głównej i w poniedziałek 17 czerwca obudziliśmy się w nowej rzeczywistości.

Recepty na opioidy są monitorowane. Ministerstwo Zdrowia będzie powiadamiać służby. I BARDZO DOBRZE. Piszę to świadomie jako rezydent onkologii, czyli de facto niemal diler opioidowych leków przeciwbólowych.

Dlaczego bardzo dobrze? Bo czas zapanować nad systemem e-recept. Nad receptomatami. Nad praktykami, które tłuką seryjnie recepty na opioidy. Nad niemal hurtowym

wykupem opioidów na kilkunastu pacjentów z rzędu przez jedną osobę w kilku aptekach po kolei. Takie są obecnie realia. To się dzieje i nie możemy udawać, że problemu nie ma, mimo że na szczęście problem zatruć opioidami według kolegów toksykologów nie jest jeszcze w Polsce znaczący.

Gdzie jest problem? W tym, że samorząd od ponad roku ciągle powtarza, co konkretnie trzeba zrobić z receptomatami, marihuanomatami i opioidomatami. Z handlem receptami i lekami w internecie. Od roku czekamy na zestawienie lekarzy, którzy przepisują duże ilości opioidów na 100 proc. bez wskazań medycznych, bo poznaliśmy tylko rekordzistów w liczbie wystawianych recept. Niestety, od ponad roku w resorcie non stop trwała kampania wyborcza i takie rzeczy nie były pilnie rozwiązywane.

Miejmy nadzieję, że w poniedziałek 17 czerwca zmieniło się podejście do problemu i w końcu zostanie on rozwiązany. Bo sprowadzanie nas do roli dilerów, bez możliwości złapania tych czarnych owiec, źle o nas świadczy.

O TYM SIĘ MÓWI

Klauzula wyższego dobra

Wyobraźmy sobie sytuację lekarzy stażystów kończących studia i przekraczających drzwi oddziału, w którym będą pracować. Obecnie pierwsze, co czują, to strach, a gdy nastąpią zmiany w obowiązujących przepisach, taki wchodzący w życie zawodowe lekarz będzie mógł realnie zająć się pacjentem. Lekarze będą czuli mobilizację, która zastąpi lęk. Celem jest profesjonalna opieka nad chorym, zgłębianie wiedzy, badanie, diagnozowanie i leczenie dla dobra pacjenta, zgodne z najnowszą wiedzą medyczną.

– Cieszy nas otwartość Ministerstwa Sprawiedliwości na rozmowy z samorządem lekarskim i prowadzenie prac dotyczących klauzuli wyższego dobra – zaznacza prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Łukasz Jankowski po spotkaniu z wiceministrem sprawiedliwości Arkadiuszem Myrchą, odpowiedzialnym za nowelizację Kodeksu karnego. Spotkanie dotyczyło znanego już ministrowi, postulowanego przez Naczelną Radę Lekarską projektu klauzuli wyższego dobra.

Wspólny medyczny rynek pracy

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Łukasz Jankowski, zabierając głos w panelu podczas Europejskiego Kongresu Gospodarczego, podkreślił, że Europa powinna być liderem w innowacjach i cyfryzacji w ochronie zdrowia oraz dążyć do stworzenia wspólnego europejskiego rynku pracy dla pracowników medycznych. Jego zdaniem wdrażając innowacyjne rozwiązania i dbając o wysoką jakość kształcenia, może być wzorem dla innych regionów świata. Zwrócił również uwagę, że Polska jako kraj, w którym cyfryzacja się rozwija, w tym cyfryzacja ochrony zdrowia, i z doświadczeniem we wdrożeniu e-zwolnień czy e-recept, może odegrać istotną rolę w budowaniu wizerunku lidera.

Neokierunki pod kontrolą

Stoimy na stanowisku, że przygotowanie uczelni do nauczania czegokolwiek sankcjonuje akredytacja PKA.

Przyjmujemy więc to ze zrozumieniem i cieszymy się, że ktoś zaczął się z tymi ocenami liczyć. Mamy nadzieję, że to oznaka dbania o jakość kształcenia, ale czekamy też na wyniki reakredytacji na tych uczelniach – mówi Jakub Kosikowski, rzecznik prasowy NIL.

Dziewięć uczelni z negatywną opinią PKA prawdopodobnie nie uruchomi w nadchodzącym roku akademickim naboru na kierunki lekarskie. Ostateczne decyzje co do przyszłości studiów medycznych na tych uczelniach zapadną po kontrolach PKA.

Bez aresztu dla Andrija K.

Prokurator krajowy Dariusz Korneluk wydał polecenie uchylenia tymczasowego aresztowania wobec ukraińskiego lekarza Andrija K. Wskazuje, że w sprawie konieczne jest uzyskanie opinii biegłych, by ustalić, czy decyzje podejmowane przez lekarza rezydenta wobec pacjenta były prawidłowe. Naczelna Rada Lekarska zwróciła się wcześniej do ministra sprawiedliwości i prokuratora generalnego o objęcie postępowania nadzorem. Zdaniem NRL to sprawa dużej wagi ze względu na jej charakter oraz katastrofalne skutki społeczne, jakie może wywołać dla lekarzy i pacjentów. „Różnica między ewentualnym błędem medycznym fachowego pracownika medycznego a zabójstwem jest ogromna i nie można dopuszczać do jej zacierania” – zaznaczyła NRL w swoim piśmie.

MÓWIĄ O NAS

Nowelizacja KEL

W rozmowie z portalem Medycyna Praktyczna prezes NRL mówił o zmianach w Kodeksie Etyki Lekarskiej przyjętych przez krajowy zjazd lekarzy podczas ostatniego NKZL w Łodzi. „W mojej ocenie kluczowy sukces to zjednoczenie środowiska ponad podziałami w sprawach dla nas fundamentalnych. Kodeks Etyki Lekarskiej był nowelizowany 21 lat temu. Polska nawet nie była wtedy w Unii Europejskiej. Przez te dwie

dekady zmieniło się bardzo wiele, funkcjonujemy w zupełnie innej rzeczywistości. I była już zdecydowanie najwyższa pora, by KEL do tej rzeczywistości dostosować” – podkreśla na łamach mp.pl Łukasz Jankowski.

Znieczulenia okołoporodowe

Należy zapewnić każdej rodzącej kobiecie dostęp do znieczulenia w czasie porodu. Wprowadzenie przez NFZ współczynników korygujących dla tych szpitali, w których się to zapewnia, może korzystnie na to wpłynąć, tym samym przyczyniając się do poprawy komfortu i bezpieczeństwa kobiet” – mówi dla serwisu Termedia.pl Klaudiusz Komor, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej komentując projekt mister zdrowia, w którym przewidziano poszerzenie dostępności do świadczeń związanych ze znieczuleniem do porodów zakończonych drogami natury. Wcześniej NRL wystosowała do prezesa Rady Ministrów apel o podjęcie kompleksowych działań organizacyjnych, finansowych i prawnych w tej sprawie.

Psychiatria dzieci i młodzieży

Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży było tematem III Konwentu Nauk o Zdrowiu w Akademii Nauk Stosowanych Stefana Batorego w Skierniewicach. Spotkanie zainaugurował wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej Mateusz Kowalczyk, który mówił o systemie organizacji systemu ochrony zdrowia psychicznego i potrzebach, jakie są w tej dziedzinie. „Od roku 2019 do 2022 r. u osób do 13. roku życia, od 70 do 80 proc. wzrosło zapotrzebowanie na korzystanie z opieki psychiatrycznej. Natomiast jeżeli chodzi o młodzież, czyli osoby po 13. roku życia, niestety wzrost jest lawinowy,

bo o ponad 160 proc. To pokazuje pewną tendencję i pokazuje też, jak dużo mamy jeszcze do zrobienia, żeby faktycznie im nieść pomoc” – zauważył Mateusz Kowalczyk w rozmowie z Radiem Łódź.

Zero złotych na stomatologię

Paweł Barucha, wiceprezes NRL i przewodniczący Komisji Stomatologicznej NRL, w wypowiedzi cytowanej przez Infodent24.pl, odniósł się do prognoz pogłębiania się problemu dostępu do lekarzy dentyistów już pod koniec 2024 roku. „Spadek środków na stomatologię w 2024 r. spowoduje znaczne zmniejszenie możliwości leczenia pacjentów w ramach NFZ. Wprowadzono nowe procedury bez pokrycia w środkach. Dosłownie wskazano zero złotych jako skutki finansowe. Stomatologia nie jest postrzegana jako niezbędna do utrzymania zdrowego społeczeństwa, chociaż już dawno udowodniono znaczący wpływ zdrowej jamy ustnej na cały organizm. Niestety, ale cofamy się. Zarzucono programy profilaktyczne i edukacyjne dla dzieci, co bardzo źle wróży na przyszłość” – alarmuje wiceprezes NRL.

Liderki ochrony zdrowia

Zdaniem Marii Kłosińskiej, kierowniczki działu komunikacji w NIL i przewodniczącej zespołu Matek Lekarek przy OIL w Warszawie, a prywatnie mamy czworga dzieci, fakt, że kobiety godzą wiele ról w życiu i potrafią się dostosowywać do zmian, przemawia tylko na ich korzyść. Zwłaszcza w branży, jaką jest ochrona zdrowia – pisze serwis RynekZdrowia.pl, odwołując się do debaty na temat kobiet w ochronie zdrowia organizowanej w ramach XVI Europejskiego Kongresu Gospodarczego.

SAMORZĄD ZAWODOWY

Lepiej dać przykład niż tabliczkę z przykazaniem

MARIA KŁOSIŃSKA

W dzisiejszym modelu kształcenia lekarzy nie ma relacji uczeń – mistrz. Zaniedbaliśmy również umiejętność szczerej komunikacji z pacjentem. Obawiam się fелczeryzacji naszego zawodu – mówi prof. dr hab. n. med. [JADWIGA MOLL](#), wieloletnia kierownik i współzałożycielka Kliniki Kardiologii Dziecięcej Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi.

Jest Pani konsultantem wojewódzkim w dziedzinie kardiologii dziecięcej, była pani szefową kliniki. Co trzeba poświęcić, żeby osiągnąć tak wiele?

Poświęcenie to takie słowo, które się kojarzy z tym, że trzeba coś rzucić, zostawić, a czemu innemu dać miejsce. Natomiast w medycynie pierwsza najważniejsza rzecz to ta, że trzeba lubić to, co się robi. Jeżeli ktoś tej pracy nie lubi, jeżeli wręcz go męczy, to nie powinien zostać lekarzem. Niezależnie od późniejszego wyboru specjalizacji, jeżeli się to lubi, to praca staje się powołaniem. Może to zabrzmieć górnolotnie i staromodnie, ale uważam, że tak w istocie jest. Wówczas z biegiem czasu ta praca staje się przyjemnością. Ja mimo 50 lat pracy wciąż mam wiele radości i satysfakcji, przyjmując pacjentów.

Czy wykonywanie zawodu lekarza z takim oddaniem i przeznaczanie tak wiele czasu na przebywanie z pacjentem oznacza, że cierpią na tym najbliżsi?

Wszystko zależy od tego, jak się to w domu ustawi. U nas od początku naszej pracy zawodowej były dzieci. I dzieci wzrastały w atmosferze, że rodzice mają takie zajęcie. Czasem nawet dzieci mówiły: „Mamusi, ale ja jestem Marysia, a ty mówisz ciągle o Krzysiu czy innym dziecku”, bo te rozmowy między mną a mężem odbywały się np. przy rodzinnym stole, przy niedzielnym obiedzie.

Na pewno jest tak, że są momenty, kiedy praca trochę przeważa. I wtedy dzieci cierpią. Ale z drugiej strony jest czas, kiedy trzeba z pracą troszeczkę zwolnić i poświęcić czas dzieciom, żeby czuły miłość i dobroć. Ale to nie znaczy, że cały czas je trzeba przytulać. Najważniejsze jest to,

jak jest w domu, jaka jest relacja między mamą i tatą, i dziećmi. Te dobre relacje potrafią jakoś wszystko złagodzić.

Pierwsze dziecko urodziła Pani na studiach, drugie na stażu. Jest Pani żoną lekarza, mamą czworga dzieci, babcią. To przykład, że życie zawodowe i rodzinne można łączyć, że one się nawzajem napędzają. Czy czasem trzeba wybierać, czy raczej być cierpliwym i czekać, aż przyjdzie dobry moment, żeby wszystkie plany zrealizować?

Są pewne wybory, które muszą zostać podjęte w danym momencie. Byłam zawsze bardzo ambitna. Na studiach miałam wiele aktywności, były działania w towarzystwie naukowym, pisałam prace. Ale serce nie służy, nie zna, co to pany. Pojawiło się wielkie uczucie, miłość, małżeństwo. I rezultat tego małżeństwa: dzieci. W tym pierwszym okresie było łatwiej. Kończyłam studia medyczne i nie musiałam być od rana do wieczora w pracy. Na stażu też mi było relatywnie dość łatwo. Zylisimy troszkę inaczej niż teraz i byliśmy bardzo młodzi. Mówili o nas harcerzyki, bo gdzie jechaliśmy, to zabieraliśmy dzieci.

Teraz jest inny styl życia, są różne udogodnienia. Przedtem nie było nawet jednorazowych pieluch ani jedzenia w słoiczku. Ale uważam, że bardzo wiele w życiu można pogodzić, chociaż nie mówię, że zawsze jest to łatwe.

Jest Pani z wielopokoleniowej rodziny lekarskiej. Państwa dzieci i ich mężowie albo żony również obrały taką ścieżkę zawodową. Tak po prostu wyszło? Czy pchnęła Pani ich na odpowiednią ścieżkę kariery?

Moja mama była pediatrą. Od przedszkola też chciałam być pediatrą, bo ciągle widziałam, jak mama leczy pacjentów. Wszystkie moje misie były przebadane. Nawet robiłam im zastrzyki, więc były pełne wody. Natomiast mój ojciec był ginekologiem, a później wiele lat pracował w Afryce jako lekarz i też mogłam tam zobaczyć troszeczkę inną medycynę. W zasadzie nie miałam w tej sprawie wątpliwości, za to mój mąż chciał zostać inżynierem – i nim został. Ale później podjął studia lekarskie.

A dzieci?

Medycyna to był ich wybór. U nas 50 proc. dzieci zostało lekarzami. Pytanie, czy to dużo, czy mało? Dwie córki nie są lekarzami. Syn poszedł w ślady męża, czyli kardiochirurga. Córka poszła w moje ślady, czyli pediatrą.

Widzę, jak wiele się zmieniło – w naszych dziedzinach dokonał się ogromny postęp. Pamiętam, że rodziły się noworodki, o których wiedzieliśmy, że umrą. I to umrą w krótkim czasie, bo nie było możliwości pomocy. Później, gdy rozwinęła się kardiochirurgia noworodka w ICZMP, te kilkuniedniowe dzieci mogły być operowane i dalej żyć. Teraz widzę tych

naszych pacjentów już jako dorosłe osoby, często z ich dziećmi. To jest cała radość z pracy, którą zrobiliśmy.

Pani dom jest wypełniony wnukami, dziećmi jak również rozmowami o medycynie, rozmowami o pacjentach. A czy rozmawia Pani z dziećmi na temat zawodu i odpowiedzialności zawodowej?

Nie mówię do nich: siadamy i słuchajcie dzieci, teraz porozmawiamy sobie, jaka to powinna być odpowiedzialność. One widzą i wiedzą, co się dzieje, jak to jest, że o drugiej godzinie dzwoni telefon, bo dzwoni mama Krzysia, bo Krzysiek zagorączkował, a jest to dziecko z ciężką wadą. Nie było tak, że ktoś dzwonił i nie mógł się dodzwonić. Nie było tak, że mąż nie odebrał, nie pojechał, żeby załatwić sprawę, żeby zoperować. I dzieci to widziały. To nie jest danie tabliczki z przykazaniem, tylko danie przykładu.

Gdyby miała Pani wskazać jedną najważniejszą u lekarza cechę, to byłaby to...

Uczciwość. Ale trzeba być też rzetelnym i kompetentnym.

No właśnie – kompetencje. Pani jako nauczyciel akademicki zna problemy związane z kształceniem lekarzy od podszewki.

Dziś nie ma modelu uczeń – mistrz. Wykłady na studiach, może i wspaniałe, są przeprowadzane online. Mniej jest kontaktu między studentami, a w moich czasach znaliśmy się całym rocznikiem. Dlatego teraz, po tak długim czasie, wciąż się spotykamy.

Wybija się również problem braku możliwości ćwiczenia, praktyki, obycia z pacjentem. Możemy pacjenta zbadać, ale brakuje ćwiczenia budowania relacji pacjent – lekarz. A co z tego wynika, brakuje umiejętności mówienia pacjentowi o tym, jak wygląda choroba w kontekście całego jego zdrowia i życia. Uważam, że dobre podstawy są bardzo ważne. Podkreślam – dobre podstawy. Kiedy leczymy chorego człowieka, powinniśmy łączyć właśnie te dobre podstawy z praktyką. Powinniśmy wiedzieć, że ten objaw występuje, bo jest taka a nie inna przemiana biochemiczna, bo jest farmakokinetyka. Solidne podstawy są wtedy, gdy najpierw jest trochę tych nauk podstawowych, a później dołącza praktyka. To jest naprawdę bardzo, bardzo ważne i tego trzeba wymagać, a nie tylko testowo sprawdzać wiedzę.

Dziś można mieć wrażenie, że nowe kierunki lekarskie na niektórych uczelniach przedkładają ilość nad jakość. Niektórzy uważają, że jest to prosta droga do katastrofy. Czy Pani się z tym zgadza?

► Kiedy leczymy chorego, powinniśmy łączyć dobre podstawy z praktyką – przypominam Jadwigę Moll. Na zdjęciu z autorką rozmowy Marią Kłosińską



Uważam, że na uczelni, która ma dobre podstawy zarówno lokalowe, jak i personel dydaktyczny, powinno się zwiększać liczbę studentów. Obawiam się pewnej felczyzacji, gdy w modelu kształcenia lekarzy jakość przechodzi w ilość. Oczywiście, powinna być dobra produktywność, choć to jest trochę brzydkie słowo, w tej dużej liczbie lekarzy, która ma być wykształcona.

To prawda, lekarze na pewno są potrzebni. Pytanie, czy zajmują się tym, czym powinni, kiedy są tak bardzo obciążeni biurokracją.

Ważne jest, abyśmy jasno podkreślali, że u nas niestety normą jest to, że kardiochirurg zamiast operować, siedzi i wypełnia karty. Jedną, drugą, trzecią, dziesiątą. Robi to, zamiast nagrywać na dyktafon opis operacji, który później mogłaby przepisać sekretarka. Można zintensyfikować pracę, niekoniecznie myśląc, że trzeba nam jak największej liczby lekarzy. Podobnie potrzeba działań, aby była możliwość przeprowadzania większej liczby ambulatoryjnych zabiegów, zamiast w szpitalu. To wszystko wymaga przeorganizowania i personelu medycznego, innego niż lekarze. Lekarz mógłby wykonać dziesięć razy więcej zadań typowo lekarskich.

Gdyby lekarz mógł poświęcać większość swojego czasu na badanie, leczenie i diagnozowanie pacjenta, a nie na określanie refundacji czy, nie daj Boże, numerowanie historii choroby, to pewnie nie miałby wrażenia, że marnuje

czas na czynności poniżej jego kompetencji.

Tak. Za zupełny paradoks uważam konieczność numerowania stron historii choroby przez lekarza, szczególnie historii choroby pobytu pacjenta na intensywnej terapii, która czasem obejmuje kilkaset stron. Jeden z naszych kolegów pisał, że to ponumerowane zajęło mu sześć czy nawet osiem godzin. To oczywiście jest absurd. Miejmy nadzieję, że organizacja pracy będzie się zmieniać.

Jest Pani osobą, która umie okazywać wsparcie. Mówią to pani najbliżsi, mówią to również współpracownicy. Pamiętam, że była Pani jedynym profesorem, który wyszedł na konferencję prasową w Centrum Zdrowia Matki Polki, kiedy lekarze protestowali, wypowiadając klauzulę opt-out po głodówce w 2017 r. Jakiego wsparcia dziś potrzebują lekarze?

Muszą czuć, że mają w mojej osobie kogoś, do kogo mogą się zwrócić z różnymi problemami. Z drugiej strony, lekarze powinni czuć, że popieramy słuszne założenie, tak jak to było w czasie tych protestów. Całym sercem byłam za tym, żeby tupnąć nogą. Chociaż jestem przeciwna odchodzeniu od łóżek i pozostawieniu pacjentów, to myślę, że nie może być tak, że lekarz da sobie zawsze radę i musi zadowolić się niską pensją. Lekarz powinien w szpitalu zarabiać tyle, żeby nie musiał biegać po innych placówkach medycznych. ●

Pełną wersję rozmowy można przeczytać na internetowej stronie GL.

PO GODZINACH – POEZJA

BARBARA RYSZ-POSTAWA



fot.: materiały prasowe

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

Urodziła się w Krakowie, ukończyła Wydział Lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum. Jest onkologiem klinicznym. Stara się leczyć ludzi, nie ich choroby. Od wielu lat pasjonuje się medycyną chińską. Uprawia qigong – chiński system ćwiczeń prozdrowotnych. Ukończyła szkołę tradycyjnej medycyny chińskiej i akupunktury, zdobyła zawód akupunkturzysty. Piszze od dzieciństwa, ale sporadycznie – czasem wiersze, czasem prozę. W konkursie literackim po raz pierwszy wzięła udział w 2016 r. i otrzymała wówczas wyróżnienie. Od tego czasu jej wiersze doceniono kilkakrotnie. W VII edycji konkursu w 2018 r. zajęła drugie miejsce, w IX edycji w 2020 r. – trzecie. W XIV Ogólnopolskim Konkursie Poetycko-Prozatorskim „Puls Słowa” w 2023 r. uzyskała pierwsze miejsce. Od 2022 r. należy do Unii Polskich Pisarzy Lekarzy.

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

rocznica

proszę cię tylko
nie mów nic
co najwyżej zapytaj
czy zaparzyć herbatę
i posiedź ze mną
kolejny rok
przy parującym kubku
cichego szczęścia

ucieczka

muszę jutro wyjechać
na dłużej
nie wiem dokąd
nie wiem jak się spakować
nie mogę już tu naprawdę
nie wiem co będzie dalej
mam już wszystkiego dosyć
dlaczego to się nie klei
tyle wysiłku na nic
jak długo to jeszcze potrwa
i znowu w kółko to samo
no przecież wiem że zostanę
dokończę lepić pierogi
po śladach mąki na stole
odnajdę drogę powrotną

EPIKRYZA (139)

Balladyna

Od ponad dziesięciu lat organizuję wycieczki teatralne. Najczęściej jednospektaklowe. Pojechać. Obejrzeć. Ocenic. Wrócić. Stresującym wyzwaniem eskapady jest zawsze wybór przedstawienia, a dopiero później logistyka: zebranie grupy, finansowanie, zamówienie biletów i wynajem autokaru. Satysfakcja współwidzów nigdy nie jest gwarantowana, ale zbiorowa recenzja ma niepowtarzalny wymiar.

JAROSŁAW WANECKI
PEDIATRA, FELIETONISTA



Raz w roku porywam się na wyjazd trzydniowy. Kilka sztuk w wielu miejscach. Ciąg wrażeń różnorodnych, w tym zwiedzanie okolicy, spotkania z aktorami, reżyserami i dyrektorami teatrów. Autografy, zdjęcia i rozmowy. Dzielenie się refleksjami: złością lub zachwytem. Przeklinanie scenicznych przekleństw. Zaklinanie pogodowych prognoz. Snucie planów na kolejne wycieczki. Teatralna mapa, której nie sposób ogarnąć indywidualnie, a coś dopiero zespołowo. Warto jednak marzyć, zanim grom z jasnego nieba uderzy w romantyczną wiarę w nieśmiertelność i nadzieję, że wszystko się może zdarzyć.

Gardzienice to miejsce praktyk teatralnych, które od razu zachwyciło ogół. Pierwszy dzień wyprawy na Lubelszczyznę okazał się strzałem w dziesiątkę. Maraton z Eurypidesem i mędrkami antyku: muzyczny, rytmiczny, żywiołowy i cudnie pierwotny, przeniósł publiczność na grecką orchestrę, jednoznacznie udowadniając, że wszystko już było. Nieszczęśliwa miłość. Walka o władzę. Zdrada. Piękne idee i brzydkie uczynki. Przemoc w imię wyższych racji. Emocje, które decydują o następujących po sobie faktach. Fakty pobudzające wyobraźnię i odwet.

Zaproszenie do obejrzenia lektury szkolnej jest zawsze ryzykowne. Bałem się nowej realizacji „Balladyny” w lubelskim Teatrze im. Juliusza Osterwy. Bałem się aż do pierwszej sceny, a później już tylko pochłaniałem słowa Słowackiego, serwowane na początku w konwencji komedii dell'arte, by w finale celnie trafić piorunem w grzeszne sumienie zbieraczy malin. Bez błyskawic fotograficznych fleszy, które wynoszą w górę celebrytów współczesności, karmiących gmin okrucieństwem słów, cynizmem gestów, fałszywym świadectwem plotek, koniunkturalnością umów i grą na cudzym boisku. A wszystko dzięki zachwycającej przemianie Kamili Janik

w doskonale rozpisanej przez Jana Hussakowskiego partyturze i Go-planie, jakiej świat nie widział – na inwalidzkim wózku, nieśmiertelnej w bólu i pragnieniu czułości, z cewnikami, kroplówkami, drenami, z ironicznej bajki o medycynie – i kreacji Jolanty Rychłowskiej, której nie można zapomnieć.

Dramat lubelskiej Balladyny toczy się w szmirowatej scenografii z ekranami smartfonów i pазłotkiem tronu. Na ekranach przewijane są didaskalia i odpowiedzi rodem ze szkolnych bryków z wytłuszczonymi cytatami do zapamiętania przed maturą. Konwencja symbolicznych rekwizytów i przebrań oraz brawura scen groteskowych rozbrajają nawet najbardziej elokwentnych znawców kanonu. Dominuje klarowny wykład, co Słowacki mówi nam zza grobu, a co za tym idzie, dlaczego wielkim poetą był. Mamy zatem: nieszczęśliwą miłość, walkę o władzę, zdradę, piękne idee i brzydkie uczynki. Przemoc w imię wyższych racji. Emocje, które decydują o następujących po sobie faktach. Fakty pobudzające wyobraźnię i odwet napędzany strachem przed demaskacją siostrzanej zbrodni. Alina wszak sobie nie poradziła i do leśnej izby nie wróci. Kirkor sam nie wie, czego chce, rozdarty między dziewczynami, wojnami i dylematami. I tylko matka trwa przy swoim

dziecku – nawet wtedy, gdy jest niewdzięcznie podłe.

Wracając z Lublina, wpadliśmy do Teatru Narodowego w Warszawie. „Baron Münchhausen dla dorosłych” Macieja Wojtyłki był popisem mistrzowskim: Jana Englerta, Ewy Wiśniewskiej i Ireneusza Czopa, z którym po spektaklu się spotkał. I znów przekonałem się, że nawet słabszy tekst, jeśli zagrają go wybitni aktorzy, porywa publiczność do stojącej owacji. A przecież to był tylko pretekst do wygłoszenia jednej frazy, o tym że „jestem aktorem i nie umiem nic innego”. Czy potrafimy aż tak odważnie powiedzieć o sobie i swoich rolach w życiu?

Wspólne wyjazdy dają szansę na rozmowę o Balladynach i emocjach, ale nie trzeba do tego dalekiego teatru. Wystarczy wymiana zdań w przerwie konferencji naukowej lub zebrania towarzystwa, odprawa przed obchodem, riposta online, pogawędka w hotelowym barze i... przerywnik lekarskich anegdot o nieszczęśliwej miłości, walce o władzę, zdradzie, pięknych ideach bez pokrycia, brzydkich uczynkach z zawiści i tronie z pazłotką.

Juliusz Słowacki, „Balladyna”,
reż. Jan Hussakowski, Teatr im.
Juliusza Osterwy w Lublinie,
premiera 11 maja 2024 r.

PO GODZINACH

Sto lat historii i więcej...

JAROSŁAW WANECKI

Sala Dolnośląskiej Izby Lekarskiej przy Matejki przez dwa majowe dni wypełniona była miłośnikami historii.



◀ Wykład
inaguracyjny
prof. Ryszarda
W. Gryglewskiego

fot.: Jarosław Wanecki

Wstolicy Dolnego Śląska pod patronatem prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej odbył się Ogólnopolski Kongres Historii Medycyny. Okazją do spotkania była setna rocznica I Zjazdu Polskich Historyków Medycyny i Farmacji. Komitet Naukowy pod przewodnictwem prof. Edwarda Białka zaakceptował program ponad stu referatów podczas kilku sesji.

Inauguracja wydarzenia z udziałem prezydenta Miasta Wrocławia Jacka Sutryka oraz szerokiego grona naukowców z kilku polskich uczelni miała miejsce w barokowej Auli Leopoldyńskiej. Tematyka prelekcji była szeroka: od wspomnienia prekursorów

historii i filozofii polskiej ochrony zdrowia, Władysława Szumowskiego i Adama Wrzosa, poprzez dzieje medycyny wojskowej, farmacji, pielęgniarstwa, stomatologii i lecznictwa uzdrowiskowego, na eugenicę, rehabilitację, radiologię, etyce i literaturze kończąc.

Budująca była frekwencja. Sala Dolnośląskiej Izby Lekarskiej przy Matejki przez dwa majowe dni wypełniona była miłośnikami historii. Swoją wkład w organizację i finansowanie całości miał również Ośrodek Kultury i Dziedzictwa Historycznego Naczelnej Izby Lekarskiej. Członkowie jego rady – Zbigniew i Krzysztof Kociński – prowadzili jedną z sesji. ●

XIII OGÓLNOPOLSKI KONKURS FOTOGRAFICZNY LEKARZY I STUDENTÓW MEDYCyny



NIL

Naczelna
Izba Lekarska

Konkurs fotograficzny

Lubelska Izba Lekarska i Uniwersytet Medyczny w Lublinie we współpracy z Lubelskim Towarzystwem Fotograficznym i Związkiem Polskich Artystów Fotografików Okręg Lubelski ogłaszają XIII Ogólnopolski Konkurs Fotograficzny Lekarzy i Studentów Medycyny.

Nadsyłanie prac do 31 października 2024 r.

Rozstrzygnięcie konkursu do 17 listopada 2024 r.

Wernisaż z wręczeniem nagród 14 grudnia 2024 r.

Szczegółowe informacje pod adresem: <https://kultura.oil.lublin.pl/category/konkurs-fotograficzny/konkurs-2024/>

PO GODZINACH – CZYTELNIĄ

Cienie przeszłości

Szerzenie zła i nienawiści wypala dusze i sumienia, a tych, którzy to czynią, zamienia w pozbawione serca kadłuby” – pisze Dariusz Kaźmierczak w swojej najnowszej powieści „Musisz iść”, zmuszając czytelnika do przemyśleń na temat dobra i zła. Zapewne każdy z nas słyszał o skomplikowanych relacjach polsko-ukraińskich, a także tragedii, jaka rozegrała się na Wołyniu. Czy kiedykolwiek jednak próbowaliśmy zrozumieć, przez co tak naprawdę przeszły ofiary tych okrutnych zdarzeń? Jak piętno odcisnęły na nich te doświadczenia? Jak odnajdują się w dzisiejszym świecie?

Powieść przykuwa uwagę od pierwszej strony, przedstawiając nam historię wychowanej na Wołyniu Anny. Jej jedyna wnuczka, Agnieszka, rozpaczliwie pragnie dziecka, jednak jej starania nie przynoszą oczekiwanych skutków. Gdy

kobieta wraz z mężem podejmuje trudną decyzję o wynajęciu surogatki z Ukrainy, wybuchu pandemii koronawirusa. Anna dla ukochanej wnuczki musi stawić czoła demonom przeszłości. Na swojej drodze spotyka osoby, które mają z nią więcej wspólnego, niż można by przypuszczać.

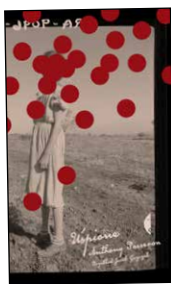
Dariusz Kaźmierczak przedstawia nam dwa światy. Jednym z nich jest nowa codzienność, z którą przyszło nam się zmagać w czasie pandemii COVID-19. Drugi świat to obraz brutalnych wydarzeń z 1943 r. Wydarzeń pełnych nienawiści, smutku i cierpienia. Autor wplata je w fabułę książki, dając czytelnikowi krótką, ale pełną ciekawostek lekcję historii. Nie stroni również od nawiązań do aktualnej sytuacji politycznej w Polsce.



▲ Dariusz Kaźmierczak, „Musisz iść”, Wydawnictwo COMBO Dariusz Kaźmierczak, 2024

„Musisz iść” dotyka tematów trudnych i kontrowersyjnych. Autor jednak rozważnie się wokół nich porusza, pozostawiając czytelnikowi pole do ich subiektywnej oceny. To lektura, która gwarantuje dużą dawkę emocji i refleksji jednocześnie. ●

Agata Bryk



Uśpione Anthony Passeron

Niewielkie miasteczko leżące gdzieś na granicy pomiędzy Włochami a Francją. Ustatkowane życie rodziny Passeronów burzy dramat związany z uzależnieniem od heroiny, tajemniczą chorobą i w końcu śmiercią. O Désiré rodzina wołała zapomnieć, a jednak Anthony Passeron na to nie pozwala. Dzieli się historią swojego stryja, ofiary AIDS, który zakażył się wirusem HIV w czasach, gdy nie wiadomo o nim za

wiele. Autor stara się zrozumieć własnych dziadków i rodziców, którzy przez lata nie wspominali o swoim synu, bracie i szwagrze. Opowiada o wyparciu przez jego babcię problemu narkotykowego i jej strachu przed utratą reputacji w oczach lokalnej społeczności. Jednocześnie jednak pokazuje jej bezgraniczną walką o życie najpierw syna, a potem zakażonej śmiertelnoścą wnuczki. Ta książka jest wejściem w głąb rodzącej się epidemii przez pryzmat zwyczajnej rodziny, ale też w szerszym wymiarze. Znajdziemy tutaj wątki o początkach walki medyków z nieznanym dotąd patogenem, podane w formie dynamicznie skrojonej fabuły. Dzięki temu niemal fizycznie czujemy atmosferę laboratoriów i szpitalnych sal, ale też domu rodu Passeronów, przed którym los rzucił trudny do udźwignięcia ciężar.

Nie tylko „Kropla Mleka”. Łódzcy lekarze dzieciom przed II wojną światową Magdalena Makówka, Łukasz Grzejszczak, Marcin Gawryszczak

Łódź pod koniec XIX w. i w pierwszej połowie XX w. zmagająca się z biedą i warunkami dalece odbiegającymi od dzisiejszych standardów higieniczno-sanitarnych, co sprzyjało szerzeniu się chorób zakaźnych. A tych w „ziemi obiecanej” nie brakowało. Ospa, cholera, dur brzuszny, szkarlatyna, błonica, czerwonka... W książce opisano inicjatywy zaangażowanych społecznie medyków, mające chronić przed groźnymi chorobami mieszkańców robotniczej Łodzi, np. organizację szczepień i edukacyjnych akcji prozdrowotnych. Walka Seweryna Sterlinga z gruźlicą, w tym powołanie Ligi Przeciwgruźliczej i apele, by nie spluwać na podłogę, oraz próby o budowę kanalizacji i wodociągów, to tylko jedna z przytoczonych w książce historii. Podobnie jak wieloletni projekt na rzecz zdrowia najmłodszych znany pod nazwą „Kropla Mleka”. I choć liczne akcje nie zawsze padały na podatny grunt, to jednak dzięki nieustraszonemu działaniu łódzkich lekarzy udało się uratować niejedno dziecięce życie. Nie zapomina o nich Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi, która była inicjatorem powstania tej publikacji.



PO GODZINACH

Pod powierzchnią

ANETA MICHALSKA, AGNIESZKA GRZYB

Czy oglądamy pełne kolorów rafy Egiptu, egzotyczne ryby Indonezji, czy może posępne wraki w lodowatym Bałtyku – nurkowanie niesie niepowtarzalne doświadczenia. Dla samych nurków to coś więcej niż zwykłe hobby. Ma wymiar terapeutyczny: branie kolejnych oddechów pod wodą pozwala również złapać oddech w życiu.

Pierwszy dzień nowego, 2024, roku. Niewielka egipska miejscowość Dahab na Synaju. W Polsce pochmurno i zimno, wszyscy śpią po wczorajszej zabawie. Tutaj świeci słońce, jest spokojne, leniwe przedpołudnie. W knajpach na bulwarze turyści piją kawę i soki ze świeżych owoców. My nakładamy na plecy kilkadziesiąt kilogramów sprzętu i wchodzimy do wody. Jeszcze tylko sprawdzenie, czy wszystko działa, przypomnienie omówionego wcześniej planu i... schodzimy pod wodę. Czy może być lepszy początek roku?

INTRO, CZYLI ODKRYWAM PODWODNY ŚWIAT

Cofnijmy się o kilka lat. Pracowałam jeszcze w szpitalu, kiedy koleżanka z oddziału zaproponowała wyjazd do pensjonatu jej przyjaciół w Augustowie. Pomyślałam, że będzie to po prostu przyjemny weekend. Nie spodziewałam się, że zamieni się w pierwszy etap do zmiany mojego życia. Wiedziałam, że jest tam baza nurkowa, ale nie rozumiałam, jak można dobrowolnie wchodzić do zimnych jezior. Wtedy bym w to nie uwierzyła, ale dziś to jedno z moich ulubionych miejsc nurkowych.

Wówczas jeszcze się nie zdecydowałam na zejście pod wodę, ale poznałam grupę wspaniałych ludzi, z którymi po prostu chciało się spędzać czas. Polecieliśmy do wspomnianego Dahab w Egipcie i tam po raz pierwszy spróbowałam nurkowego intro – to taka zabawa, której celem jest sprawdzenie, czy nurkowanie w ogóle mi odpowiada, czyli zejście maksymalnie na kilka metrów, podczas gdy instruktor robi za mnie praktycznie wszystko oprócz oddychania i poruszania nogami.

Mimo że zobaczyłam wtedy niewiele, od razu poczułam się „jak w domu”, a przede wszystkim się nie bałam. Na

kolejnym wyjeździe zrobiłam kurs P1 (poziom podstawowy w organizacji CMAS dający uprawnienia do nurkowania do 20 m). Na początku była katastrofa. Oddychałam i płynęłam za szybko, przez co zużywałam powietrze z butli w ekspresowym tempie. Ze względu na mój wzrost

Intro – to zabawa, której celem jest sprawdzenie, czy nurkowanie nam odpowiada, czyli zejście maksymalnie na kilka metrów

i budowę ciała ciągle coś mi przeszkadzało w spręce. Nie zamierzałam jednak odpuścić, z każdym kolejnym zejściem szło coraz lepiej. Moim zdaniem to zasługa najlepszych instruktorów.

CIEMNO, ZIMNO I... CUDOWNIE

Rozmawiam z moją koleżanką Agnieszką Grzyb, pediatrą, dla której nurkowanie miało być sposobem na uatrakcyjnienie wyjazdów wakacyjnych, a oprócz tego okazało się aktywną formą spędzania wolnego czasu, sposobem na relaks i realizację zainteresowań przyrodniczych. Wspomina: „Swoje pierwsze kroki nurkowe stawiałam – czy, jak kto woli, przepływałam – niemal dokładnie siedem lat temu w krakowskim Zakrzówku i w jeziorze Hańcza. Mimo specyficznych polskich warunków, które najkrócej można by streścić jako „ciemno i zimno”, pokłękłam bakcyła. Doceniłam głównie

możliwość obserwowania pięknej, dotychczas dla mnie niedostępnej podwodnej przyrody, a także ciszę i spokój związane z tym sportem. Nurkowałam dość często, szukając takich możliwości nawet przy okazji służbowych wyjazdów zagranicznych. Poznałam wielu fantastycznych ludzi i odkryłam piękne miejsca, a kolejne destynacje pojawiały się tłumnie na liście planów nurkowych”.

Dla mnie też nie było już odwrotu. Nurkowałam coraz więcej, robiłam kolejne kursy. Istnieje wiele mniejszych lub większych organizacji szkolących nurków, m.in. CMAS (założona przez Jacques’a Cousteau, „ojca nurkowania” w 1959 r.), najpopularniejsza i obecna na całym świecie PADI czy SSI i TDI. Organizacje oczywiście spierają się niczym ośrodki naukowe w medycynie, która najlepiej szkoli. Każda ma swoich zwolenników i przeciwników. Moim zdaniem od organizacji ważniejszy jest sam instruktor, jego kompetencje, doświadczenie, podejście do kursantów. Etapów kształcenia jest wiele i mimo różnic pomiędzy programem oferowanym przez organizacje są one zbliżone. Przede wszystkim na kolejnych etapach zdobywa się różne umiejętności i uprawnienia do nurkowania coraz głębiej. Poza tym zdobywamy certyfikaty dowodzące umiejętności nurkowania nocnego, podlodowego, w suchym skafandrze, fotografowania itp. W nurkowaniu tzw. technicznym uczymy się wykorzystania różnych, innych niż powietrze, mieszanin oddechowych czy zanurzania się w jaskiniach. Do zdobycia najwyższych uprawnień

potrzeba wielu godzin po wodą, miesięcy i lat doświadczenia, a co dopiero mówić o uprawnieniach instruktorskich.

LEKARZOWI JEST ŁATWIEJ

Dla Agnieszki głębokość nigdy nie była podstawowym celem nurkowania – w gruncie rzeczy krajobraz na głębokości 30 metrów i 60 metrów jest dość zbliżony, niezależnie od miejsca. Ważne jest to, co można na tej głębokości zobaczyć i jak długo można tam przebywać. Uprawnienia tzw. głębokie (do 40 m) uzyskiwała dla słynnych Hańczowych ścianek i dłubanek (drewnianych łódek leżących na głębokości ok. 38 m), uprawnienia techniczne (aktualnie do 70 m) były jej potrzebne do odwiedzenia znanych egipskich miejsc nurkowych – Canyon oraz Blue Hole – oraz podziwiania bałtyckich i chorwackich wraków.

U mnie prawdziwym przełomem było przejście z nurkowania w „piancę” (skafander mokry, podobne, chociaż zwykle cieńsze, używa się w surfingu) na suchy skafander. Nurkowanie w nim wymaga dodatkowych umiejętności, ale za to wraz z ocieplaczami i termiczną bielizną zapewnia dużo większy komfort cieplny. Wymiana ciepła w wodzie następuje około 20 razy szybciej niż w powietrzu, więc po godzinnym nurkowaniu można zmarznąć nawet w wodach tropikalnych. W suchym skafandrze nurkuję wszędzie, gdzie się da – w polskich i europejskich jeziorach, w Morzu Śródziemnym i Czerwonym, a piankę zostawiam na dalsze wyprawy, np. do Azji. Agnieszka opowiada: „Kolejne stopnie wyszkolenia oznaczają z jednej strony większe możliwości, z drugiej – niosą ze sobą konieczność opanowania nowych umiejętności, oceny i zarządzania ryzykiem oraz użycia większej ilości sprzętu. Zwłaszcza ten ostatni punkt jest dla mnie dość wymagający, ponieważ posturą nie grzeszę, a dwugodzinna wyprawa na 70 metrów wymaga zabrania ze sobą 4-5 butli z gazem oraz innego sprzętu ważącego w sumie ok. 80 kg. Oczywiście, siła wyporu sprzyja, a odpowiednia technika przynajmniej częściowo niweluje potrzebę użycia brutalnej siły; niemniej – im ambitniejsze cele nurkowe, tym ważniejsza jest dobra kondycja fizyczna”.

Podczas kursów poza umiejętnościami praktycznymi uczymy się fizyki, optyki, fizjologii, pierwszej pomocy (z tym lekarze mają nieco łatwiej niż zawody niemedyczne). Tym, którzy zastanawiają się, czy nasz zawód wpływa na nurkowanie, odpowiada Agnieszka: „Nie wiem, czy bycie lekarzem w istotny

► W samym Dahab nie ma wielkich hoteli all inclusive ani turystycznych atrakcji. To kultowe miejsce, do którego przyjeżdżają nurkowie i surferzy, a w latach 70. ośrodek hipisów. Nieopodal jedno z najbardziej znanych miejsc nurkowych na świecie – zjawiskowe Blue Hole

Fot.: archiwum prywatne



sposób wpłynęło na moje podejście do nurkowania. Z całą pewnością znajomość fizjologii pozwala lepiej zrozumieć zmiany w organizmie zachodzące w czasie nurkowania oraz uświadomić sobie potencjalne zagrożenia z nim związane. Jedną z podstawowych zasad nurkowania jest przecież: „bezpieczeństwo przede wszystkim” („safety first”). Dotyczy to nie tylko przygotowania sprzętu i zaplanowania samego nurkowania, ale też dbania o kondycję fizyczną, świadomości własnego stanu zdrowia i wpływu przyjmowanych leków na możliwość nurkowania, umiejętności rozpoznawania i unikania czynników ryzyka choroby dekompresyjnej. Czy ta świadomość i umiejętności wprowadzają dodatkowy niepokój, czy raczej go niwelują, pozostaje zapewne kwestią indywidualną. Od jednego z instruktorów usłyszałam, że wizualizacja potencjalnych problemów wprowadza dodatkowy stres przed nurkowaniem, ale pozwala na bardziej skuteczną reakcję w przypadku ich wystąpienia – i muszę przyznać, że sprawdziło się to w praktyce, na szczęście na dość blahych przykładach”.

DLACZEGO AKURAT NURKOWANIE

Nurkowanie to coś więcej niż hobby. Dla mnie ma wymiar terapeutyczny. Skuteczniej niż techniki mindfulness nauczyło bycia tu i teraz, a na życie wpłynęło nie mniej niż psychoterapia własna. Godziny planowania wyjazdów, sprawdzanie sprzętu, przygotowywanie są kluczowe. Wszystko musi działać idealnie,

musimy być skupieni, bo od tego zależy nasze życie. Pod wodą liczy się tylko to – z jednej strony podziwianie otoczenia, ukształtowania dna, organizmów, które napotykamy, a z drugiej strony czujność, uważa, obserwowanie sytuacji. Drobnym błęd, przeoczenie mogą się skończyć tragicznie. Nie możemy odpłynąć myślami do trudnych przypadków medycznych, nieudanych randek, zastanawiać się, jak radzą sobie bez nas w pracy, co właśnie robią nasze koty czy co zjemy na kolację.

Nie wyobrażam sobie zresztą myśleć o czymkolwiek innym pod wodą. Wtedy reszta świata się nie liczy. Jest tylko rafa koralowa, duże zwierzęta (rekiny) i mikroskopijne krewetki. I nasza grupa, nasz partner nurkowy i przewodnik. Nurkowanie uczy współpracy. Musimy się ze sobą komunikować (inaczej na powierzchni, inaczej pod wodą), ufać sobie nawzajem. W kryzysowej sytuacji to partner poda nam alternatywne źródło powietrza, rękę, a nawet pomoże wyjść. Bo nurkowanie jest sportem partnerskim – bezpieczniej i przyjemniej dzielić te doświadczenia z innymi.

Wbrew przekonaniom nurkowanie nie jest sportem szczególnie niebezpiecznym. Jeśli wszystko robimy zgodnie z procedurami, ryzyko, że coś pójdzie nie tak, jest naprawdę minimalne. Znajomi i rodzina się martwią, mówią „uważaj na siebie”. Nie pomagają im media, które lubują się w sensacyjnych opowieściach o zagrożeniach wynikających z przebywania pod wodą. Skupiają się



Fot.: archiwum prywatne



Fot.: archiwum prywatne

◀ *Nurkowanie jest sportem, w którym każdy może znaleźć coś dla siebie*

▲ *Wbrew przekonaniom nurkowanie nie jest sportem szczególnie niebezpiecznym*

szczególnie na rekinach. Kto widział te zwierzęta w naturalnym środowisku, nie ma wątpliwości, że doniesienia są mocno przesadzone.

Agnieszka też wspomina o zagrożeniach, ale podkreśla, że w swojej rekreacyjnej wersji i przy respektowaniu podstawowych zasad nurkowanie jest sportem bezpiecznym i dostępnym dla większości osób (w organizacji PADI nurkować mogą dzieci od 10. roku życia). Sportem, w którym każdy może znaleźć coś dla siebie – czy będzie to podziwianie raf koralowych, czy wraków okrętów, nurkowania nocne, czy może fotografia podwodna. Sportem, który można uprawiać w wielu miejscach świata i który może nam dodatkowo uatrakcyjnić liczne destynacje turystyczne.

Odkąd mnie ono pochłonęło, większość urlopów to wyprawy nurkowe. Każda jest na swój sposób wyjątkowa. Każdy obszar świata to inne podwodne wrażenia. Co najmniej 1-2 razy do roku latamy do Egiptu, by podziwiać liczne wraki statków i jedne z najpiękniejszych raf na świecie. Niesamowite rafa widziałam np. w Indonezji i Malezji. Kilometry raf, tysiące moich ulubionych żółwi morskich, rekiny, manty, tuńczyki, barakudy i wiele innych. Musi być w tym coś wyjątkowego, skoro w trakcie urlopu dobrowolnie wstawiamy przed świtem, żeby o 5 rano wyruszyć na nurkowanie w rezerwacie Sipadan (wyspa należąca do malezyjskiej części Borneo). Jeśli powstrzymujemy się od wypicia wina do obiadu, żeby wziąć udział w nocnym nurkowaniu na indonezyjskiej wyspie Bunaken. Przede mną jeszcze takie nurkowe marzenia, jak Galapagos i Raja Ampat.

Nurkowanie było jednym z powodów, dla których zrezygnowałam ze szpitala i teraz pracuję wyłącznie ambulatoryjnie

w prywatnej poradni psychiatrycznej. Dla Agnieszki nurkowanie stało się też znakomitą sposobem na wyciszenie i odpoczynek od – jakkolwiek by patrzeć – wymagającej fizycznie i psychicznie pracy. Pandemia COVID-19 spowodowała u niej, co prawda, długą przerwę. Dlatego aktualnie nurkuje głównie przy okazji zorganizowanych wyjazdów.

GLEBOKA REFLEKSJA

Wspominałam, że nurkowanie jest sportem partnerskim i trzeba sobie ufać pod wodą. Dla mnie stało się też okazją do poznania ludzi z różnych miejsc Polski i świata, środowisk, wykonujących różne zawody. Choć nurkujących lekarzy jest sporo, ja bardzo doceniam możliwość bycia częścią tak różnorodnej społeczności. Mimo że z niektórymi widzimy się raz do roku, wspólne wyprawy na koniec świata i godziny przy ognisku bardzo zbliżają, a w razie potrzeby na każdego można liczyć. Dzięki temu poznałam wielu znajomych i przyjaciół, bez których nie wyobrażam sobie życia. Polubiłam dzieci dzięki jednej uroczej małej dziewczynce. Przypominałam sobie, że są ludzie, którzy akceptują siebie nawzajem. Pod wodą każdy jest równy (ma to znaczenie szczególnie dla nurkujących osób niepełnosprawnych). Nikomu nie przeszkadza, że chodzisz po bazie nurkowej w mało atrakcyjnej polarowej bieliźnie termicznej i nie nakładasz makijażu.

Nurkowanie może też przypomnieć, w jakim momencie świata jesteśmy. Od naszego postępowania w najbliższych latach zależy

przyszłość świata. Zmiana klimatu nie jest populistycznym hasłem ekologów, tylko faktem naukowym. Widzimy to na własnych oczach. Ocieplenie wód sprawia, że duże ryby schodzą coraz głębiej, a nam pozostaje obserwowanie mikroorganizmów na rafach (na szczęście zawsze można też liczyć na żółwiowe atrakcje). Użycie sztucznych nawozów, które spływają do jezior, pogarsza jakość wody w mojej ulubionej Hańczy (najgłębsze jezioro w Polsce, jeden z ważniejszych obiektów dla nurków, w którym można podziwiać m.in. ściankę, dębątki, figurę „Maryjki” i żubra).

Nie da się „odzobaczyć” śmieci pływających w oceanach albo leżących na rafie. Pod tym względem też miałam szczęście do ludzi. Wiem, że podczas nurkowania sprzątną chociaż trochę śmieci, a na pewno sami nie celowo nie wrzucą do wody. Że nie zabiorą swoich dzieci do delfinarium, wiedząc, że trzymanie zwierząt w takich warunkach jest okrutne, a prawdziwe emocje zapewniają tylko spotkania z nimi na wolności.

Morza i oceany zajmują trzy czwarte powierzchni Ziemi, dlatego mówi się, że nurkowie żyją w większym świecie. Zachowajmy go jak najdłużej, niezależnie od tego czy poznajemy jego podwodne tajemnice, czy wystarcza nam ląd.

*Aneta Michalska jest lekarzem psychiatrą, pracuje w Centrum Terapii Dialog
Agnieszka Grzyb jest lekarzem pediatrą, pracuje w Centrum Zdrowia Dziecka*

PO GODZINACH – KULTURA

Wspólna wystawa

KRZYSZTOF MUSKALSKI

W Galerii Enpam Museo Ninfeo – Domus Caligula w Rzymie 31 maja odbyły się uroczystości jubileuszu 30-lecia Włoskiego Towarzystwa Lekarzy Fotografów AMFI. W ich ramach nastąpiło otwarcie wspólnej wystawy AMFI-PhotoArtMedica w ramach drugiej edycji projektu World Medical View. Współorganizatorem wystawy jest Okręgowa Izba Lekarska w Częstochowie.

Na wystawie zostało zaprezentowanych 97 fotografii lekarzy włoskich z Salonu PhotoArtMedica 2023. W uroczystościach wzięła udział delegacja Okręgowej Izby

Lekarskiej w Częstochowie – dr Mariusz Malicki (prezes OIL), dr Zbigniew Brzezina (wiceprezes OIL), Paweł Rakus (dyrektor Biura OIL) oraz dr Krzysztof Muskalski (przewodniczący Salonów PhotoArtMedica). W ramach wzajemnych rozmów podsumowano dotychczasową współpracę i zaplanowano dalsze wspólne działania.

Raz jeszcze gratulujemy naszym włoskim przyjaciołom pięknego jubileuszu i życzymy wielu dalszych sukcesów. Dziękujemy za wspaniałe przyjęcie i miłe chwile spędzone w Wiecznym Mieście!



Fot.: Krzysztof Muskalski



zapraszamy lekarzy i lekarzy dentystów do udziału w
XII Międzynarodowym Salonie Fotografii Artystycznej Lekarzy

PhotoArtMedica 2024

Nadsyłanie prac do: 21 września 2024 r.

tematyka:

Czerwień
Temat Wolny
Fotografia Medyczna

więcej na stronach:

www.PhotoArtMedica.comwww.PhotoArtMedica.plwww.instagram.com/PhotoArtMedicawww.facebook.com/PhotoArtMedica

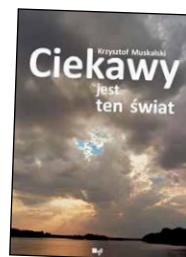
Podróżnik Roku

W ramach Międzynarodowych Targów Książki w Pałacu Kultury i Nauki w Warszawie 24 maja dr n. med. Krzysztof Muskalski został uhonorowany Nagrodą Magellana – tytułem Podróżnika Roku 2024 za książkę „Ciekawy jest ten świat”, która ukazała się nakładem Wydawnictwa Buffi.

Autor znalazł się w gronie tak znakomitych laureatów poprzednich edycji, jak Olgierd Budrewicz, Elżbieta Dzikowska, Martyna Wojciechowska, Marek Kamiński i Beata Pawlikowska.

Nagroda jest przyznawana co roku przez „Magazyn Literacki Książki”.

Jurorzy uzasadnili swój wybór słowami „za kunszt opowiadania o świecie, rozbudzanie wrażliwości i zachęcanie do pielęgnowania w sobie uważności”.





◀ Typowy tokański krajobraz z alejami wysadzonymi cyprysami

foto: Shutterstock.com

PO GODZINACH – PODRÓŻE

Toskańskie wakacje: la vita è bella

JOANNA BON

Włoski klimat działa ze zdwojoną siłą: wąskie uliczki, nęcące zapachem restauracje, miły dla ucha język, ciekawi i dobrze ubrani ludzie, piękne krajobrazy. Do tego wino i drogi z cyprysami. Dolce vita. Czegóż chcieć więcej.

W Toskanii nawet to, co oczywiste, jest nieprzeciętne. Ileż to razy słyszałam zachwyty znajomych, ochy i achy. I szczerze, zastanawiałam się, ile w tym przesady. Aż w końcu pojechałam... i zrozumiałam. A teraz wracam tak często, jak mogę.

Toskanii nie da się zobaczyć ani w kilka dni, ani w kilka tygodni. Trzeba ją smakować kawałek po kawałku. Za każdym razem inną jej część. Na początek proponuję Florencję, okolice Greve in

Chianti i Sienę – te trzy miejsca wystarczą, by się w Toskanii zakochać.

NAJPIERW MIASTO...

Florencja, miasto renesansu. Katedra Santa Maria del Fiore i jej barwna kopuła oraz „Dawid” Michała Anioła – najsłynniejsza rzeźba w Toskanii. Do tego najstarszy florencki most rozpostarty nad rzeką Arno, powstały z kamienia w pierwszej połowie XIV w., który jedyny przetrwał drugą wojnę

światową. Mowa o moście Złotników, nazywanym tak z uwagi na pracownie i sklepy jubilerskie w kramach zawieszonych nad rzeką. Wszystko za sprawą księcia Ferdynanda I Medyceusza. Na mocy jego zarządzenia z 1593 r. na moście mogli mieć swoją siedzibę tylko złotnicy i jubilerzy (sklepy z mięsem i rybami z ich nieprzyjemną wonią musiały się wynieść). Jak wspaniałe wyroby jubilerskie oferują lokalni rzemieślnicy, łatwo się przekonać. Wystarczy wstąpić do jednego nich.

Do tego wszystkiego Galeria Uffizi – najbogatsze i najsłynniejsze zbiory budzące dużo emocji. Miłośnicy sztuki gotowi są stać godzinami w kolejce po bilety, inni – z przekory lub wręcz z premedytacją – skracając w klimatyczny zaułek dzielnicy Oltrarno, by zajrzeć do baru na kawę, a potem do pracowni mało znanego artysty, co nie znaczy, że nieciekawego. Dzielnica słynie ze stylowych barów i sklepów z antykami.

Co do samej Gallerii Uffizi – rzeczywiście mieści imponujące zbiory. To jedno z najciekawszych muzeów europejskich. Znajdziemy tu dzieła Caravaggia, Rubensa, Tycjana, Michała Anioła i Rembrandta. Gdy już wejdziemy do galerii, nie liczymy jednak na to, że uda się nam szybko z niej wyjść. Będziemy zachwyceni. I choć kolejne godziny oglądania arcydzieł malarstwa mogą zmęczyć, wrażenia estetyczne wszystko zrekompensują. Najbardziej usatysfakcjonowani wizytą będą pasjonaci malarstwa renesansowego: dwa najsłynniejsze obrazy Sandra Botticellego („Narodziny Wenus” i „Primavera”) w jednym miejscu to prawdziwa gratka. Zwiedzających zachwyca również same wnętrza budynku – są po prostu przepiękne.

... I FERRAGAMO ORAZ GUCCI...

Gdy zmęczeni oglądaniem obrazów i rzeźb wyjdziemy na ulicę, nie liczymy, że odetchniemy. Florencja to miasto sztuki i architektury, ale też niezliczonych tłumów turystów, którzy wpadają tu na dzień – dwa i uciekają dalej. Dlatego tłumy są

► Katedra
Santa Maria
del Fiore we
Florencji
i jej barwna
kopia



fot.: Shutterstock.com



fot.: Joanna Bon

► Lardo
z truflami
z florenckie-
go baru



◄ Wolowina
z truflami
z gospody
La Castel-
lana

fot.: Joanna Bon

tu praktycznie zawsze. By od nich uciec, idźmy do kolejnego muzeum, tym razem Salvatore Ferragamo. W końcu Florencja to też kolebka włoskiej mody. Muzeum Ferragamo mieści się w średniowiecznym Palazzo Spini Feroni, niedaleko Ponte Santa Trinità. Do obejrzenia ponad 10 tys. par butów zaprojektowanych przez Salvatore w ciągu 40 lat. Wśród nich modele przygotowane specjalnie dla gwiazd, takich jak Marilyn Monroe, Greta Garbo i Audrey Hepburn.

Potem jeszcze Gucci Garden. To kompleks łączący butik, restaurację oraz galerię, która jest podzielona tematycznie. Znajdziemy tu dawne projekty i fotografie, ale też najnowsze wizje dyrektora kreatywnego marki Alessandro Michele. Dowiemy się też o koncepcji, która przez dekady wyznaczała kierunek domu mody Gucci.

Pamiętajmy, by wizyty w galeriach zrównoważyć wędrowkami w poszukiwaniu idealnej trattorii lub doskonałego widoku. O to nie będzie trudno. Wystarczy się tylko rozejrzeć.

...POTEM PROWINCJA...

Niestety, Florencja choć piękna, potrafi zmęczyć. Wystarczy jednak wyjechać z niej dosłownie kawałek, a czekają na nas urokliwe małe miejscowości, sielskie krajobrazy, aleje otoczone cyprysami, winnice, gaje oliwne i wyśmienita kuchnia. Kolejny przystanek na trasie to Greve in Chianti. Choć nie jest specjalnie wyróżniającą się miejscowością, sporo oferuje. Szukając tu tokańskich smakolików, warto zajrzeć do lokalnego fast foodu, skosztować taglieri oraz deski serów pecorino. Jeśli komuś uda się oderwać od serwowanego jedzenia, może obejrzeć neorenesansowy ratusz i kościół parafialny z neoklasyczną fasadą (przypomina, że miasto rozwijało się w miejscu spotkań kilku szlaków pielgrzymkowych).

Z Greve mamy już tylko niemal krok do średniowiecznego Montefioralle – maleńkiego, otoczonego murem borgo. To prawdziwy klejnot. Można dostać się tu samochodem, ale po co psuć sobie przyjemność. Spacer dwukilometrową, miejscami stromą drogą będzie prawdziwą rozkoszą. Czekają na nas wyjątkowa nagroda: otoczona murem osada, która kiedyś była feudalnym zamkiem. Wioska należy do rodzin Ricasoli, Benci, Gherardini i Vespucci. Urodził się w niej Amerigo Vespucci, który przepłynął drogą Kolumba do Ameryki. Do dziś stoi

► Relaks
w Greve
in Chianti



fot.: Joanna Bon

tu jego rodzinny dom, który udało się mi wynająć. Salon w dawnej stajni, kamienne schody, miejsce z duszą. Wystarczy otworzyć okno, by zobaczyć pola i winnice otaczające Montefioralle i posłuchać melodyjnego języka Włoszek rozprawiają-

Toskania słynie z kuchni opartej
na lokalnych produktach oraz znanego
na całym świecie wina

cych o zakupach i praniu. Z okna z kuchni widać kościół. I turystów spacerujących wąskimi uliczkami wśród kamiennych domów, którzy odkrywają wiele sekretnych przejść i panoramicznych widoków. Zal wyjeżdżać.

... ORAZ TRUFLE I WINO...

Montefioralle to nie tylko widoki zapierające dech w piersiach. To uczta dla podniebienia. Usiadźmy w lokalnej gospodzie, na przykład w La Castellana i spróbujmy tagliatelle ze świeżymi trufkami. Bo okolice Florencji to prawdziwy raj dla miłośników trufli. Bruschetta z lardo i trufkami? Burrata ze świeżymi trufkami? Ravioli z trufkami i grzybami? Wołowina z trufkami? Wszystko tu można dostać. A na tych, którzy chcą spędzić intensywny dzień, czeka prawdziwe polowanie na trufle

w okolicznych lasach w towarzystwie czworonożnych futrzanych tropicieli tego przysmaku.

Jeśli trufle, to oczywiście wino. Chianti – nie ma chyba bardziej tokańskiego wina. I mało kto wie, że na początku było białe, dopiero z czasem ewoluowało, by ostatecznie zyskać czerwonorubinową barwę. Winnice to kolejna wizytówka Toskanii i jedna z głównych atrakcji turystycznych regionu. Zwiedzanie, próbowanie lokalnych specjalów, zabawa w lokalnego właściciela winnicy. Sami decydujemy, co chcemy robić.

...A NA KONIEC FESTYN

Jednym z najpiękniejszych miast tokańskich, ale śmiało można powiedzieć, że również włoskich, jest Siena. Atrakcje tego miasta są słynne na całym świecie, a wyścigi Palio di Siena są tak samo popularne, jak i kontrowersyjne. Wyścig przyciąga tysiące turystów, ceny noclegów sięgają wówczas niebotycznych kwot, zwłaszcza wokół placu Piazza del Campo, na którym się odbywa. Ale któż nie chciałby oglądać z okna kamienicy tego wydarzenia. Lepszej miejscówki nie można sobie wyobrazić.

Kulminacyjnym momentem wyścigu jest trwająca zaledwie trzy okrażenia gonitwa konna. Sam wyścig rozgrywany jest dwa razy do roku – 2 lipca i 16 sierpnia o godz. 19.00. Ale nie dla samego wyścigu warto wtedy przyjechać do Sieny. W dniach poprzedzających Palio jest wiele widowiskowych i barwnych parad, m.in. symultaniczne zonglowanie wielkimi jedwabnymi chorągiewkami.

Plac Piazza del Campo to nie tylko miejsce gonitwy konnej, to centrum Sieny. Sam plac ma kształt muszli. Pełno tu restauracji, kawiarni i oczywiście zabytków. Kiedyś plac służył jako miejsce odpływu wody z pobliskich dzielnic, dlatego jest pochylony ku zewnętrznej części miasta. Zwiedzanie i spacer warto zacząć właśnie tu, by przejść potem do Duomo di Siena – katedry. Siena, jak przystało na włoskie miasto, musi taką mieć. A jeśli po zwiedzaniu Florencji ktoś czuje jeszcze niedosyt kościołów, znajdzie ich mnóstwo w Sienie. W Toskanii trudno się nudzić.

► Siena
i plac
Piazza
del
Campo

fot.: pixabay.com



fot.: <https://commons.wikimedia.org/wiki>

◀ Wyścig
w czasie
Palio

► Łazienka
w dawnym
domu
Amerigo
Vespucci

fot.: Joanna Bon



PO GODZINACH – BŁĄD MALARSKI

W pąsach

Kolor na policzkach, przynajmniej we współczesnej zachodniocentrycznej kulturze, jest atrybutem tak zdrowia, jak i urody. Rumieńcem tradycyjnie zalewały się kobiety: czy to z nadmiaru emocji, czy z nieśmiałości, czy może w ramach domniemanej młodzieńczej niewinności. Ale żeby czerwienić się miał wieki temu sam rycerz Jej Królewskiej Mości?



Obraz: „Sir Francis Drake”, autor nieznan, około 1581 r., Narodowa Galeria Portretów, Londyn

Sir Francis Drake to jeden z bohaterów XVI-wiecznej Anglii. Ten odkrywca i korsarz, działający na usługach Elżbiety I, prowadził wiele morskich ekspedycji, docierając do tak odległych destynacji, jak Sierra Leone, Panama czy wybrzeża dzisiejszej Kalifornii. Odkrywając, plądrując i mordując, rzucił wyzwanie ówczesnej dominacji Hiszpanii i Portugalii i dorobił się tytułu rycerza. W Narodowej Galerii Portretów w Londynie Drake patrzy na widza z portretu anonimowego artysty.

Odziany w czerwone skarpety, bryczesy, okryty peleryną i zwieńczony kryzą, prezentuje wyprostowaną jak struna sylwetkę. Jeden rzut oka wystarczy, by stwierdzić, że portretowany do nieśmiałych nie należy: z dumą wypina

AGATA MORKA
DOKTOR HISTORII SZTUKI



pierś, mocno stojąc na nogach, i bez zażenowania patrzy prosto w oczy patrzącego. Jego dominująca postać jaśnieje na tle monochromatycznego, ciemnego tła. To on, czerwony zdobywca, bez wątpienia gra tutaj pierwsze skrzypce.

A jednak coś zastanawiającego dzieje się na twarzy Drake’a. Czerwień jego stroju została powielona na policzkach rycerza Elżbiety I. Oto ten pewny siebie bohater, który

ma za pasem zarówno lukratywne wyprawy dookoła świata, jak i ludobójstwo czy handel niewolnikami, stoi tu przed widzami cały w pąsach.

Policzki Drake’a zaciekały dermatologów. Źródła owych pąsów trudno doszukiwać się przecież w niewinności czy wstydzie. Niektórzy badacze twierdzą, że rumień na twarzy rycerza zdiagnozować należy jako trądzik różowaty. ●

Rozwiązanie zagadki z „GL” 6/2024

Szczegóły różniące obrazy:

1. Zamiana *pectus excavatum* na *pectus carinatum*.

Tytuł obrazu został błędnie przetłumaczony z niemieckiego na angielski „Agosta, człowiek o gołębiej klatce piersiowej”, co sugeruje, że Agosta cierpiał na *pectus carinatum*, podczas gdy wydaje się, że deformacja jego klatki piersiowej to jednak *pectus excavatum*.

2. Dodanie węża wokół szyi kobiety.

Rasha w czasie przedstawień występowała z wężem owiniętym wokół ciała, zatem jego obecność na obrazie byłaby uzasadniona.

3. Usunięcie ornamentów z fotela, na którym siedzi mężczyzna.

Obecność ornamentów po obu stronach twarzy portretowanego dodatkowo ją kadruje i prowadzi wzrok widza w jej kierunku.

4. Przedłużenie lewej ręki mężczyzny, tak żeby część z dłonią wychodziła spod włosów kobiety.

Pacjenci cierpiący na zespół Marfana mają niezwykle długie kończyny. Prawdopodobnie tak było w przypadku portretowanego i być może stąd pochodził jego pseudonim Flügelmensch.



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

WSKAŹ ORYGINAŁ I ZNAJDŹ CZTERY SZCZEGÓŁY RÓŻNIĄCE OBRAZY.

Odpowiedź prześlij na bladmalarski@gazetalekarska.pl do 16 sierpnia 2024 r.

W temacie maila należy wpisać GL06 oraz podać dane do kontaktu (imię i nazwisko, adres, telefon). Jedna osoba może przesłać jedną odpowiedź.

NAGRODZENI „GL” 05/2024

Voucher do Hotelu Prezydent **** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje Mateusz Wilczek (Borówiec). Gratulujemy!

Nagrody dodatkowe: Małgorzata Skarbek (Jelenia Góra), Jaromir Ruta (Kraków), Jan Jabłoński (Warszawa)

Dla jednej z osób, które prześła prawidłowe odpowiedzi

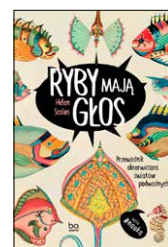
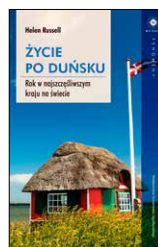
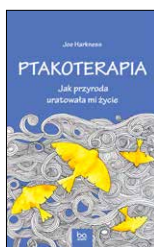
★★★★
HOTEL PREZYDENT
MEDICAL SPA & WELLNESS
HOTEL PRZYJAZNY DOROSŁYM

 WYDAWNICTWO
UNIwersYTETU
JAGIELLOŃSKIEGO
www.wuj.pl

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

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

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



KLAUZULA INFORMACYJNA

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

Regulamin konkursu na www.gazetalekarska.pl

PO GODZINACH – KULTURA

Malarstwo lekarzy: błąhostka czy konieczność?

MIECZYŚLAW CHRUŚCIEL

Sztaluga potrafi zatrzymać, uczy cierpliwości. Pozwala zastanowić się nad sobą i nad światem. Daje szansę na ucieczkę od zgiełku codzienności i jazgotu mediów, na pochylene się nad naturalną potęgą narodzin i przemijania.

Dzięki pobudzeniu ośrodków nagrody w mózgu i wydzielaniu neuromediatorów odczuwamy satysfakcję i przyjemność z oglądania i kontemplacji obrazu, tym większą, im większa jest nasza wrażliwość na odbierane bodźców wzrokowych.

Każdy z nas zawsze stykał się z licznymi przykładami rycin i obrazów w podręcznikach z różnych dyscyplin medycznych. Kiedy byłem małym chłopcem, często wykonywałem rysunki ilustrujące operacje, które przeprowadzał mieszkający w sąsiedztwie chirurg dziecięcy, późniejszy profesor Czesław Markiewicz. Rysunki te zamieszczał w publikacjach naukowych. Przed rozpoczęciem studiów w Pomorskiej Akademii Medycznej odbywałem wolontariat w Zakładzie Chemii Ogólnej i ilustrowałem rysunkami oraz diagramami i wykresami prace mojego opiekuna, późniejszego profesora Zygmunta Machoya. Na pierwszym roku studiów zafascynowany osteologią wykonałem cykl ilustracji, które w moich wyobrażeniach mogłyby stać się zaczątkiem do nowego atlasu anatomicznego.

OSIĄGNIĘCIA ANATOMÓW

Rysunki naskalne w jaskiniach i kamienne figurki odnajdywane w wykopaliskach pokazują, że ciało człowieka od czasów prehistorycznych interesowało ludzi. Już w starożytnych Chinach, potem w Europie wykonywano rysunki anatomiczne ilustrujące wiedzę o ciele człowieka. Czasy Hipokratesa i Galena niestety nie pozostawiły nam przekazów o twórcach rycin. Malującym lekarzem był św. Łukasz Ewangelista – patron lekarzy i malarzy, a także św. Juda Tadeusz uzdrowiciel,

patron spraw trudnych i beznadziejnych. Mroczny okres średniowiecza przyćmił i oddalił w zapomnienie osiągnięcia anatomów poprzednich pokoleń. Dopiero czasy nowożytne, w których nastąpił rozwój nauki oraz bardziej wnikliwe obserwacje i studia nad ludzkim ciałem, wytworzyły materialne dowody zastosowania malarstwa w medycynie. Sztandąrowym przykładem są anatomiczne szkice Leonarda da Vinci. Stały się one częścią ówczesnej nauki. Niezwykłą znajomość anatomii posiadał również Michał Anioł, który wiedzę

Dla plastycznie utalentowanych lekarzy malarstwo stało się antidotum na stres i wypalenie zawodowe

zastosował w swoich wspaniałych freskach, obrazach i rzeźbach.

Za twórcę współczesnej anatomii uważa się flamandzkiego uczonego Andreasa Vesaliusa. Jego dzieło zawiera około 300 drzeworytów, które przedstawiają poszczególne narządy. Na przełomie XVIII i XIX w. Samuel Thomas von Sömmerring wydał ośmiotomowe dzieło, które dało początek wielu atlasom anatomicznym angielskim, francuskim i niemieckim. W 1916 r. niemiecki anatom Jakob Henle opublikował doskonały „Zarys anatomii człowieka”. Niestety II wojna światowa i hitlerowski terror wydały fatalne

przykłady publikacji opartych na wynikach sekcji zwłok ofiar nazizmu.

PORTRETY CHORÓB I EPIDEMII

Dawni artyści ściśle współpracowali z lekarzami, którzy zezwalali rysownikom i malarzom na wykonywanie szkiców na podstawie oglądanych przez siebie ludzkich zwłok. Artyści pod okiem lekarzy często sami przeprowadzali sekcje. Tak wykonywane szkice stanowiły uzupełnienie medycznych dzieł naukowych. Tematyka medyczna w malarstwie wywołuje w odbiorcach silne emocje. Fabuła i temat obrazu zawsze były atrakcyjne dla malarza. Trudniej natomiast wyrokować o artystycznej wartości dzieł, utylitarnie podporządkowanych medycynie.

Nie wszyscy jednak malarze podporządkowywali się idei wiernego odtwarzania szczegółów ludzkiego ciała. Dla niektórych już samo zbliżenie się do lekarskiej gildii, tajemnicy i mroku prosektorium było wystarczająco atrakcyjne, aby stworzyć dzieła wielkiej wartości artystycznej. Przykładem jest obraz mistrza Rembrandta van Rijn „Lekcja anatomii doktora Tulpa”. Wielu artystów, szczególnie w XVII i XVIII w., „portretowało” całe jednostki chorobowe na swoich obrazach, czasem dokumentowało najtragiczniejsze epidemie i odkrycia medyczne. Obrazy te uzupełniają źródła historyczne. Przede wszystkim sztuka holenderska i flamandzka XVII w. obfituje w dzieła malarskie, których tematem jest

spotkanie pacjenta z lekarzem. Znamy rodzajowe obrazy Hieronima Boscha czy Pietera Bruegela.

RYSOVNICY KONTRA KOMPUTERY

Każda dyscyplina medyczna posiada własne, dokładne obrazowanie tematyki swoich zainteresowań. Mamy do dyspozycji atlasy dla wszystkich niemal podspecjalizacji. Ciekawym okazem bibliofilskim jest dziś „Ciało Kobiety – Atlas Anatomiczny w przystępnym i zrozumiałym dla wszystkich opracowaniu Dr. G. Pancra”, wydany przez wydawnictwo Zdrój w Warszawie w okresie międzywojennym. Wzorem wspomnianego dzieła w ostatnich latach pojawiło się bardzo wiele rozmaitych atlasów anatomicznych w opracowaniach popularnych, także dla młodzieży i dzieci. Książki te są powszechnie dostępne i jako prace zbiorowe składają się z rycin i obrazów licznych ilustratorów medycznych. Współcześni polscy autorzy atlasów anatomicznych to profesor Witold Sylwanowicz, Ryszard Aleksandrowicz i Bogdan Ciszek. Na pierwszym roku studiów anatomii człowieka uczyłem się z trzytomowego dzieła Sinielnikowa wydanego w latach sześćdziesiątych ubiegłego stulecia. Najślawniejszym ilustratorem medycznym ostatniego stulecia był Amerykanin Frank Henry Netter. Ten początkujący chirurg po zawarciu wieloletniego kontraktu z farmaceutyczną firmą Ciba porzucił pracę lekarza, aby zająć się wyłącznie rysowaniem i malowaniem atlasów medycznych. Najważniejszy opublikował w 1957 r. w Nowym Jorku. Stworzył ponad 4000 obrazów i rycin.

Gwałtowny rozwój technik komputerowych, a ostatnio sztucznej inteligencji, niemal całkowicie wyparł rysowników, którzy posługiwali się tradycyjnymi technikami malarskimi i graficznymi. Rosnące zapotrzebowanie medycyny na rozmaite warianty obrazowania ludzkiego ciała sprawia, że trwa nieustanny wyścig technologiczny. Powstały doskonałe programy komputerowe służące do wykonywania obrazów i rysunków, oparte na najnowszych zdobyczach techniki. Prym w nowoczesności wiodą przestrzenne modele anatomiczne, animacje, obrazowanie organów i przepływów naczyniowych w czasie rzeczywistym, barwne i przestrzenne obrazy tomograficzne oraz przy użyciu rezonansu magnetycznego.

Wszystkie te zmiany wraz z wprowadzanymi procedurami diagnostyczno-lecznymi, internetowo zwiększoną świadomością i roszczeniowością pacjentów doprowadziły do dehumanizacji



zawodu lekarza. Nastąpiła pokoleniowa przemiana organizacji ochrony zdrowia, która wchłonęła wiele innych zawodów, niekoniecznie pokrewnych medycynie. Rozrosła się administracja, cyfryzacja, automatyzacja i niestety znacznie wydłużyły się kolejki do leczenia specjalistycznego. Malarstwo i artystyczna działalność ilustratorska w medycynie odeszły na daleki plan – stały się niepotrzebne. Dla plastycznie utalentowanych lekarzy malarstwo stało się antidotum na stres i wypalenie zawodowe w myśl maksymy *Medice, cura te ipsum*.

DWIE MIŁOŚCI

Od dawna próbuję odnaleźć związek między moimi dwiema miłościami – medycyną i malarstwem. Na próżno. Wiem tyle, że obie są nieskończoną sztuką. Wymagają dobrego zdrowia, zdyscyplinowanej konsekwencji i pracowitości, wiadomo – *Vita brevis, ars longa*. Sztaluga potrafi zatrzymać, uczy cierpliwości. Pozwala zastanowić się nad sobą i nad światem. Daje szansę na ucieczkę od zgiełku codzienności i jazgotu mediów, na pochylene się nad naturalną potęgą narodzin i przemijania. Malarstwo to także żmudna praca, często dręczące zmagania z wątpliwościami, obolałe

◀ Z większością kolegów stworzyliśmy przestrzeń, w której dla krytyków pozostajemy lekarzami, a dla kolegów lekarzy – malarzami

ramiona, obrzęknięte nogi. W czasie niezliczonych godzin spędzonych ze sobą na refleksyjnym, wewnętrznym dialogu można smakować świat, zastanawiać się nad własną wrażliwością i nad ulotnymi wartościami rzeczy. Kiedy odbieramy dzieło od artysty czy rękodzielnika, dostajemy więcej niż tylko przedmiot. Zbieramy plon jego dotychczasowego trudu i doświadczeń. Dotykamy tysięcy godzin pracy, chwil porażek i frustracji, eksperymentów, ale także wielu momentów wspaniałych uniesień, czystej radości i euforii. Dzieło emanuje energią włożoną weń przez twórcę. Odbieramy ją, otrzymując kawałek serca, część duszy i fragment czyjegoś życia.

Wdzięczny jestem losowi, że dzięki umiejętności portretowania miałem liczne okazje poznać bardzo wielu wspaniałych ludzi, w tym malujących lekarzy. Maluję niemal zawsze, ale od 25 lat czynnie w środowisku lekarskim. Dzięki wsparciu materialnemu i organizacyjnemu Naczelnej Rady Lekarskiej co roku spotykamy się na Ogólnopolskich Plenerach Malujących Lekarzy w różnych miejscach w kraju. Liderem naszego ruchu jest doktor Włodzimierz Cerański z Warszawy. Nie sposób wymienić nazwisk wszystkich uczestników amatorskiego ruchu malarskiego. Warto jednak wyróżnić Joannę Szelewę, dyrektorkę Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi, która jest od ćwierć wieku organizatorką Ogólnopolskiej Wystawy Malujących Lekarzy. Śmiało można powiedzieć, że Łódź jest stolicą malarstwa lekarzy w Polsce.

Z większością kolegów stworzyliśmy własną przestrzeń, w której dla malarzy akademickich i krytyków pozostajemy lekarzami, a dla kolegów lekarzy – malarzami. To pozycja komfortowa, pozbawiona niepotrzebnych napięć i konfliktów. Malarstwo jest dla nas ważne. Otrzymaliśmy od losu niezwykle dar. Dziękujemy wszystkim, którzy doceniają naszą sztukę i chęć tworzenia. Maluję więc jestem – *Pingo ergo sum*. ●

PO GODZINACH – SPORT

Miłe wrażenia i spora dawka adrenaliny zapewnione

WOJCIECH SĘDZICKI

Tegoroczny XVII Ogólnopolski Rajd Konny Lekarzy im. Majora Hubala odbył się w dniach 24-26 maja. Nasz patron zadbał o słoneczną pogodę.



◀ Krótki odpoczynek w czasie rajdu

foto: Mariusz Komorowski

Pierwszego dnia rajdu, po porannej toalecie koni, wyruszyliśmy na kilkukilometrową wycieczkę krajoznawczą, której trasę wytyczył współorganizator rajdu, dr Jarosław Suwalski. Podziwialiśmy stworzony przez niego w Mikołajowie profesjonalny ośrodek jeździecki z niedawno postawioną ujeżdżalnią, która może stanowić schronienie przed deszczem. Na szczęście nasz patron, Major Hubal, po raz kolejny podczas całego wydarzenia zapewnił nam słoneczną pogodę.

Kolejnego dnia osobiście poprowadziłem zastęp 20 koni i dwukonną bryczkę

z gośćmi. Tym razem wybrałem trasę prowadzącą rozległymi łąkami. Po dwóch godzinach jazdy zbliżyliśmy się do miejsca popasu i tutaj niespodziewanie mój młody koń wysadził mnie z siodła i zaliczyłem „glebę”. Z powodu małej kontuzji przekazałem niesforne konika i dalsze prowadzenie rajdu dzielnej doktor Dianie Olczyk – wiceprezes naszego klubu, a sam przesiadłem się na bryczkę. Dalsza część imprezy odbyła się już bez incydentów jeździeckich. Po krótkim wypoczynku spotkaliśmy

się na sali bankietowej w oczekiwaniu na występy zaproszonych artystów. Przypomniałem zgromadzonym historię naszych rajdów i liczne przygody jeździeckie z minionego półwiecza, które zaliczyłem z przyjacielem Jarosławem.

XVII rajd, podobnie jak wszystkie jego poprzednie edycje, dostarczył uczestnikom po raz kolejny niezapomnianych wrażeń i całkiem sporą dawkę adrenaliny, która motywuje nas do kolejnych wyzwań.

Zjazdy koleżeńskie

Absolwenci AM w Białymstoku, rocznik 1985-1991/1992! Szanowne Koleżanki i Koledzy, zapraszamy do Białegostoku w dniach 20-22 września 2024 r. na świętowanie 33-lecia ukończenia studiów. Prosimy o rejestrację przez formularz internetowy (<https://forms.gle/2UjFatBN-JoPTGs7w9>) lub zgłoszenia drogą mailową (amb33lecie@gmail.com). Do zobaczenia w Białymstoku. Monika Rucińska i Włodek Mielech.

Zjazd Koleżeński Wydziału Lekarskiego PAM (obecnie PUM) w Szczecinie, roczniki 1975-1981. Zapraszamy na Zjazd Koleżeński, który odbędzie się w dniach 6-8 września 2024 r. Dalsze informacje prześlemy telefonicznie i na prywatne konta e-mail. Organizatorzy: Andrzej Torbe – torbea@wp.pl; Sławek Zółtowski – slawekzoltowski@vp.pl; Grażyna Durska /Szymczak – grazynadurska56@gmail.com.

Absolwenci Wydziału Lekarskiego AM we Wrocławiu, rocznik 1999. Zjazd Absolwentów Wydziału Lekarskiego AM we Wrocławiu rocznik 1999 odbędzie się 6-8 września 2024 r. w Zieleńcu (Vital & SPA Resort Szarotka). Program wraz z wysokością opłat dostępny na stronie www.dilnet.wroc.pl w zakładce społeczność. Informacji udziela: Patrycja Malec, 501-217-204, patka.malec@wp.pl. Komitet Organizacyjny: Beata Kłak-Klajber, Ewa Nojek.

Absolwenci Wydziału Stomatologii AM w Poznaniu, rocznik 1994! Z okazji 30-lecia ukończenia studiów serdecznie zapraszamy na spotkanie koleżeńskie, które odbędzie się 19.10.2024 r. o godz. 18.30 w Ristorante Estella, Hotel IOR, ul. Węgorka 20 w Poznaniu. Zapraszamy do zgłaszania się do 30 sierpnia 2024 u organizatora p. Kamili Minkiewicz,

[mail: kama.minkiewicz@gmail.com](mailto:kama.minkiewicz@gmail.com). Tel.: +48 601839301. Zaprasza Komitet Organizacyjny.

Szanowni Absolwenci Wydziału Lekarskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego (Akademia Medyczna) w Katowicach, rocznik 1989. Zapraszamy na spotkanie z okazji 35-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego uczelni. Spotkanie zostało zaplanowane w dniach 6-8 września 2024 r. Miejsce spotkania: Hotel Stok w Wiśle, ul. Jawornik 52A Zgłoszenie uczestnictwa za pośrednictwem strony internetowej: www.absolwenci1989.pl lub e-mailem: konieczna@inspirecongress.pl. Serdecznie zapraszamy do kontaktu mailowego bądź telefonicznego: Dorota Konieczna (609 040 390), Katarzyna Stępień (601 496 397). Rezerwacja noclegów odbywa się indywidualnie. Zapraszamy do odwiedzenia strony spotkania! www.absolwenci1989.pl •

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

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

ORGANIZATORZY

Lubelska Izba Lekarska
Komisja Kultury
NIL
Naczelna Izba Lekarska
polski fotograficzny
KDM FOTO

4-7 WRZEŚNIA 2024 WŁADYSŁAWOWO CETNIEWO

WWW.NIL.ORG.PL

21. IGRZYSKA LEKARSKIE

ORGANIZATOR
NIL
Naczelna Izba Lekarska

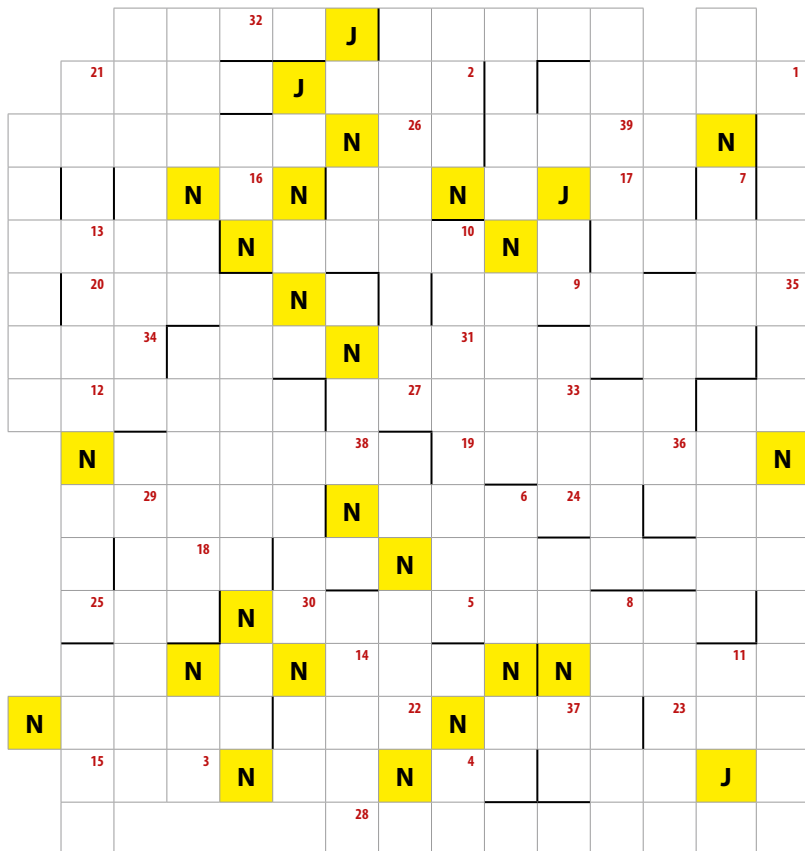
PATRONAT HONOROWY
Ministerstwo Sportu i Turystyki

PATRONAT MEDIALNY
Polski Komitet Olimpijski
Polish Olympic Committee
GAZETA LEKARSKA

JOLKA LEKARSKA 296



Wydawnictwo Lekarskie PZWL
to specjaliści, wiedza i zaangażowanie.



Objaśnienia 70 haseł podano w przypadkowej kolejności.

W diagramie ujawniono wszystkie litery: J i N. Na ponumerowanych polach ukryto 39 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to myśl Władysława Biegańskiego.

Hasło należy przysłać na karcie pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres: jolka@gazetalekarska.pl do 16 sierpnia 2024 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań wyłonimy laureatów, którzy otrzymają nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).

* kamień nerkowy lub żółciowy * nieopodal * tkanina ubraniowa w pasy lub kratę * rakietą sygnalizacyjną * ma przełom w Pieninach * kardynał, od 1642 r. rządził Francją * między praezodymem a prometem * uczy się pilnie i w Afryce mieszka * dawny statek * przywódczenie (łac.) * iluminator * nad Dnieprem, miejsce trzech zwycięstw w XVII wieku * jednostka dawki promieniowania ekspozycyjnego * umywalnia z klozetem * przyjaciółka Stasia * od niego odczepiane są kininy * moherowy najslawniejszy * stolica Epiru * lekceważąco o Francuzach * wrocławski odkrywca zarasków rzeźączki * łapie fale RTV * sprowadził Madziarów na Niż. Panońską * Krystyna w „Człowieku z marmuru” * pierwiastki przewidziane przez Mendelejewa * najslawniejszy wodospad * zakazany temat * chorobliwy lęk przed ciemnością * szeregowiec Spielberga * pustelnicy * rzęski (łac.) * Kerowpe, ormiański autor zbioru „Nywakyk” * zagadkowy płaskowyz w Peru * górnicze święto * nasz Czerwony Krzyż * beduiński płaszcz bez rękawów * polifagia * Asuańska * nietop lub chiński agrest * nizarycy * miasto węglu kamiennego w Kazachstanie * mąż Fatimy czczony przez

szytów * mleko po porodzie * sumeryjski bóg mądrości * jałowcówka (ang.) * Gmin lub lekarska * stołeczna Litwinka * bułgarski koniak i miasto * flagowy statek Kolumba * rozwielitka * tor F1 w Lombardii * kierunek pokoju między różnymi grupami chrześcijan * kwas nikotynowy * szlachcic rosyjski * dzielnica Kórnik * kierował atakiem na Pearl Harbor * siła, moc * związki pokrewieństwa * imię Fallaci * rysunek na ciełe * stolica Lazurowego Wybrzeża * starożytna władczyni Palmiry * geometria figur płaskich * nocny motyl * Lutra, przeciw odpustom * grecka Ceres * zarośnięcie (łac.) * piwny lub szybkiej obsługi * najdluzszy dopływ Konga * różanecznik * imię reżysera „Noża w wodzie”

Jerzy Badowski

Rozwiązanie jolki lekarskiej 294

Ludzie odczuwają rzeczy dobre wolniej, niż złe

Nagrody otrzymują:

Joanna Zehner (Bobrowice), Dariusz Grochowski (Chelm), Anna Junak (Kosakowo), Ewa Goraj (Kraków), Sylwia Jachna (Wrocław)

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

Klauzula informacyjna na str. 73/ Regulamin konkursu dostępny na www.gazetalekarska.pl

WYDAWCA

NIL Naczelnia
Izba Lekarska

Gazeta Lekarska dla członków
izb lekarskich bezpłatna

Nakład: 41 310 egz.

Kolegium redakcyjne

Jacek Bujko, Paweł Doczekalski,
Klaudiusz Komor, Maria Kłosińska,
Ryszard Golański, Dariusz Samborski,
Mikołaj Sinica, Anna Wojda,
Mariusz Tomczak

Redakcja

ul. Jana III Sobieskiego 110,
00-764 Warszawa
tel.: (22) 558 80 40

Dyżur telefoniczny w każdy wtorek
w godz. 10.00 - 14.00.

Poza tym terminem prosimy
kontaktować się mailowo:
redakcja@gazetalekarska.pl

Piotr Kościelniak

(redaktor naczelny)
piotr.koscielniak@nil.org.pl

Anna Wojda

(sekretarz redakcji)
anna.wojda@nil.org.pl

Lidia Sulikowska

(dziennikarz)
tel.: 698 633 755
lidia.sulikowska@nil.org.pl

Mariusz Tomczak

(redaktor portalu internetowego)
tel. (22) 558 80 40
mariusz.tomczak@nil.org.pl
www.gazetalekarska.pl

Reklama i marketing

anna.wojda@nil.org.pl
tel. 606 699 830

Ogłoszenia

Agata Bryk
ogloszenia@gazetalekarska.pl

Stale z nami współpracują

Jerzy Badowski, Adam Czerwinski,
Lucyna Krysiak, Zbigniew Kuzyszyn,
Jacek Miarka, Agata Morka,
Małgorzata Solecka, Jarosław
Wanecki, Grzegorz Wrona,
Sławomir Zagórski

Projekt okładki

Michał Trusz

Projekt

Michał Trusz

Skład

Montownia/Teresa Urawska

Druk

Eurodruk-Poznań Sp. z o.o.

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

Materiałów niezamówionych redakcja nie zwraca
i zastrzega sobie prawo do skrótnych, adaptacji, zmia-
ny tytułów. Redakcja nie odpowiada za treść reklam
i ogłoszeń. Autorów prosimy o przysyłanie tekstów
zapisanych na CD, e-mail w edytorze pracującym
w środowisku Windows. Publikacja ta prze-
znaczona jest tylko dla osób uprawnionych do
wystawiania recept oraz osób prowadzących
obrot produktami leczniczymi w rozumieniu
przepisów ustawy z 6 września 2011 r. – Pra-
wo farmaceutyczne (Dz.U. nr 126, poz. 1381,
z późn. zmianami i rozporządzeniami).

