

GAZETA L E K A R S K A

**PISMO IZB
LEKARSKICH**

CZEKA NAS SPÓR O OCHRONĘ ZDROWIA

- JAKI PLAN NAPRAWY SYSTEMU
MA KAROL NAWROCKI
- CO MOŻE PREZYDENT
- CZY RZĄD DOSTANIE SZANSĘ
NA REALIZACJĘ SWOICH OBIETNIC

E-REJESTRACJA

DOSTĘP DO ŚWIADCZEŃ
ŁATWIEJSZY, ALE
KOLEJKI NIE ZNIKNAJĄ

PRAWO

OBRAŻLIWE OPINIE
W SIECI – JAK SIĘ
BRONIĆ PRZED HEJTEM

SOCIAL MEDIA

DODA, GÓRNIAK
I LEWANDOWSKA
KONTRA MEDYCYNĄ

PRAKTYKA LEKARSKA

BYŁ PAN W TROPIKACH?
TO PYTANIE, KTÓRE
MOŻE URATOWAĆ ŻYCIE

Wybory są dla każdego

Jeszcze nie opadł kurz po drugiej turze wyborów prezydenckich, a my już szykujemy się do nowych – tym razem samorządu lekarzy i lekarzy dentystów. Będzie to pierwsza w naszej historii procedura wyborcza przewidująca przygotowanie i głosowanie w formie elektronicznej.

To prawdziwa rewolucja. Ale przecież nie chodzi tu o samą technologię – to tylko narzędzie. Piszac o rewolucji, mam na myśli szerokie udostępnienie tej formy uczestnictwa w procesie wyborczym wszystkim lekarzom. Za pośrednictwem specjalnie stworzonej dla naszego samorządu aplikacji można nie tylko oddać głos, ale też zmienić rejon wyborczy i składać wnioski. Może to zrobić każdy lekarz, nie wychodząc z domu. System wyborczy działa w najpopularniejszych przeglądarkach internetowych, na komputerach, tabletach i smartfonach. Oczywiście, nie rezygnujemy z dotychczasowych form uczestnictwa w wyborach.

Udostępnienie systemu e-wyborów to zwieńczenie długiej drogi. Pamiętam okręgowy zjazd lekarzy, na którym uzyskałem po raz drugi poparcie mojej kandydatury na funkcję prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie. To był 2022 r. Większa część zjazdu poświęcona była procesowi wyborczemu. Mówiono wówczas, że wybory muszą stać się bardziej transparentne, a sam proces bardziej demokratyczny. Postulowaliśmy, aby objęcie funkcji delegata było dostępne dla każdego lekarza, a nie tylko dla wąskiej grupy osób, która doskonale opanowała meandry procesu wyborczego.

Mówiono wówczas również o anachronicznej formie głosowania korespondencyjnego – przez wysyłanie papierowych listów. Wskazywano również na Naczelną Izbę Lekarską jako tę, która mogłaby to zmienić. Jednocześnie głośno zarzucano Izbie, że prac nad

ŁUKASZ JANKOWSKI
PREZES NACZELNEJ RADY
LEKARSKIEJ



elektronizacją wyborów dotychczas nie rozpoczęto.

„Wiem, że to niemożliwe, ale marzymy o wyborach w formie elektronicznej” – rzucił jeden z samorządowców. Wszyscy rozumieliśmy, że aby „niemożliwe” stało się możliwe, trzeba pokonać mentalny opór, wprowadzić zmiany w obowiązujących aktach prawnych na krajowym zjeździe lekarzy, stworzyć i certyfikować program wyborczy, a wreszcie przeprowadzić wybory w nowej formule.

Jestem dumny, że udało się to zrobić właśnie teraz, w tej kadencji władz samorządowych. Od dawna rozmawialiśmy o wprowadzeniu elektronicznego głosowania, chcieliśmy nowoczesnych rozwiązań gwarantujących z jednej strony powszechność uczestnictwa, a z drugiej pełne bezpieczeństwo procesu wyborczego. Dlaczego? Po pierwsze frekwencja – łatwiejszy udział w głosowaniu, niewymagający dużego wysiłku, to szansa na zwiększenie zainteresowania wyborami i sprawami samorządu. Po drugie – włączenie w cały proces również młodszych lekarzy, którzy często nie są świadomi tego, co dzieje się w ich izbach, i nie do końca są przekonani o wartości działań samorządu „zjadającego” ich składki. To pokolenie naszych kolegów i koleżanek, które załatwia wszystko w telefonie, a nie na papierze – dokładnie takie narzędzie

teraz otrzymało. Wreszcie bezpieczeństwo – dzięki elektronicznej weryfikacji tożsamości wyborcy możemy być pewni, że cały proces przebiega transparentnie.

Muszę tu z prawdziwą przykrością wspomnieć, że grupa działających w samorządzie osób chciała zatrzymać proces elektroniczacji wyborów, utrudnić lub wręcz uniemożliwić zmiany przepisów i opóźnić wdrożenie systemu zapewne po to, aby później z satysfakcją ogłosić, że się nie udało.

Otóż udało się. Zaczynamy! Jesteśmy pierwszym samorządem zawodowym, który wdrożył ten sposób wyboru swoich przedstawicieli!

Za tym sukcesem stoją konkretni ludzie. W tym miejscu chciałbym podziękować i pogratulować osobom, bez których program do obsługi wyborów nie miałby szans zafunkcjonować. Na szczególne podziękowanie zasługuje kol. Jacek Sowiński, który poświęcił swój prywatny czas, aby zainicjować i przeprowadzić kompleksowe testy programu przed jego certyfikacją. Ogromne wsparcie przy certyfikacji zapewniali też Mery Topolska-Kotulecka i Grzegorz Wrona. Na uznanie zasługuje również ekipa informatyków NIL pod przewodnictwem Krzysztofa Napory. Bardzo Wam dziękuję.

Teraz pozostaje nam tylko nie zmarnować tego ogromnego wysiłku. Zachęcam do udziału w e-wyborach.

- 3 **Wybory są dla każdego**
Łukasz Jankowski
- 5 **Dom na czterech kołach**
Klaudiusz Komor
- 6 **Walka w kłinczu**
Piotr Kościelniak

TEMAT NUMERU

- 6 **Zimna wojna. Co robi Karol Nawrocki?**
Czy prezydentura 2025-2030 będzie czasem ideologicznego zamrożenia ochrony zdrowia? A może konfrontacji z rządem?
- 11 **Nie tylko symbol**
Głowa państwa nie jest wyłącznie notariuszem decyzji parlamentu.
- 12 **Zdrowie w cieniu polityki. Co robi teraz minister Leszczyna?**

AKTUALNOŚCI

- 14 **Newsy z kraju i ze świata**
- 16 **Elektroniczne wybory – jak to działa**
- 18 **Podwyżki na pauzie. Rząd gra na czas, związki – va banque**
- 20 **Krok w stronę cyfrowej opieki, ale nie koniec kolejek**
Nadzieje na to, że centralna e-rejestracja rozwiąże problemy polskich pacjentów, są wyolbrzymione.
- 22 **Chirurgia pod namiotem**
- 24 **Lekarze, pacjenci, decydenci – rozmawiamy o otwarcie o zdrowiu**
- 27 **Stomatologia przyszłości – przy jednym stole**

PODATKI I FINANSY

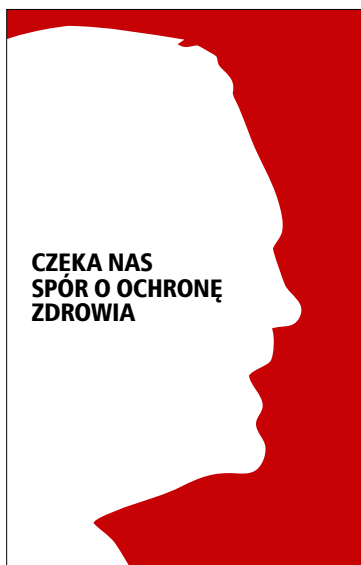
- 28 **Dom pod palmami? Tak, ale z głową!**
- 30 **Kwadrans, który może zmienić finanse**

PRAWO I MEDYCYNĄ

- 31 **Śmierć po planowym zabiegu. Kara dla chirurga**
- 32 **Jak się bronić przed hejtem**
- 34 **Miedzy skalpelem a wyrokiem. Opowieści z sali sądowej**

PRAKTYKA LEKARSKA

- 36 **Musimy razem walczyć o to, co wspólne**
Paweł Barucha



CZĘKA NAS
SPÓR O OCHRONĘ
ZDROWIA

TEMAT NUMERU STRONY 6-14

Nie wiadomo, czy prezydentura Karola Nawrockiego przyniesie współpracę, czy konfrontację z rządem – jedno jest pewne: w ochronie zdrowia nie ma czasu na stagnację.

- 36 **Eksperci kontra absurdy systemu**
- 38 **Kardiologia prenatalna. Polska może być liderem Europy**
- 41 **Tsunami chorób mózgu**
Nasze mózgi są przestymulowane, co negatywnie odbija się na zdrowiu psychicznym.

- 44 **Rynek apteczny na rozdrożu: zawód czy biznes**
Mariusz Politowicz
- 46 **Niekończący się pilotaż**
- 48 **Był pan w tropikach? – pytanie, które może uratować życie**
Co jeszcze można wynieść ze śmigłowca? Dwanaście lekcji z LPR (cz. 2)
Jakub Sieczko
- 52 **Suplementy, smalec i spiski. Celebryci kontra medycyna**
- 54 **Pozytywne bodźce zamiast traumy. Noworodek też czuje**
- 57 **Lekarz. Cztery typy, jeden fartuch**
Anna Gołębicka
- 58 **Wpuść muzyka do szpitala**

WYWIAD LEKAR(S)KI

- 60 **Wszystko jest po coś**

NOWE TECHNOLOGIE

- 62 **Więcej niż fantazja: rozszerzona i wirtualna rzeczywistość w medycynie**

SAMORZĄD ZAWODOWY

- 64 **Kiedy system *no fault*?**
Jakub Kosikowski
- 64 **O tym się mówi/Mówią o nas**

OŚRODEK KSZTAŁCENIA

- 66 **Nie tylko opatrunek**

PO GODZINACH

- 68 **Wyzwolenie**
Jarosław Wanecki
- 69 **Boskie Wybrzeże i wyspa marzeń**
- 72 **Błąd malarski – Trzy po trzy**
- 74 **Wena. To był maj!**
- 75 **Przychodzi wena do lekarza**
- 76 **Wiatr w żaglach i w sercu**
- 76 **Szach-mat dla rutyny**
- 77 **Nie tylko motocykle**
- 77 **Czytelnia**
- 78 **Sztuka spotkania. Plener**
- 79 **Malujących Lekarzy**
- 79 **Ogłoszenia**
- 82 **Jółka lekarska**

JEDNYM GŁOSEM

Dom na czterech kołach

Wakacje to czas wolności, swobody i nieprzewidywalnych przygód.
Dlatego tym razem – zamiast o samorządzie lekarskim, o karawaniu.

Wakacje! Słowo, które u każdego chyba wywołuje dreszczyk emocji, przywodzi na myśl wszystko, co jednoznacznie kojarzy się z przyjemnością. I nie ma znaczenia, czy planujemy je w czerwcu, lipcu, czy nawet październiku, słowo wakacje zawsze brzmi dobrze!

Dlatego ja również postanowiłem napisać o wakacjach, a właściwie o mojej pasji, która od wielu lat decyduje, jak wakacje wyglądają. Pasją tą jest karawaning. Zaczęło się już na studiach i w czasach bezpośrednio po nich od urlopów spędzonych w pocziwiej ciasnej niewiadomości rodziców (dla młodszych: to kultowa przyczepa kempingowa polskiej produkcji z czasów komunizmu). Miałem niebywałe szczęście, które nie jest dane wszystkim karawaningowcom, że moja żona w pełni podziela pasję do podróży z własnym domkiem. Od 2009 r., kiedy udało nam się kosztem wielu dyżurów w pogotowiu stać się właścicielami pierwszego naszego kampera, każdy urlop i większość długich weekendów spędzamy razem w kamperze.

Co w tym pociągającego? Wolność decyzji i brak ograniczeń. Nie trzeba z półrocznym wyprzedzeniem planować urlopów, szukać okazji i ofert last minute. Można wsiąść do kampera, otworzyć mapę (dzisiaj to raczej Google Maps) i ruszyć tam, gdzie nam się właśnie zachce albo gdzie akurat jest pogoda. Tak najczęściej właśnie w majówkę – prognozy są pewne dopiero na kilka dni przed wyjazdem.

Pamiętam taki rok, kiedy 30 kwietnia rano kamper był już spakowany na wspaniałą wyprawę wokół Szwajcarii (polecam – tzw. Grand Tour) i w ostatniej chwili rzuciłem okiem na informacje w internecie o warunkach drogowych. Okazało się, że na najważniejszych przełęczach w Szwajcarii nadal leży śnieg! Pozostało szybko przepakować zawartość szafek z ubraniami i następnego dnia rano ruszyć do... Toskanii, gdzie akurat

KLAUDIUSZ KOMOR
WICEPREZES NACZELNEJ
RADY LEKARSKIEJ



prognozy dawały pewność słońca przez cały tydzień.

I to właśnie umożliwia własny kamper. Wbrew temu, co niektórzy myślą, nie jest on sposobem na podróżowanie tylko latem – ma własne ogrzewanie zasilane gazem lub prądem na kempingu, spory zapas czystej wody (oczywiście podgrzewanej do kąpielii), prysznic, toaletę, lodówkę czy kuchenkę gazową. Wyposażony w dobry akumulator i baterie solarne na dachu daje możliwość spędzenia nawet kilku dni bez kontaktu z cywilizacją. Można to wykorzystać na północnych krańcach Norwegii, gdzie latem słońce zasilające w prąd nasz domek nie zachodzi ani na minutę.

Norwegia jest zresztą wspaniałym krajem do podróżowania kamperem, praktycznie wszędzie można zatrzymać się na jedną noc bez żadnych opłat, a na wielu stacjach benzynowych można bezpłatnie uzupełnić zapas czystej wody, wypuścić tzw. szarą wodę (czyli tę po myciu i zmywaniu) oraz opróżnić toaletę.

Kilka porad, dla tych, którzy jeszcze nie połączyli kamperowego bakcyła, a chcieliby jakoś zacząć. Proponuję na pierwszy raz kampera wypożyczyć po to, żeby przekonać się, czy taki sposób podróżowania całej naszej rodzinie odpowiada (jest to jednak dalekie od komfortu kurortów all inclusive, a cały apartament ma łącznie około 15 mkw.). Proponuję

na pierwszy wyjazd wybrać się w dwa lub trzy kampery, najlepiej z kimś, kto taki sposób podróżowania już zna (pomoże to uniknąć niedogodności związanych z samą obsługą kampera). Ważny jest również czas i kierunek wyjazdu: proponuję maj-czerwiec lub wrzesień-październik (czyli unikamy szczytu sezonu), a jako cel okolice z umiarkowanym klimatem i raczej pewną pogodą, np. Toskanie, Peloponez czy półwysep Peljeśac. Dopiero kiedy pierwsza wyprawa okaże się udana, warto zastanowić się nad zakupem własnego kampera.

W karawaningowej braci są zwolennicy kamperów i zwolennicy przyczep kempingowych – wydaje się, że przyczepy są bardziej odpowiednie dla rodzin z małymi dziećmi, kiedy nieoceniony okazuje się samochód pozwalający kręcić się po okolicy bez przestawiania przyczepy, oraz osób preferujących dłuższy pobyt w jednym miejscu, głównie na kempingu. Kamper będzie natomiast idealny dla osób, które lubią często zmieniać miejsce pobytu i dla których dwa lub trzy dni w jednym miejscu to już za długo oraz dla osób lubiących zatrzymywać się „na dziko”, czyli poza kempingami.

W naszych wakacyjnych planach w tym roku po raz kolejny Norwegia, a właściwie po raz pierwszy jej najdalszy zakątek, czyli Nordkapp. Do zobaczenia w drodze!

Walka w klinczu

PIOTR KOŚCIELNIAK
REDAKTOR NACZELNY



Nawet jeśli ty nie interesujesz się polityką, polityka interesuje się tobą. To najprostsza odpowiedź dla tych z Państwa, którzy zastanawiają się, dlaczego na okładce „Gazety Lekarskiej” znajduje się Karol Nawrocki. A ściślej jego profil – profil nowego Prezydenta RP.

Postawa, przekonania, poglądy i decyzje Karola Nawrockiego będą wpływać na kształt polskiego systemu prawnego przez co najmniej pięć lat. A częścią tego systemu jest również ochrona zdrowia, środki na jej finansowanie, rola i pozycja lekarzy, akceptacja medycyny opartej na dowodach i ulokowanie jej w przepisach. W społeczeństwie podzielonym na „niemal równe połowy” to głos nowego prezydenta, dysponującego silnym mandatem i wyposażonego m.in. w prawo weta, będzie decydował o tym, jakie inicjatywy są realizowane, a jakie trafiają do szuflady w oczekiwaniu na nadejście innych czasów. Oczywiście, jestem świadomy istnienia protestów wyborczych, które zresztą do chwili, gdy to wydanie dotrze do Państwa, zostaną prawdopodobnie rozstrzygnięte.

Z drugiej strony mamy rząd, którego znakiem rozpoznawczym stało się odkładanie realizacji obietnic. Zniknęła właśnie wymówka „Duda wszystko wetuje”, rośnie rozczarowanie wyborców, a koalicjanci sami publicznie przyznają, że niemal półmetek kadencji to już najwyższa pora, żeby wreszcie wziąć się do pracy.

I tu dochodzimy do sedna – im bardziej koalicja rządząca będzie chciała zrealizować choć niewielką część swoich obietnic, tym bardziej prezydent będzie je blokował. Oczywiście część zmian – zwłaszcza tych ze sfery ideologicznej, takich jak aborcja, pigułka po, czy obowiązkowa edukacja zdrowotna – rząd może starać się wprowadzić, omijając prezydenta (co zresztą premier Donald Tusk zapowiedział, a minister Leszczyńska już robi). Ale gorzej sprawa wygląda z obietnicami, przy realizacji których podpis prezydenta jest niezbędny.

Oznacza to nieustanny spór m.in. o finansowanie ochrony zdrowia, nakłady na szczepienia i ich obowiązkowość oraz inne kwestie związane ze zdrowiem publicznym. Nie mamy sygnałów, że może to dotyczyć również zahamowania wysiłków w celu wprowadzenia klauzuli wyższego dobra czy rozwiązań podnoszących bezpieczeństwo fizyczne lekarzy – ale wiemy, że wymagają one zmian ustawowych. Bez prezydenta się nie da.

Należy się zatem spodziewać ciągłej walki w klinczu – skoro już mówimy o bokserach – która w najlepszym razie przyniesie współpracę na minimalnym poziomie, a w najgorszym – totalną blokadę. Do kolejnego gongu kończącego rundę. ●



Wybory prezydenckie wygrał obywatelski kandydat wspierany przez Prawo i Sprawiedliwość, przekreślając tym samym nadzieje koalicji rządzącej na autostradę dla pomysłów trzymanyh w zamrażarce z obaw przed prezydenckim wetem. Wybory pokazały, że nie było warto, a zapowiedzi premiera dotyczące „planu B” i determinacji w zmienianiu Polski, realizacji obietnic itp. mają duże szanse pozostać na papierze.

DO KOŃCA NIE WIADOMO

Ochrona zdrowia była i jest jednym z obszarów, których dotyczy to w sposób szczególny. Nikt nie ma wątpliwości, że zmiany – zarówno strategiczne, systemowe, jak i dotyczące punktowych rozwiązań – są po prostu konieczne. Czy prezydent Karol Nawrocki skorzysta z deklaracji Donalda Tuska i będzie współpracować, czy przeciwnie – użyje wszelkich możliwych środków, by blokować plany koalicji? I wreszcie, czego można się spodziewać po prezydenturze 2025-2030, jeśli chodzi o obszar zdrowia?

Mówiąc najbardziej ogólnie: do końca nie wiadomo. Poglądy głoszone w trakcie kampanii wyborczej sytuują Karola Nawrockiego między Prawem i Sprawiedliwością a Konfederacją i w wielu kwestiach wydają się być bliższe temu drugiemu ugrupowaniu. Widać to zarówno w sprawach światopoglądowych (aborcja, in vitro), jak i obszarze zdrowia publicznego (szczepienia ochronne).

Z drugiej strony, Karol Nawrocki próbuje – w sprawach systemowych – wrócić do źródeł, czyli do roku 2015. Głosi hasła, jakich nie powstydziłaby się Beata Szydło, o planach prywatyzacyjnych obecnej koalicji mających leżeć u podstaw ustawy o szpitalnictwie niemal identycznej z tą, którą przygotowywał najdłużej urzędujący minister zdrowia w rządach PiS, Adam Niedzielski, a która w niektórych aspektach szła dalej niż obecnie projektowane rozwiązania.

Kampania nie musi się w stu procentach przełożyć na rzeczywiste podejmowane decyzje. Ale

TEMAT NUMERU

Zimna wojna. Co robi Karol Nawrocki?

MAŁGORZATA SOLECKA
DZIENNIKARKA

Czy prezydentura 2025-2030 będzie czasem ideologicznego zamrożenia ochrony zdrowia? A może konfrontacji z rządem, która sparaliżuje jakiegokolwiek zmiany? Na razie pewne jest jedno: kampania dobiegła końca, ale polityczny spór o zdrowie dopiero się zaczyna.

z dużym prawdopodobieństwem można założyć, że tym razem rozbieżności nie będą jaskrawe.

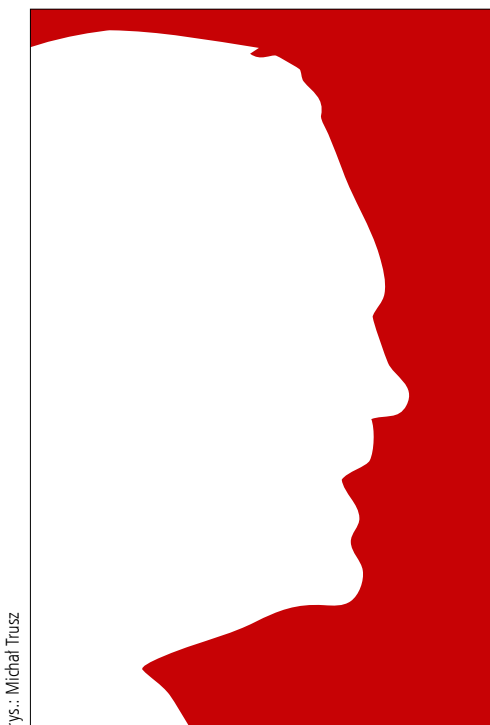
NIE TYLKO ABORCJA

Prezydent wielokrotnie w trakcie kampanii opowiadał się „za życiem”. Tylko w jednej sprawie, czyli przesłanki związanej z czynem zabronionym, zajął stanowisko, z którego można wnioskować, że nie poprze zmian idących w kierunku delegalizacji.

– Jestem katolikiem, więc moje generalne stanowisko jest oczywiście za życiem – mówił Karol Nawrocki wiosną, pytany w trakcie jednego ze spotkań o to, czy aborcja powinna być legalna, gdy ciąża jest wynikiem gwałtu. Zaznaczył, że w tej sytuacji decyzja należy do kobiety. – Z tego dramatu, z tego zła, często jest wiele miłości i wiele dobra, gdy kobieta podejmuje decyzję o urodzeniu takiego dziecka – dodał.

Nie wydaje się również możliwe, by Karol Nawrocki opowiedział się przeciw przesłance związanej z sytuacją bezpośredniego zagrożenia życia kobiety, nawet gdyby taki pomysł na poziomie parlamentu (raczej kolejnego) powstał.

Pewne jest natomiast, że koalicja pod przywództwem Donalda Tuska może zapomnieć o wszystkich projektach liberalizujących przepisy antyaborcyjne. Na stole pozostanie być może projekt powrotu do tzw. kompromisu aborcyjnego. Co prawda sam Nawrocki w trakcie kampanii deklarował, że nie podpisze takiej ustawy, ale warto przypomnieć,



rys.: Michał Trusz

że w ubiegłym roku kluczowi politycy Prawa i Sprawiedliwości, w tym sam prezes Jarosław Kaczyński, przyznali, że wyrok Trybunału Konstytucyjnego z października 2020 r., który uznał tzw. przesłankę eugeniczną za niezgodną z konstytucją, był błędem. Po wygranych przez Nawrockiego wyborach „liberalne” skrzydło PiS wcale nie musi jednak

dominować, a i sam prezes partii może – ponownie – zmienić zdanie w sprawie tego, czy parlament może, czy nie może ingerować tak bardzo w kwestie sumienia obywateli.

Aborcja nie wyczerpuje spektrum tematów światopoglądowych w obszarze zdrowia. Po wyborach prezydenckich miała wrócić sprawa dostępności bez recepty antykoncepcji awaryjnej. Funkcjonujący obecnie pilotaż jest co najwyżej półśrodkiem i na pewno nie spełnia swojej roli, choćby ze względu na odsetek aptek, które w nim uczestniczą i ich nierównomierne rozłożenie. Mało kto pamięta, że kluby Trzeciej Drogi zaproponowały wiele miesięcy temu duże zmiany, jeśli chodzi o antykoncepcję w ogóle – w tym przede wszystkim refundowanie środków antykoncepcyjnych na większą niż obecnie skalę. Wydaje się, że obie sprawy rząd będzie musiał albo odłożyć na półkę, albo – przeciwnie – „odkopic”, by stworzyć możliwość do konfrontacji na polu ideologicznym.

Jest wreszcie kwestia programu finansowania in vitro ze środków publicznych. Tu, jak się wydaje, są największe realne powody do niepokoju o przyszłość rozwiązania, za którym jesienią 2023 r. opowiedziała się zdecydowana większość posłów, w tym duża część parlamentarzystów Prawa i Sprawiedliwości. Po roku funkcjonowania program



fot.: Grzegorz Jakubowski/KPRP

jest niewątpliwym sukcesem. Zakwalifikowało się do niego ponad 32 tys. par, ciążę potwierdzono u ponad 12 tys. kobiet, urodziło się około tysiąca dzieci. Zgodnie z ustawą rocznie na program, który obowiązuje do końca 2028 r., rząd musi wydawać minimum pół miliarda złotych, ale minister zdrowia w tym roku już zapowiedział dodatkowe 100 mln zł. Przyrzekła, że jeśli będą potrzeby, dodatkowe środki w budżecie się znajdą.

O kwestii in vitro pytał Karol Nawrockiego w trakcie debaty telewizyjnej kandydat Koalicji Obywatelskiej. I doczekał się zaskakującej odpowiedzi. Nawrocki stwierdził, że „nie będzie wykazywał inicjatywy w sprawie in vitro”, bo jego światopogląd nie pozwala mu wspierać tego programu. Zapewnił jednak, że „nie będzie przeszkadzał samorządom w realizowaniu programów”. Zupełnie tak, jakby nie miał świadomości, że od roku funkcjonuje na podstawie ustawy wieloletni program rządowy (na marginesie warto podkreślić, że w ciągu ośmiu lat samorządowych programów in vitro urodziło się ponad 11 tys. dzieci).

ZDROWIE PUBLICZNE

Kandydat na prezydenta nie musi być specjalistą w tematach związanych ze zdrowiem, nie musi nim być również prezydent. Jednak przykład Karola Nawrockiego pokazuje, jak bardzo brakuje edukacji zdrowotnej. Tej, którą resort edukacji wprowadza z mizernymi rezultatami od września, Karol Nawrocki jednoznacznie się sprzeciwia. Dał temu wyraz, uczestnicząc w grudniu ubiegłego roku w demonstracji przeciwników nowego przedmiotu, pod hasłem „NIE dla deprawacji”. Było to zresztą jedno z pierwszych publicznych wystąpień obywatelskiego kandydata namaszczonego przez

Prawo i Sprawiedliwość. Sprzeciw wobec „seksualizacji dzieci” miał być jednym z głównych motywów kampanii, jednak po tym jak Rafał Trzaskowski i Donald Tusk opowiedzieli się za fakultatywnością edukacji zdrowotnej, temat zszedł na dalszy plan. Można jednak założyć, że wróci, jeśli Ministerstwo Edukacji Narodowej poważnie traktuje zapowiedź, że po kilku miesiącach doświadczeń i ewaluacji może nastąpić zmiana decyzji w sprawie dobrowolności przedmiotu. A tego właśnie konsekwentnie domaga się przedstawiciele środowisk medycznych.

Nawrocki w sprawie edukacji zdrowotnej zajął stanowisko z jednej strony jako katolik, z drugiej – jak sam mówi – wolnościowiec, co w jego własnej interpretacji oznacza, że uznaje prymat rodziców we wszystkich decyzjach dotyczących dzieci. To może oznaczać na przykład, że przygotowywana zmiana przepisów, zgodnie z którą niepełnoletni mieliby zyskać prawo do konsultacji psychologicznych bez zgody rodzica, może spotkać się z prezydenckim sprzeciwem.

DRAŻLIWE SZCZEPNIENIA

Prezydent deklarował jeszcze w czasie kampanii, ale również po wyborczym zwycięstwie, że jest zwolennikiem zniesienia obowiązkowych szczepień ochronnych. To hasło, które zdecydowanie popiera Konfederacja, ale też część posłów Prawa i Sprawiedliwości. Przy czym spośród różnych wypowiedzi Karola Nawrockiego dotyczących spraw zdrowotnych te związane

◀ **Karol Nawrocki** – prezydent, od którego decyzji może zależeć kierunek zmian w ochronie zdrowia w najbliższych latach

ze szczepieniami można uznać za po prostu kompromitujące. I nie chodzi bynajmniej o „wolnościowe” poglądy.

W lutym jeszcze jako kandydat na prezydenta Nawrocki mówił w trakcie jednego ze spotkań, że jest przeciwny „przymusowym szczepieniom szczególnie ludzi dorosłych, ale także przeciwko przymusowym szczepieniom dzieci, z wyłączeniem tylko tych chorób, które są zagrożeniem generalnym dla populacji”, wymieniając tu „polio” i „chorobę Heinego-Mediny”. Wywołało to lawinę komentarzy z wieloma wątkami, począwszy od tego, że szczepienia obowiązkowe nie oznaczają szczepień przymusowych, przez wytykanie niewiedzy w zakresie jednej z najgroźniejszych chorób, czyli polio, po oczywistość dla ekspertów – „zagrożeniem generalnym dla populacji” są wszystkie choroby zakaźne. Choćby odra, która dla dzieci i osób z obniżoną odpornością może skończyć się poważnymi powikłaniami ze zgonem włącznie.

Minęło kilka miesięcy, Karol Nawrocki wygrał wybory i kilka dni później w telewizji zapytany, czy podpisałby ustawę, która znosi obowiązkowe szczepienia, potwierdził: „Ja mam tu wolnościowe podejście od samego początku i to także się nie zmieniło. Oczywiście, doceniam te szczepienia, które wykluczają choroby cywilizacyjne. Uznaję, że rodzice z mocnymi wyjątkami czy osoby dorosłe mogą same decydować w zakresie swojego prowadzenia zdrowotnego”.

„Prowadzenie zdrowotne” czy też wybory zdrowotne to również przykład osobisty, postawa Karola Nawrockiego. I tu sprawy się komplikują. Z jednej strony zwycięzca wyborów może imponować dbałością o formę fizyczną, z drugiej – jeśli coś z kampanii prezydenckiej zapisze się w historii, to chyba obraz, jak aplikuje sobie pod wargę woreczek nikotynowy, snus. Do końca nie wiadomo, na ile była to fizjologiczna potrzeba, na ile obliczony przez sztabowców „ukłon” w stronę młodszych wyborców, a na

ile próba wciągnięcia kontrkandydata w testy na obecność narkotyków. Zasadnym będzie też pytanie, na ile stojący na pozycjach „wolnościowych” prezydent będzie skłonny współpracować z rządem przy regulacjach ograniczających dostęp do używek. O tym zresztą kandydat mówił również w trakcie kampanii, gdy był pytany np. o zakaz sprzedaży alkoholu na stacjach benzynowych.

FUNDUSZ MEDYCZNY 2.0?

W samej końcówce kampanii, podczas debaty transmitowanej w telewizji Republika (nie brał w niej udziału Rafał Trzaskowski), pojawił się – deus ex machina – temat Funduszu Medycznego za sprawą zbiorów prowadzonych na rzecz dzieci z DMD. Pieniądze przeznaczone są na rekordowo drogą terapię genową, której koszty wynoszą kilkanaście milionów złotych.

„Rodzice dzieci zmuszeni są do błagania o pomoc, a państwo nie dokłada ani złotówki” – usłyszał kandydat na prezydenta. „Mam poczucie, że ten wielki, społeczny, obywatelski czyn zbierania środków finansowych na dzieci chore na choroby rzadkie z jednej strony jest potrzebny i heroiczny, a z drugiej strony jest dowodem na dysfunkcjonalność państwa polskiego. To są środki, które powinny znaleźć się w funduszach na polską służbę zdrowia” – odpowiedział Karol Nawrocki. Dodał, że „pewnym rozwiązaniem miał być Fundusz Medyczny, który funkcjonował za sprawą prezydenta Andrzeja Dudy i Ministerstwa Zdrowia za czasów Zjednoczonej Prawicy. To dawało prezydentowi realną szansę na reagowanie właśnie w tego typu sytuacjach. Ze względów politycznych fundusz ten został zlikwidowany. Ja doprowadzę do przywrócenia Funduszu Medycznego”.

Lista sprostowań tej wypowiedzi jest naprawdę długa. Po pierwsze, Fundusz Medyczny nigdy nie służył jako sposób finansowania terapii niezarejestrowanych w Europie i nierefundowanych w Polsce. Co prawda, Andrzej Duda, ogłaszając w 2020 r. plan powołania Funduszu Medycznego, również przywołał przykład zbiorów na leczenie. Jednak rozwiązania przyjęte w ustawie powołującej Fundusz Medyczny w żadnym razie nie eliminowały ani nie próbowały zastąpić tego mechanizmu (który funkcjonuje w wielu krajach, również bardzo bogatych). Po drugie, Fundusz Medyczny w całości działał pod auspicjami Ministerstwa Zdrowia i choć nikt nie próbował

deprecjonować roli prezydenta, to nie głowa państwa reagowała na potrzeby zdrowotne, ale eksperci i resort zdrowia. Ze środków Funduszu Medycznego, kiedy już realnie zaczął działać (czyli w 2022 r.), sfinansowano np. refundację terapii genowej w SMA (równolegle jednak funkcjonowały zbiórki, bo nie wszystkie dzieci spełniały kryteria przewidziane w programie lekowym). Dodatkowo, wbrew twierdzeniu Karola Nawrockiego nikt nie zlikwidował Funduszu Medycznego. Co więcej, Ministerstwo Zdrowia

Nie wiadomo, czy prezydentura Karola Nawrockiego przyniesie współpracę, czy konfrontację z rządem – jedno jest pewne: w ochronie zdrowia nie ma czasu na stagnację

nie raz dawało odpór postulatami rozdysponowania zgromadzonych w nim środków, twierdząc, że są one już zabudżetowane. I choć koalicja rządząca rzeczywiście ma zakusy likwidacyjne, z oczywistych przyczyn zagrożenia prezydenckim wetem nie powstał nawet projekt ustawy. I wreszcie – sugestia, że polski system ochrony zdrowia stać na wszystko lub powinno stać – nieuchronnie prowadzi musi do refleksji: w jaki sposób?

SKŁADKA I PIERWSZEŃSTWO DLA POLAKÓW

Karol Nawrocki w trakcie kampanii zapowiadał, że nie zgodziłby się jako prezydent na obniżenie składki zdrowotnej dla przedsiębiorców (prezentując stanowisko identyczne z tym, które zaowocowało wetem prezydenta Andrzeja Dudy). Jednocześnie jednak obiecał – również w rozmowach ze Sławomirem Mentzenem, zabiegając o poparcie elektoratu Konfederacji, że nie podpisze żadnej ustawy, która zwiększałaby obciążenia podatkowe. A w najbliższych latach, co dobitnie pokazują analizy ekonomistów, bez zwiększenia obciążeń składkowych praktycznie niemożliwe będzie nie tylko zrównoważenie finansów ochrony zdrowia, ale przede wszystkim

utrzymanie obecnego, dalekiego od doskonałości poziomu funkcjonalności systemu oraz dostępności do świadczeń.

Zgodnie z hasłem wyborczym „Po pierwsze Polska, po pierwsze Polacy” Karol Nawrocki zapowiadał w pierwszym etapie kampanii inicjatywę ustawodawczą w sprawie gwarancji pierwszeństwa Polaków w dostępie do świadczeń zdrowotnych. Ten pomysł nie wywołał entuzjazmu. Przede wszystkim dlatego że problemem nie są korzystający ze świadczeń w ramach publicznego systemu uchodźcy z Ukrainy – a to przecież w nich wymierzone było wyborcze hasło. Polacy dobrze wiedzą, że kolejki do leczenia były rzeczywistością systemu na długo wcześniej. Dlatego w drugiej części walki o fotel prezydenta Nawrocki stawiał bardziej na obietnicę przeprowadzenia „największej od 1989 r. reformy zdrowia”. Miałyby się ona zrealizować przez powstanie Centrów Obsługi Pacjenta, zintegrowanego systemu, który „ułatwi pacjentom dostęp do świadczeń zdrowotnych, skracając kolejki od momentu diagnozy aż po rehabilitację”.

CO Z PODWYŻKAMI?

Są mocne przesłanki, by twierdzić, że nowy prezydent zablokuje rządowe projekty zmian w ochronie zdrowia (oczywiście zakładając, że uda się je w ogóle uzgodnić na poziomie rządu i przeprowadzić przez parlament). Częścią tych zmian według zapowiedzi Ministerstwa Zdrowia miałyby być nowelizacja lub uchwalenie nowej ustawy o wynagrodzeniach minimalnych. W końcówce kampanii Nawrocki twierdził, że Rafał Trzaskowski z pewnością ustawę „zmniejszającą” wynagrodzenia medyków podpisze, co zapewne można potraktować jako zapowiedź, że on tego na pewno nie zrobi. Czy taki projekt w ogóle powstanie, nie wiadomo (więcej o problemach z ustawą podwyżkową piszemy na stronie 18), ale wszystko wskazuje, że również w tym obszarze współpracy między prezydentem a rządem trudno się spodziewać.

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

TEMAT NUMERU

Nie tylko symbol

ANNA WOJDA

Głowa państwa nie jest wyłącznie notariuszem decyzji parlamentu – to gracz, który ma w rękach potężne narzędzia wpływu na prawo.

Choć prezydent często kojarzony jest z funkcją reprezentacyjną, w rzeczywistości odgrywa znacznie ważniejszą rolę w procesie stanowienia prawa. To nie tylko symboliczna głowa państwa, lecz jeden z kluczowych graczy sceny politycznej – z realnym wpływem na legislację, politykę krajową i funkcjonowanie instytucji. Nie rządzi bezpośrednio, ale jego decyzje potrafią zatrzymać ustawę, zmusić parlament do korekty lub całkowicie zmienić jej bieg.

WŁASNA USTAWA? CZEMU NIE

Prezydent może sam zainicjować projekt ustawy – i to w niemal każdej sprawie: od podatków, przez zdrowie, po edukację. To narzędzie pozwala mu nie tylko wpływać na prawo, ale też komunikować polityczne priorytety. Prezydent nie prowadzi jednak polityki państwa, a przysługująca mu inicjatywa ustawodawcza nie daje możliwości realizacji obietnic, np. w ustawie budżetowej, gdzie inicjatywa przysługuje wyłącznie Radzie Ministrów.

Najbardziej aktywny, jeśli chodzi o zgłaszanie projektów ustaw, był Lech Kaczyński – przedstawił 44 projekty ustaw. Jeśli chodzi o efektywność prezydentów, wyróżnia się Andrzej Duda. Z przedstawionych przez niego projektów Sejm uchwalił 80 proc. Związane jest to jednak z tym, że przez prawie cały okres jego kadencji większość sejmową posiadała sprzyjająca mu partia – Prawo i Sprawiedliwość.

Co ciekawe, Sejm, do którego trafia prezydencka inicjatywa, może ustawę uchwalić, odrzucić, a nawet gruntownie zmienić tak, że pierwotna idea zniknie w cieniu poprawek.

PODPIS: BRAMA DO PRAWA

Bez podpisu prezydenta żadna ustawa uchwalona przez parlament nie wejdzie w życie. To ostatni etap – i ostatnia szansa na reakcję. Prezydent może złożyć podpis, ale może też powiedzieć „stop”. Wtedy

uruchamia narzędzia, które potrafią zablokować cały proces legislacyjny. Ma trzy możliwości:

- podpisać ustawę,
- zawetować w całości,
- skierować ją do Trybunału Konstytucyjnego z wnioskiem o zbadanie zgodności z konstytucją (kontrola prewencyjna).

Jeśli Trybunał uzna ustawę za zgodną z konstytucją – prezydent musi ją podpisać. Jeśli nie – odmawia podpisania.

Może się też zdarzyć, że niezgodność z konstytucją dotyczy poszczególnych przepisów ustawy, a Trybunał Konstytucyjny nie orzeknie, że są one nierozzerwalnie związane z całą ustawą. Wówczas prezydent po zasięgnięciu opinii marszałka Sejmu podpisuje ustawę z pominięciem przepisów uznanych za niezgodne z konstytucją albo zwraca ustawę Sejmowi w celu usunięcia niezgodności.

W praktyce oznacza to, że prezydent może skutecznie blokować kontrowersyjne reformy, nie mając do dyspozycji armii – wystarczy podpis... lub jego brak.

WETO – NAJOSTRZEJSZA BRON

Prezydent ma również prawo zawetowania ustaw uchwalonych przez Sejm i Senat. Co istotne, weto musi dotyczyć całej ustawy, a nie tylko niektórych jej przepisów.

Zablokowana w ten sposób ustawa może być nadal uchwalona – konieczna do tego jest jednak większość 3/5 głosów w obecności co najmniej połowy ustawowej liczby posłów. Wówczas prezydent w ciągu 7 dni podpisuje ustawę i zarządza jej ogłoszenie w Dzienniku Ustaw (nie przysługuje mu wtedy prawo wystąpienia do Trybunału Konstytucyjnego w trybie kontroli prewencyjnej).

OCHRONA ZDROWIA I AKTYWNOŚCI LEGISLACYJNA PREZYDENTA ANDRZEJA DUDY

1. Inicjatywa ustawodawcza

Prezydent skierował do Sejmu projekty:

- ustawy o szczególnej opiece geriatrycznej,
- ustawy o Funduszu Medycznym.

2. Zawetowane ustawy:

- o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- nowelizacja Prawa farmaceutycznego.

3. Skierowane do Trybunału Konstytucyjnego:

- nowelizacja ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych,
- ustawa o zmianie ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej,
- ustawa o niektórych zawodach medycznych.

Co ważne, prezydent może zakwestionować także ustawę już podpisaną i ogłoszoną w Dzienniku Ustaw. W ramach tzw. kontroli następcej może w każdej chwili skierować obowiązujące prawo do Trybunału Konstytucyjnego – niezależnie od tego, czy dotyczy to ustawy, umowy międzynarodowej, czy rozporządzenia. Wniosek prezydenta nie wstrzymuje działania aktu prawnego, ale jeśli Trybunał uzna go za niezgodny z Konstytucją – przestaje on obowiązywać. To potężne narzędzie, szczególnie w momentach napięcia między władzą wykonawczą a ustawodawczą. ●

TEMAT NUMERU

Zdrowie w cieniu polityki. Co robi teraz minister Leszczyna?

MARIUSZ TOMCZAK
DZIENNIKARZ

Po czerwcowych wyborach prezydenckich emocje polityczne powoli opadają, ale przed resortem zdrowia i środowiskiem lekarskim trudne miesiące. Reforma szpitali, luka w budżecie NFZ, możliwe zamrożenie podwyżek, bezpieczeństwo pracy i system *no fault* – lista wyzwań rośnie szybciej niż liczba dostępnych rozwiązań.

W tym roku czerwiec był wyjątkowo gorący, ale nie za sprawą słonecznej pogody. Najpierw okazało się, że 10,6 mln Polek i Polaków w drugiej turze wyborów prezydenckich zagłosowało na Karola Nawrockiego. Pokonał on Rafała Trzaskowskiego, który uzyskał ponad 10,2 mln głosów. Taki werdykt, w dodatku przy wysokiej jak na nasze realia frekwencji (71,63 proc.), stał się bezpośrednią przyczyną złożenia wniosku o wotum zaufania dla rządu przez premiera Donalda Tuska.

Wynik był do przewidzenia z uwagi na arytmetykę sejmową (za 243 posłów, przeciw 210, nikt nie wstrzymał się od głosu). Niezwykle zaskakujące było jednak to, że w czasie ponadgodzinnego wystąpienia poprzedzającego głosowanie premier w ogóle nie wspomniał o ochronie zdrowia. To wzbudziło powszechne zdumienie, bo sytuacja w publicznym lecznictwie jest daleka od ideału, a zachowanie dobrego zdrowia jest jedną z kluczowych wartości wskazywanych przez Polki i Polaków.

„Ochrona zdrowia nie zmieściła się w godzinny exposé premiera”, „Zdrowie w wystąpieniu premiera nie pojawiło się ani razu”, „Premier pominął ochronę zdrowia w exposé. Polacy czekali na konkrety” – to kilka tytułów z branżowych

mediów, które pojawiły się tuż po wystąpieniu szefa rządu.

POD ZNAKIEM ZAPYTANIA

Premier Donald Tusk zapowiedział, że w lipcu dojdzie do rekonstrukcji rządu, w wyniku której zobaczymy „nowe twarze”. Polityczne emocje powoli opadają – nowy prezydent

W najbliższych miesiącach resort zdrowia będzie szukał oszczędności, a nie funduszy na kolejne podwyżki dla medyków

został wybrany, głosowanie nad wotum zaufania dla Rady Ministrów już się odbyło, a przed nami sezon urlopowy, w którym wyjedzie wielu decydentów oraz część najbardziej aktywnych pro- i antyrządowych komentatorów. Wygrana obozu władzy ucina, przynajmniej na razie, spekulacje co do losów większości w parlamencie tworzonej przez polityków związanych z Koalicją Obywatelską, Polską 2050, Polskim Stronnictwem Ludowym i Nową Lewicą.

Wiele osób zastanawia się, czym w najbliższych miesiącach zajmie się Ministerstwo Zdrowia. Odpowiadając krótko i uczciwie: przyszłość pozostaje nieprzewidywalna. Bardziej opisowo – minister Izabela Leszczyna dysponuje tak szerokimi kompetencjami, że z pewnością będzie się zajmować setkami różnych spraw. Większości z nich nie sposób omówić w tak krótkim materiale, dlatego skupię się na kilku najważniejszych zagadnieniach istotnych z punktu widzenia lekarzy i lekarzy dentystów.

WYNAGRODZENIA MEDYKÓW

Jednym z najtrudniejszych wyzwań dla obecnego rządu jest uporządkowanie szeroko rozumianych kwestii finansowych. Rozmowy o pieniądzu zawsze są trudne, zwłaszcza wtedy, gdy celem zmian wydają się oszczędności. Minister Izabeli Leszczynie sen z powiek spędza zwłaszcza los corocznych podwyżek w ochronie zdrowia, które wynikają z ustawy o minimalnych wynagrodzeniach (więcej na ten temat na str. 18-19).

Od dawna z kręgów rządowych dochodzą głosy, że potrzebne są radykalne decyzje, i to na kilku płaszczyznach. Chodzi o – nie

► Branżowe media nie kryły zaskoczenia, że Donald Tusk ani razu nie wspomniał w exposé o jednym z najważniejszych tematów dla Polek i Polaków

Uzależnienie tej instytucji od skądinąd niepewnych dotacji z budżetu państwa może stanowić zagrożenie dla stabilności systemu ochrony zdrowia, a już z całą pewnością jest wyzwaniem dla zarządzających podmiotami leczniczymi.

REFORMA SZPITALNICTWA

– Bez ustawy o reformie szpitali system tak naprawdę nie pojedzie – powiedziała obrazowo minister Izabela Leszczyna kilkanaście dni po drugiej turze wyborów prezydenckich, dodając, że jeszcze w tym roku zapowiadane od dawna zmiany muszą wejść w życie. Sęk w tym, że dalej nie wiadomo, co ma się zmienić. Pierwotna wersja reformy szpitalnictwa wzbudziła kontrowersje m.in. z powodu propozycji przekształcenia i konsolidacji placówek oraz zamykania porodówek, w których liczba porodów nie przekracza 400 rocznie.

Wprawdzie panuje względny konsensus co do przesuwania części świadczeń ze szpitali do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, ale konkretne rozwiązania wzbudzają opór, zwłaszcza w placówkach powiatowych. Część z nich obawia się, że straci finansowo. Nie wiadomo też, czy na takich rozsadach nie ucierpi biały personel. Dotychczas reforma była odwlekana, co tłumaczono obawami, że prezydent Andrzej Duda zawetuje „odważną” ustawę. W rzeczywistości wiele pomysłów oprostowała nawet część osób związanych z koalicją rządową.

BEZPIECZEŃSTWO W MIEJSCU PRACY

Być może to tylko subiektywna obserwacja, ale od czasu gdy pod koniec kwietnia dr Tomasz Solecki został śmiertelnie ugodzony nożem w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie, w mediach pojawia się znacznie więcej doniesień o przypadkach agresji wobec personelu medycznego. Niewykluczone, że lekarze i pielęgniarki stali się bardziej wrażliwi na tym punkcie, może naocznymi świadkami zaczęli

obawiajmy się nazwać rzeczy po imieniu – zmiany niekorzystne dla środowiska lekarskiego. Bo jak inaczej określić opinie, że ustawę należy „zamrozić”, a podwyżki odwlec w czasie? Niektóre osoby związane z rządem domagają się też określenia górnego pułapu zarobków, zwłaszcza dla osób zatrudnionych na kontraktach w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia.

– Wynagrodzenia w ochronie zdrowia w całości są już godne i dlatego przygotowujemy takie plany, aby rosnące środki w maksymalnym stopniu trafiły w miejsca, procedury, które będą sprzyjać pacjentom i nie będą przekierowane na wzrost wynagrodzeń – powiedział premier Donald Tusk w Sejmie w połowie czerwca. Kierunek zmian wydaje się zatem oczywisty.

BUDŻET NFZ

Budżet Narodowego Funduszu Zdrowia zawsze budzi wielkie emocje. Nic dziwnego, że kondycja finansowa publicznej ochrony zdrowia jest przedmiotem sporu pomiędzy władzami a opozycją. W obecnej kadencji ten temat dzieli też koalicję rządową. Rosnący deficyt w NFZ może wiązać się z koniecznością pokrycia brakujących środków z budżetu państwa.

– W tym roku do czerwca dołożyliśmy już 21,5 mld zł z budżetu i okazało się, że to wciąż jest mało – powiedziała

niedawno minister Izabela Leszczyna z trybuny sejmowej, dodając to, o czym wszyscy wiedzą, czyli że Fundusz znajduje się w trudnej sytuacji finansowej. Tuż po drugiej turze wyborów prezydenckich szefowa resortu poinformowała, że potrzebna będzie kolejna, trzecia w tym roku, dotacja dla NFZ z budżetu państwa. Co więcej, jeszcze przed wyborami w całości wykorzystano rezerwę ogólną NFZ w wysokości 1,7 mld zł.

Najnowsza prognoza przychodów NFZ na lata 2026-2028 zakłada, że w przyszłym roku wyniosą one prawie 191 mld zł, w tym ponad 186 mld zł ma pochodzić ze składki zdrowotnej. Jaka będzie wysokość dotacji z budżetu państwa, na razie nie wiadomo (prawdopodobnie dowiemy się tego w sierpniu). Za to ostatnio z ust premiera usłyszeliśmy, że w 2026 r. wzrost nakładów na zdrowie przekroczy 25 mld zł.

Warto dodać, że eksperci z Instytutu Finansów Publicznych i Federacji Przedsiębiorców Polskich w niedawno opublikowanym raporcie alarmowali, że w latach 2025-2028 luka finansowa NFZ może wynieść ćwierć biliona złotych. Tak, ćwierć biliona!

foto: Aleksander Zieliński

nagłaśniać takie incydenty m.in. w obawie o swoje życie, a może powody są jeszcze jakieś inne. Niezależnie od przyczyn faktem jest to, że osoby zawodowo związane z ochroną zdrowia stanowczo żądają od władz naszego państwa zapewnienia im bezpieczeństwa w miejscu pracy.

Jeszcze w maju minister Izabela Leszczyna zapowiedziała podjęcie takich działań, z tym że część kompetencji w tym obszarze pozostaje w gestii resortów sprawiedliwości oraz spraw wewnętrznych i administracji. A to oznacza, że wypracowanie konkretnych rozwiązań i wejście ich w życie zajmie trochę czasu. O tym, że temat jest ważny dla środowiska lekarskiego, świadczy m.in. czerwcowy apel Prezydium NRL do minister zdrowia o podjęcie działań legislacyjnych na rzecz rozszerzenia ochrony należnej funkcjonariuszowi publicznemu lekarzom. Chodzi o to, by lekarz, gdy jest przedmiotem ataku w czasie wykonywania zawodu, w każdym takim przypadku korzystał z ochrony prawnej przysługującej funkcjonariuszowi publicznemu.

REFUNDACJA LEKÓW

Trochę na marginesie debaty publicznej – niesłusznie – znajduje się projekt nowelizacji ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, który pod koniec maja trafił do konsultacji publicznych i uzgodnień międzyresortowych. Przez długi czas określano go jako „szybką nowelizację ustawy refundacyjnej”, w skrócie „SZNUR”. Robiło to nawet kierownictwo Ministerstwa Zdrowia, ale akronim raczej odejdzie do lamusa, ponieważ między pierwszą a drugą turą wyborów prezydenckich wywołał lawinę przeciwnych komentarzy pod adresem rządu.

Jeśli projektowane przepisy wejdą w życie, minister zdrowia zyska większy wpływ na kreowanie polityki refundacyjnej. Zostaną usunięte przepisy, które nie do końca się sprawdziły, co ma prowadzić do tego, że system refundacyjny zacznie działać lepiej. Skrócenie procedur sprawi, że decyzje będą podejmowane szybciej, negocjacje z firmami farmaceutycznymi mają zostać usprawnione, a innowacyjne leki szybciej trafią na listę leków refundowanych. Nowelizacja uwzględni też specyfikę leków stosowanych w chorobach rzadkich oraz poprawia dostęp pacjentów do leków recepturowych i nowoczesnych

wyrobów medycznych. Oczywiście to, jak sytuacja będzie wyglądała w rzeczywistości, pokaże czas.

BEZPIECZEŃSTWO LECZENIA

O tym, że jeszcze w tej kadencji system *no fault* może wejść w życie, mówił wiceminister zdrowia Wojciech Konieczny w marcu, podczas Kongresu Wyzwań Zdrowotnych w Katowicach. Dodał, że w kierownictwie resortu panuje co do tego zgoda, ale w tej sprawie piłka znajduje się po stronie resortu sprawiedliwości. Czy wiceminister nie blefował, przekonamy się

Jednym z najtrudniejszych wyzwań dla obecnego rządu jest uporządkowanie szeroko rozumianych kwestii finansowych

w przyszłości, ale nie ulega wątpliwości, że całe środowisko lekarskie oczekuje, aby prawo nie traktowało osób ratujących zdrowie i życie jak potencjalnych przestępców.

Tematem *no fault* ma się zająć nowo powołany Zespół do spraw Odpowiedzialności Zawodowej Lekarzy i Lekarzy Dentystów. Doszło do tego na początku czerwca na mocy decyzji minister zdrowia. Na czele zespołu stanął wiceminister Jerzy Szafranowicz, lekarz. To gremium wkrótce pewnie zmieni nazwę, ponieważ dwaj członkowie zespołu, prezes NRL Łukasz Jankowski i wiceprezes NRL Klaudiusz Komor, uznali ją za niefortunną i nieadekwatną do uzgodnień poczynionych wcześniej z minister zdrowia.

„Wyrażaliśmy zgodę jedynie na udział w pracach zespołu zajmującego się wprowadzeniem klauzuli wyższego dobra (*no fault*)” – podkreślił w oświadczeniu. „Cel mamy wspólny: bezpieczeństwo pacjentów i lekarzy. Nie chcemy medycyny asekuracyjnej” – w taki sposób skomentowała je w serwisie X Izabela Leszczyna. Nie wiadomo, czy praca zespołu przełoży się na rewolucyjne zmiany w przepisach, a jeśli tak, kiedy to nastąpi. Z pewnością jednak tej sprawy nie odpuści samorząd lekarski. ●

Zmiany na liście refundacyjnej

Od lipca 2025 r. będzie refundowanych 41 nowych terapii, w tym 18 we wskazaniach onkologicznych i 23 – nieonkologicznych – zapowiedział wiceminister zdrowia Marek Kos. Zmiany zaplanowane zostały także w aktualnych programach lekowych.

Nowością jest lek w wykazie bezpłatnych środków dla dzieci i młodzieży: insulina Toujeo w leczeniu cukrzycy u osób powyżej 6. roku życia. Wśród terapii onkologicznych bardzo ważną i oczekiwaną zmianą jest trastuzumab derukstekan. Refundowany będzie w leczeniu chorych z nieoperacyjnym lub przerzutowym rakiem piersi z niską ekspresją HER2 po niepowodzeniu wcześniejszego leczenia przeciwnowotworowego.

Nowe propozycje ds. deregulacji

Zespół ds. deregulacji Spraw-dzaMY przygotował kolejne propozycje. To 16 pomysłów, które dotyczą m.in. wprowadzenia elektronicznych ulotek leków w szpitalach.

Wśród pomysłów skierowanych dla najmłodszych jest obowiązkowa edukacja żywieniowa w szkołach podstawowych. W jej ramach dzieci mają się uczyć, jak planować zbilansowane posiłki oraz w jaki sposób czytać etykiety produktów spożywczych.

Japończycy i autyzm

Zdaniem naukowców z Japonii objawy autyzmu, takie jak trudności społeczne i sztywność poznawcza, są możliwe do złagodzenia dzięki nowej nieinwazyjnej metodzie stymulacji mózgu – brain state-driven neural stimulation (BDNS). Polega ona

NEWSY Z KRAJU I ZE ŚWIATA

LIDIA SULIKOWSKA, SYLWIA WAMEJ

na użyciu przezczaszkowej stymulacji magnetycznej (TMS), pobudzającej mózg tylko wtedy, gdy „utknie” on w jednym stanie. Wcześniej stosowana była już w leczeniu depresji.

W badaniu ekspertów z Japonii wzięło udział ponad 40 dorosłych osób z łagodną postacią autyzmu. Uczestnikami byli dorośli, którzy mają najłagodniejszą formę ASD (poziom 1). Wśród uczestników zaobserwowano poprawę różnych cech autystycznych. Po zakończeniu terapii zmiany utrzymywały się przez ok. dwa miesiące.

Więcej przychodni

Główny Urząd Statystyczny dokonał corocznego podsumowania liczby podmiotów ambulatoryjnej opieki zdrowotnej świadczących usługi w ramach środków publicznych. Z analizy wynika, że na koniec 2024 r. działalność prowadziło 24 225 przychodni, 532 praktyki lekarskie i 2508 praktyk stomatologicznych. Zdecydowana większość podmiotów (21 829) działała w miastach. W porównaniu z 2023 r. liczba przychodni wzrosła o 765 placówek (3,3 proc.), a liczba praktyk lekarskich i stomatologicznych zmniejszyła się o 134 (4,2 proc.).

Źródło: GUS

Moje Zdrowie

Centrum e-zdrowia opublikowało odpowiedzi na najczęstsze pytania pracowników podstawowej opieki zdrowotnej na temat działania programu profilaktycznego „Moje Zdrowie”. Czy każdy POZ musi przystąpić do programu? Czy trzeba zawierać dodatkową umowę z NFZ? Gdzie szukać ankiet wypełnionych przez pacjentów? Dokument można znaleźć w serwisie e-zdrowie.gov.pl.

Ranking uczelni

W najnowszej edycji Center for World University Rankings (CWUR) znalazło się 40 polskich szkół wyższych i instytutów badawczych, w tym dziewięć uczelni medycznych.

W klasyfikacji ujęto w sumie 2000 najlepszych placówek z ponad 21 tys. z całego świata. W krajowym rankingu zwyciężył Uniwersytet Jagielloński, tuż za nim uplasował się Uniwersytet Warszawski, a trzecie miejsce zajęła Akademia Górniczo-Hutnicza. Najlepszą polską uczelnią medyczną podobnie jak w roku ubiegłym został Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu (8. miejsce wśród polskich uczelni ogółem i 895. w całym rankingu CWUR). Drugie miejsce zajął Warszawski Uniwersytet Medyczny (9. pozycja w krajowym zestawieniu i 916. ogółem), a trzecie – Uniwersytet Medyczny w Łodzi.

W rankingu globalnym znalazło się najwięcej szkół wyższych z Chin (346) i USA (319). Trzecie miejsce pod tym względem zajęła Japonia (107).

Źródło: CWUR / WUM

23 kraje wolne od jaglicy

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) ogłosiła, że Papua Nowa Gwinea i Mauretania dołączają do grona państw, w których jaglica (łac. *trachoma*) przestała być problemem zdrowia publicznego. Ten sukces udało się już osiągnąć w 23 krajach, m.in. w Wietnamie, Chinach, Kameronie, Gambii, Omanie i Maroku. Niestety, ta niebezpieczna choroba, będąca główną zakaźną przyczyną ślepoty na świecie, nadal pozostaje problemem zdrowia publicznego w 37 krajach. Największe zagrożenie występuje w Afryce.

Źródło: WHO

„Dobry posiłek” przedłużony

Pilotaż programu „Dobry posiłek z szpitalu” zostanie przedłużony do końca września – tak zakłada projekt rozporządzenia ministra zdrowia, który opublikowany został przez Rządowe Centrum

Legislacji. Przesunie się także termin ewaluacji programu na 31 grudnia. Przedłużenia pilotażu domagał się Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych. Przystąpiły do niego 582 szpitale.

AI oczami pacjenta

Co pacjenci myślą o wykorzystaniu sztucznej inteligencji w opiece zdrowotnej? Wyniki przekrojowego badania przeprowadzonego wśród 13,8 tys. osób z 74 szpitali w 43 krajach opublikowano w JAMA Network Open. Większość uczestniczących w badaniu ma pozytywny stosunek do AI i dostrzega jej potencjał w placówkach medycznych (57,6 proc.), jednocześnie nie za bardzo ufa rezultatom jej pracy (m.in. w kwestii dostarczania wiarygodnej informacji o diagnozie) i woli, aby ostateczna decyzja dotycząca procesu diagnostyki czy leczenia była podejmowana przez lekarza. Niemal 62 proc. badanych obawia się, że AI może ograniczyć interakcję między lekarzem a pacjentem lub wręcz zastąpić lekarzy.

Depresja i mikrobiom

Czy mikrobiota jamy ustnej może wpływać na zachorowalność na depresję? Sprawie przyjrzała się grupa chińskich badaczy pracujących w amerykańskim NYU Rory Meyers College of Nursing. Wyniki ich badań opublikowano w „BMC Oral Health”. Analizie poddano dane około 15 tys. Amerykanów pochodzące z National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) z lat 2009-2012. Odkryto, że u osób z mniejszą różnorodnością mikroorganizmów w jamie ustnej istniało większe prawdopodobieństwo wystąpienia objawów depresji.

Źródło: www.eurekalert.org

AKTUALNOŚCI

Elektroniczne wybory – jak to działa

PIOTR KOŚCIELNIAK

Samorząd lekarzy i lekarzy dentystów jest pierwszym, który wprowadza nowoczesną formę głosowania w systemie elektronicznym. Co trzeba wiedzieć przed przystąpieniem do wyborów?

Uruchomienie e-głosowania to realizacja jednego z najważniejszych postulatów tej kadencji władz samorządu lekarzy i lekarzy dentystów. Cel jest oczywisty – zwiększenie frekwencji i zachęcenie do aktywnego udziału w samorządzie młodszego pokolenia. Łatwość udziału w wyborach – wystarczy do tego komputer albo smartfon z przeglądarką internetową – znosi istotną barierę dostępu do aktywności w samorządzie: lekarze nie będą mogli tłumaczyć się brakiem czasu lub nieznajomością kandydatów. Pod tym względem najbliższe wybory mogą przynieść prawdziwą rewolucję.

Decyzja o przygotowaniu wyborów elektronicznych zapadła na Krajowym Zjeździe Lekarzy w maju 2022 r. w Warszawie. Krajowa Komisja Wyborcza (KKW) przygotowała regulamin takich wyborów, który został przyjęty dwa lata później przez Nadzwyczajny Krajowy Zjazd Lekarzy w Łodzi. Dopiero wówczas mogły ruszyć prace nad techniczną stroną przedsięwzięcia.

Oprogramowanie przygotowane na zlecenie Naczelnej Izby Lekarskiej zostało zaakceptowane (formalnie: certyfikowane) 17 maja 2025 r. przez KKW. – Komisja dopuściła system głosowania do obrotu i nie musimy przedłużać kalendarza wyborczego. Wybory odbędą się w uzgodnionym terminie i zgodnie z regulaminem przyjętym przez Krajowy Zjazd Lekarzy – podkreślił dr n. med. Jacek Kotuła, przewodniczący Krajowej Komisji Wyborczej IX kadencji.

– Wybory elektroniczne do izb były jednym z postulatów, z którymi szedłem do wyborów. Mimo że na każdym etapie napotyka-

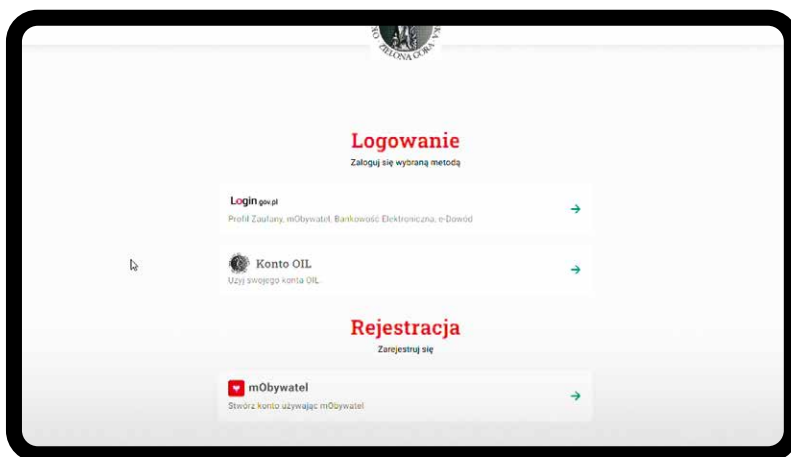
Wybory w samorządzie zawodowym zostaną przeprowadzone w pełni online – wystarczy przeglądarka, profil zaufany i kilka minut czasu

śmy trudności, łącznie z próbami podważania przez niektórych działaczy kolejnych etapów prac, Komisja Wyborcza w drodze

uchwały certyfikowała program, co oznacza, że został on dopuszczony do użytkowania – komentował wówczas Łukasz Jankowski, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej. I dodawał: – Mam nadzieję, że wybory elektroniczne przełożą się na zwiększoną frekwencję wyborczą.

Ostatnim krokiem, już po certyfikacji systemu, było podłączenie do Krajowego Węzła Identyfikacji Elektronicznej, czyli systemu weryfikacji tożsamości umożliwiającego logowanie się do usług publicznych online. Z tego rozwiązania korzystają m.in. elektroniczne usługi ZUS, ePUAP, CEiDG oraz Internetowe Konto Pacjenta.

– Najtrudniejszy zadaniem było doprecyzowanie wymagań



▲ Logowanie od systemu odbywa się z poziomu przeglądarki internetowej

▲ Lekarz zgłaszający swoją kandydaturę musi zaakceptować niezbędne zgody formalne

▲ System umożliwi oddanie głosu dopiero w chwili startu wyborów w regionie, do którego jest przypisany lekarz

i potrzeb samorządu oraz realizacja regulaminu wyborczego. Wyzwaniem było również przewidzenie wszelkich możliwych scenariuszy i wprowadzenie poprawek w oryginalnym projekcie – mówi Krzysztof Napora, kierownik działu IT odpowiedzialny za techniczne wdrożenie e-wyborów. I dodaje: – Wymagało to od nas dużej dyscypliny i ścisłej współpracy z okręgowymi izbami lekarskimi. To dało fantastyczny efekt. Mamy pierwszy system e-wyborczy w samorządzie zawodowym w Polsce. Kluczowe były prace prowadzone z COI, koncentrujące się na podłączeniu do Węzła Krajowego po to, aby każdy lekarz, który potrafi wystawić e-receptę w systemie gabinet.gov.pl, mógł również bez problemu zalogować się do naszej aplikacji i wziąć udział w e-wyborach.

Szczegółowe instrukcje postępowania z systemem głosowania elektronicznego (zarówno dla administratorów, jak i użytkowników) oraz filmy poglądowe znajdują się na stronie NIL (Dla lekarzy – Wybory elektroniczne do organów izb lekarskich). Oto najważniejsze informacje.

JAK SIĘ ZALOGOWAĆ?

Logowanie do systemu odbywa się z poziomu przeglądarki internetowej na dowolnym urządzeniu. System operacyjny nie ma znaczenia (może to być Windows, macOS, Linux czy systemy dla urządzeń mobilnych), a zalecane

przeglądarki to najpopularniejsze Chrome, Safari i Edge.

Należy w pole adresu wpisać <https://wybory.miasto.nil.org.pl/login>, gdzie miasto to nazwa miejscowości odpowiedniej dla okręgowej izby lekarskiej, w której zarejestrowany jest lekarz. Jest też prostszy sposób – na stronie NIL w zakładce Dla lekarzy można wybrać link dotyczący wyborów, który przeniesie na stronę z listą wszystkich okręgowych izb.

Samo logowanie do systemu odbywa się za pośrednictwem wspomnianego wcześniej Węzła Krajowego z wykorzystaniem profilu zaufanego, bankowości elektronicznej lub e-dowodu osobistego. Alternatywny sposób logowania (bardziej tradycyjny) wymaga numeru PWZ oraz hasła otrzymanego w sekretariacie okręgowej izby lekarskiej lub wygenerowanego przez aplikację m-Obywatel.

JAK ZGŁASZAĆ KANDYDATÓW?

Po zalogowaniu lekarze i lekarze dentyści mają dostęp do informacji o statusie procesu wyborczego, przypisanym rejonie (można go zmienić w czasie przewidzianym w regulaminie) oraz mechanizmie składania wniosków i zgłoszeń, który służy również do zgłaszania kandydatów na delegatów.

Lekarz zgłaszający swoją kandydaturę musi zaakceptować zgody formalne niezbędne do przeprowadzenia procesu wyborczego oraz wpisać swój numer PWZ. Po zgłoszeniu kandydatury do administratora w okręgowej izbie, w systemie wyborów elektronicznych można również śledzić status wniosku.

JAK GŁOSOWAĆ?

Wreszcie najważniejsze – głosowanie. System umożliwi oddanie głosu dopiero w chwili startu wyborów w rejonie, do którego przypisany jest lekarz. Odpowiednia opcja pojawia się zatem dopiero w chwili, gdy odpowiednia okręgowa komisja wyborcza formalnie rozpocznie głosowanie.

Na ekranie pojawi się lista kandydatów oraz informacja, na ile osób można oddać głos. Po zaznaczeniu kandydatów (służy do tego pole wyboru po prawej stronie nazwiska kandydata) należy kliknąć w przycisk Zagłosuj. System wyświetli jeszcze listę osób, na które zamierzamy oddać głos i poprosi o potwierdzenie. W tym momencie można wrócić do listy i wybrać innych kandydatów. Naciśnięcie na tym etapie Zagłosuj jest jednak nieodwracalne – jest odpowiednikiem wrzucenia głosu do urny wyborczej. ●

AKTUALNOŚCI

Podwyżki na pauzie. Rząd gra na czas, związki – va banque

MAŁGORZATA SOLECKA
DZIENNIKARKA

Ministerstwo Zdrowia szykuje zmianę, która może przełożyć podwyżki dla pracowników ochrony zdrowia o cały rok. As w rękawie to lekarskie kontrakty. Choć oficjalnie rząd nie mówi o zamrożeniu płac, propozycja przesunięcia podwyżek na styczeń 2026 r. może zredukować ich koszt o miliardy. Związki zawodowe są coraz bardziej nieufne.

Podwyżki tak, ale od stycznia, a nie od lipca – zapowiedziała w czerwcu minister zdrowia Izabela Leszczyna. To, oczywiście, dotyczy przyszłości, bo w 2025 r. ustawa o minimalnych wynagrodzeniach jest realizowana w dotychczasowej formule. Szpitale liczą, ile środków im zabraknie, a rząd liczy, że związki zawodowe zgodzą się na rozwiązanie niekorzystne dla pracowników. Asem w rękawie mają być... lekarskie kontrakty.

**PREMIER: WIĘCEJ „NA LECZENIE”,
A NIE NA PŁACE**

25 czerwca Ministerstwo Zdrowia miało odkryć karty i przedstawić podczas posiedzenia prezydium Zespołu Trójstronnego ds. Ochrony Zdrowia szczegóły swojej propozycji dotyczącej zmian w ustawie o wynagrodzeniach minimalnych. O tym, że rząd je planuje, mówił podczas dyskusji nad wnioskiem o wotum zaufania sam premier. – Wiemy dobrze, że nakłady na zdrowie rosną, i to od kilku lat. Rosną asymetrycznie. Wiecie, o jakiej ustawie mówię, kiedy mówię o tej asymetrii. Bardzo dużo środków poszło, i z reguły są to oczywiście uzasadnione decyzje, na wzrost wynagrodzeń w ochronie zdrowia, w szczególności pielęgniarzek i pielęgniarzy – podkreślał premier.

Odnosząc się do bliskiej przyszłości, szef rządu stwierdził: – Wzrost nakładów

na ochronę zdrowia w przyszłym roku przekroczy 25 mld zł. Przygotujemy takie plany, by te pieniądze w maksymalnym stopniu trafiły w miejsca, działania, procedury, które

Rząd szuka oszczędności, ale zapłacić mogą za to pacjenci i cały system ochrony zdrowia, który już dziś boryka się z niedoborami i rosnącymi problemami dostępu do świadczeń

będą sprzyjać pacjentom, a nie będą przekierowane w jakimś istotnym procencie na wzrost wynagrodzeń.

Uściślając, wzrost o 25 mld zł dotyczy porównania pierwotnej wysokości przychodów (i kosztów) systemu ochrony zdrowia w 2025 r. z planem na 2026 r. Nie będzie to więc żaden imponujący wzrost, jeśli wziąć pod uwagę, że budżet państwa w tym roku będzie musiał dołożyć do NFZ jeszcze kilkanaście miliardów złotych (a dołożył już cztery). Ale kluczowa jest zapowiedź innego rozłożenia akcentów: gros środków ma trafić „na leczenie”, dużo mniej na wynagrodzenia.

**JAK OMINĄĆ USTAWOWY
MECHANIZM**

Jak to możliwe? W 2026 r. wydatki na wynagrodzenia mogą niemal nie wzrosnąć, jeśli rządowi udałoby się przesunąć termin podwyżek na styczeń. Wówczas nie zmieni się kwota bazowa (cały czas obowiązywać będzie ta za 2024 r.), nie będzie podstaw do podwyższania wynagrodzeń. Pierwsze styczeniowe podwyżki wchodziłyby w życie dopiero w 2027 r., ale wówczas kwotą bazową byłoby średnie wynagrodzenie za 2025 r. (obwieszczenie prezesa GUS w sprawie wysokości przeciętnego wynagrodzenia za poprzedni rok publikowane jest dopiero w lutym). To prawdziwy gamechanger, bo dwucyfrowy wzrost wynagrodzeń zastąpiłby znacznie skromniejszy (rzędu 6-7 proc.), niewiele odbiegający od wskaźnika waloryzacji płac w budżetówce czy świadczeń emerytalno-rentowych. Tylko jedna techniczna zmiana – a takie możliwości rozwiązania nierozwiązywalnego, wydaje się, problemu.

**WĘTO PREZYDENTA,
OPÓR ZWIĄZKÓW?**

Jak jednak ją przeprowadzić? W tej sprawie można założyć, że nowy prezydent nie pójdzie rządowi na rękę, zwłaszcza w sytuacji, w której

gabinet Donalda Tuska chciałby zmiany forsować wbrew stanowisku związków zawodowych. Premier mówił wprawdzie w kuluarach, że jeśli Karol Nawrocki nie będzie gotowy do współpracy, część zmian uda się wprowadzić – np. w ochronie zdrowia – bez nowelizacji przepisów wymagających podpisu głowy państwa, ale akurat kwestie wynagrodzeń trudno do tej grupy zaliczyć. Pozostaje więc jedynie szukać zrozumienia i współpracy związków zawodowych (o poparcie organizacji pracodawców dla osłabienia oddziaływania ustawy podwyżkowej na system ochrony zdrowia rząd martwić się nie musi).

RAPORT NIK: PIENIĄDZE SĄ, ALE NIE TAM, GDZIE TRZEBA

Mocny argument rządowi dała do ręki Najwyższa Izba Kontroli. Jej raport opublikowany 12 czerwca potwierdza tezy formułowane w ostatnich kilkunastu miesiącach przez ekspertów: mimo nominalnego wzrostu nakładów na zdrowie dostępność do świadczeń zdrowotnych się pogorszyła, zaś nierówności w dostępie – znacząco pogłębiły. Pojawiły się liczne „białe plamy”.

NIK ma zastrzeżenia do gospodarki finansowej NFZ, ale przede wszystkim zwraca uwagę na podstawowy fakt, że w okresie objętym kontrolą (2021-2024) wpływy do budżetu NFZ rosły wolniej niż koszty. Choć przychody ogółem zwiększyły się o 8,3 proc., uwzględniając wskaźnik inflacji, realnie zmalały, zaś koszty ogółem wzrosły o ponad 30 proc. – wliczając kontrolerzy Izby, wskazując, że płatnik w tym czasie przejął (lepszym określeniem byłoby: „został obciążony”) zadanie finansowania dodatkowych świadczeń. NIK wyliczyła obciążenia na 113 mld zł. To przede wszystkim koszty corocznego wzrostu wynagrodzeń personelu medycznego w wysokości ponad 90 mld zł, będące skutkiem realizacji ustawy o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Są to też koszty finansowania ratownictwa medycznego, świadczeń wysokospecjalistycznych i leków osobom poniżej 18. i powyżej 65. roku życia, kobietom w ciąży i pociąg oraz w ramach wybranych programów polityki zdrowotnej oraz m.in. koszty zakupu szczepionek do szczepień obowiązkowych (czyli skutki nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty z końca 2022 r.).

– Zdaniem NIK utrzymanie tak wysokiej dynamiki wzrostu minimalnych płac w ochronie zdrowia w przyszłych latach i uwzględnianie go w wycenach świadczeń zdrowotnych będzie negatywnie oddziaływało na finanse Funduszu oraz ograniczało możliwość zabezpieczenia dostępu do świadczeń dla pacjentów – konkluduje Izba.

KOSZT: 128 MILIARDÓW I WCIĄŻ ROŚNIE

Ministerstwo Zdrowia i NFZ nie polemizują z wyliczeniami NIK w sprawie skutków ustawy o wynagrodzeniach. – Łączne skutki podwyżek w ciągu czterech lat bez uwzględnienia najnowszej rekomendacji sięgają 128 mld zł – mówił w dniu publikacji raportu NIK, podczas konferencji Szczyt Zdrowie 2025, wiceprezes NFZ Marek Augustyn. To kwota bez tegorocznej rekomendacji Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, bo do 12 czerwca Ministerstwo Zdrowia nie ujawniło, który scenariusz finansowania podwyżek wybierze. Można jednak założyć, że do kwoty podanej przez Augustyna trzeba doliczyć minimum 7-8 mld zł, a koszt podwyżek tylko w tym roku (wobec bazowego poziomu z 2022 r.) przekroczy w znaczący sposób 50 mld zł, czyli jedną czwartą budżetu NFZ.

– Nie neguję konieczności tych podwyżek, które musiały mieć miejsce, ale jeśli proponuje się podwyżki, trzeba wskazać też źródła ich finansowania – mówił Augustyn.

ZWIĄZKI KONTRA KONTRAKTY

To, że ustawa o wynagrodzeniach minimalnych wymaga gruntownego „przeglądu”, wyciągnięcia wniosków i w konsekwencji zmian, mocno wybrzmiało podczas czerwcowego posiedzenia sejmowej Podkomisji ds. Organizacji Ochrony Zdrowia. Posłowie koalicji rządzącej podkreślali, że zasadniczy cel ustawy został osiągnięty. W tej chwili konieczna jest jej nowelizacja, która z jednej strony naprawi błędy (wskazywano m.in. zbyt małą różnicę między wynagrodzeniami lekarzy specjalistów a pielęgniarkami zakwalifikowanymi do drugiej grupy oraz zbyt duże różnice między trzema grupami, do których

kwalifikowane są pielęgniarki). – Mamy nadzieję, że 10 czerwca, po rozmowach Ministerstwa Zdrowia z przedstawicielami strony społecznej, będzie wiadome, w jakim kierunku mamy iść – mówiła Elżbieta Gelert (KO), przewodnicząca podkomisji, która miała pracować nad obywatelskim (przygotowanym przez OZZPiP) projektem nowelizacji ustawy. Jednak rozmowy 10 czerwca zakończyły się jedynie ustaleniem nowego terminu.

Jednym z postulatów, jaki pojawił się w wypowiedziach liderów związków zawodowych (przede wszystkim NSZZ Solidarność), jest ograniczenie lub wręcz likwidacja finansowania przez NFZ zwiększania kontraktów, co dotyczy przede wszystkim, choć nie wyłącznie, lekarzy. Na początku czerwca Maria Ochman, przewodnicząca Solidarności ochrony zdrowia, jednoznacznie stwierdziła, że „to nie pracownicy otrzymujący pensję minimalną są odpowiedzialni za to, że nie ma pieniędzy w systemie”. Dodała, że strona związkowa nie zgadza się na sytuację, kiedy z ustawy korzystają lekarze i pielęgniarki, z którymi szpital zawarł kontrakty, a podwyżek nie dostają pracownicy zatrudnieni na podstawie umowy o pracę (np. pionu administracyjnego, którym dyrektorzy dają podwyżki, ale nie są one gwarantowane ustawą).

NOWE ZASADY GRY?

Od co najmniej jesieni 2024 r. z Ministerstwa Zdrowia i NFZ dochodzą nieoficjalne informacje o możliwości albo wyłączenia kontraktów spod działania ustawy podwyżkowej, albo o ograniczeniu finansowania ich wzrostu ze środków NFZ do określonej wysokości (np. czterech lub pięciu średnich krajowych). W tej chwili, jak można nieoficjalnie usłyszeć, na znaczeniu zyskuje postulat, by publiczne szpitale nie mogły zawierać z lekarzami kontraktów opartych na określonym procencie od procedury (powoduje to automatyczne zwiększenie kontraktów na skutek podwyższenia wycen). Podstawą umów mogłaby być jedynie stawka godzinowa. ●

Autorka jest dziennikarką portalu Medycyna Praktyczna i miesięcznika „Szczepienia”

AKTUALNOŚCI

Krok w stronę cyfrowej opieki, ale nie koniec kolejek

MARIUSZ TOMCZAK
DZIENNIKARZ

Centralna e-rejestracja umożliwia umawianie i odwoływanie wizyt przez Internetowe Konto Pacjenta, zbiera wolne terminy z całego kraju i ma zapewnić bardziej sprawiedliwy dostęp do świadczeń. Ale nadzieje na to, że już wkrótce problemy polskich pacjentów zostaną rozwiązane, są wyolbrzymione.

Chyba każdy wie, jak obecnie wygląda sytuacja pacjentów poszukujących pomocy lekarskiej „na NFZ”. System nie zapewnia dostępu do wszystkich możliwych w danym czasie terminów ani nie gwarantuje uzyskania świadczenia opieki zdrowotnej w jak najkrótszym czasie. Zdarza się, że w niektórych poradniach obowiązują zapisy „na zeszyt”.

Fachowo można by ująć to tak, że w Polsce funkcjonuje rozproszony model przyjmowania zarówno zgłoszeń na świadczenia, jak i zapisów na wyznaczenie terminu w kolejce. Wiele osób od dawna apeluje o porzucenie tego anachronizmu. Odpowiedzią ma być centralna elektroniczna rejestracja. To propacjencki pomysł Ministerstwa Zdrowia, opracowany przez Centrum e-Zdrowia, czyli państwową jednostkę budżetową, który jest „reklamowany” jako rozwiązanie mające zapewnić pacjentom szybkość i wygodę przy poszukiwaniu pomocy medycznej.

KLUCZOWE ZAŁOŻENIE: CENTRALIZACJA

Wprowadzenie centralnej e-rejestracji zakłada projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, który w wykazie prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów znajduje się pod numerem UD169. Dokument powstał pod okiem minister zdrowia Izabeli Leszczyńskiej i jest już po konsultacjach publicznych. Na stronie internetowej

Rządowego Centrum Legislacji znajduje się wciąż wersja identyczna z tą, która kilka tygodni temu trafiła do konsultantów krajowych z wybranych dziedzin medycyny oraz kilkudziesięciu różnych instytucji i organizacji.

Ideę stojącą za centralną e-rejestracją da się ująć jednym zdaniem – uproszczenie i przyspieszenie procesu rejestracji pacjentów chcących

Centralna e-rejestracja nie zlikwiduje kolejek z dnia na dzień, ale może być początkiem realnej zmiany w dostępie do świadczeń zdrowotnych

uzyskać świadczenia opieki zdrowotnej oraz zwiększenie dostępu do informacji o aktualnych terminach. Aby osiągnąć oba cele, ma być wprowadzony scentralizowany system zgłoszeń na świadczenia oraz centralnie prowadzony wykaz osób oczekujących na badanie czy wizytę lekarską, wspólny dla wszystkich świadczeniodawców, który w funkcjonalności Internetowego Konta Pacjenta (IKP) zostanie określony jako „poczekalnia”. Centralna e-rejestracja pozwoli też na umawianie wizyt i badań bez

konieczności osobistego lub telefonicznego kontaktu z placówkami ochrony zdrowia.

KTO PRZYPILNUJE?

Na stronie internetowej Centrum e-Zdrowia podano podstawowe zalety nowego rozwiązania, które obejmują m.in.:

- zebranie w jednym miejscu informacji o wolnych terminach udzielania świadczeń z całego kraju,
- dostęp online niewymagający kontaktu telefonicznego,
- równe szanse dla wszystkich obywateli w znalezieniu terminu i przejrzyste zasady umawiania się na wizytę lekarską,
- łatwy system zapisywania się i wyszukiwania zarówno placówek, jak i dostępnych terminów,
- prostota w zakresie zmiany terminów zaplanowanych wizyt i ich odwoływania,
- kalendarz wizyt dostępny online połączony z funkcją wysyłania przypomnienia o zbliżającym się terminie badania lub wizyty,
- możliwość „pilnowania” kolejki przez „poczekalnię”, która automatycznie zawiadomi pacjenta o zapisaniu na wolny termin wizyty,
- lepsze planowanie pracy przez placówki,
- ograniczenie liczby niewykorzystanych wizyt.

Wiele informacji medialnych dotyczących e-rejestracji w zasadzie

► Nowy sposób umawiania wizyt:
szybko, online, bez kolejek

na tym się kończy. Niesłusznie, bo diabeł tkwi w szczegółach.

CZY LISTY OCZEKUJĄCYCH ODEJDA W NIEPAMIĘĆ?

Pacjenci zgłaszający się do placówki po raz pierwszy w celu wyznaczenia terminu udzielenia świadczenia, którym nie da się wskazać go w danym momencie, zostaną umieszczeni w centralnym wykazie oczekujących. Zastąpi on listy oczekujących tworzone obecnie osobno przez każdego świadczeniodawcę. Prowadzenie wykazu, podobnie jak całej centralnej e-rejestracji, ma odbywać się w pełni transparentnie, a mówiąc językiem formalnoprawnym: z poszanowaniem zasad sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń.

Zgłoszenie centralne będzie dokonywane na dwa sposoby: na dotychczasowych zasadach, tzn. bezpośrednio w placówce medycznej, np. osobiście lub telefonicznie, albo przy wykorzystaniu IKP. Nowością w realiach publicznego systemu opieki zdrowotnej w naszym kraju będzie możliwość przełożenia lub odwołania wizyty za pośrednictwem asystenta głosowego (voicebot). Taka usługa przypomni też o zbliżającej się wizycie i potwierdzi obecność pacjenta. Ciekawostka dla prawników: okres przechowywania nagrań dźwięku lub ich transkrypcji ustalono aż na pięć lat.

CO POZA KARDIOLOGIA

Świadczenia opieki zdrowotnej zostaną umieszczone w wykazie na podstawie analizy uwzględniającej ich liczbę, średni czas oczekiwania i sposób udzielenia. Ważne będzie m.in. to, czy wystawiono skierowanie i czy jest potrzebna dodatkowa konsultacja lekarska. W 2025 r. centralną e-rejestracją zostaną objęte świadczenia realizowane w ramach kardiologii oraz programów profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi, a katalog świadczeń i ich zakresów będzie z upływem czasu rozszerzany. Zgłaszanie i wyznaczanie pacjentom terminów udzielania świadczenia, nieobjęte centralną e-rejestracją ma się odbywać na dotychczasowych zasadach.

Prawidłowe funkcjonowanie centralnej e-rejestracji w dużej mierze zostanie oparte na bieżącym udostępnianiu i aktualizowaniu przez placówki harmonogramów przyjęć wraz z dostępnymi terminami



foto: Pixabay.com

udzielania świadczeń. Wiąże się to m.in. z dostosowaniem systemów informatycznych i wprowadzeniem zmian w organizacji pracy. Projektowane przepisy przewidują jednorazowe dofinansowanie w kwocie 10 tys. złotych za podłączenie do systemu centralnej elektronicznej rejestracji i uruchomienie go dla pacjentów w terminie czterech miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy.

REALNA ZMIANA CZY KOSMETYKA?

Skoro znamy kluczowe założenia, pojawia się pytanie, czy centralna e-rejestracja sprawi, że już wkrótce kolejki do lekarzy znikną niemal jak za dotknięciem czarodziejskiej różdżki? Oczywiście, że nie. A już na pewno nie w pierwszej fazie wdrażania projektu w życie. Obejmie on najpierw tylko część zakresu świadczeń udzielanych w trybie ambulatoryjnym. Co więcej, chodzi wyłącznie o świadczenia gwarantowane.

Niektórzy z pewnością teraz zadają sobie pytanie: dlaczego projektowane przepisy z góry narzucają takie ograniczenia, i to w dodatku na kilku poziomach? „Nie wiem, choć się domyślam” – odpowiem niczym Tadeusz Sznuć, prowadzący telewizyjny teleturniej „Jeden z dziesięciu”, którego komentarz robi furorę w internecie. Nie wchodzimy jednak w dywagacje na ten temat, bo odpowiedź wcale nie jest oczywista.

LUKA W SZCZEGÓŁACH

Obecna wersja projektu ustawy, czyli skierowana do konsultacji publicznych, nie rozwiewa licznych

pytań związanych z funkcjonowaniem centralnej e-rejestracji. Niektóre kwestie, istotne zwłaszcza dla placówek, zostaną szczegółowo wskazane w ministerialnym rozporządzeniu. Nowe przepisy określają m.in. sposób prowadzenia harmonogramów przyjęć wraz z dostępnymi terminami udzielania świadczeń oraz ich aktualizowania i przekazywania na potrzeby centralnej e-rejestracji. Wiele lekarzy z pewnością może zainteresować planowana modyfikacja zakresu danych znajdujących się w informacji o wystawionym e-skierowaniu.

Nie da się w krótkim tekście opisać wszystkich detali związanych z centralną e-rejestracją, ale zapewne jeszcze nieraz wrócimy do tego tematu na łamach „Gazety Lekarskiej”. Być może taka okazja nadarzy się wtedy, kiedy projekt ustawy trafi do łaski marszałkowskiej. Nie jest wykluczone, że na etapie prac w parlamencie dokument ulegnie pewnym zmianom.

PILOTAŻ WYDŁUŻONY DO KOŃCA ROKU

Resort zdrowia zakomunikował zamiar wydłużenia programu pilotażowego dotyczącego centralnej e-rejestracji na wybrane świadczenia w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i programów zdrowotnych do 31 grudnia 2025 r. Zakłada to projekt nowelizacji rozporządzenia przekazany 10 czerwca do konsultacji. Pilotaż obejmuje zapisy na mammografię i cytologię w programach profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy oraz wizyty w poradni kardiologicznej. ●

AKTUALNOŚCI

Chirurgia pod namiotem

PIOTR KOŚCIELNIAK

Szkolenia, wykłady, rozmowy – czasem trudne – i zabawa pod gołym niebem: tak wyglądał Chicamp 2025. Wydarzenie, którego pierwsza edycja odbyła się w dniach 6-8 czerwca w Grodźcu, zgromadziło blisko 800 uczestników.

Chicamp miał przyciągnąć studentów, lekarzy podczas specjalizacji, a przede wszystkim młodych chirurgów, którzy chcą zdobywać nową wiedzę i doskonalić umiejętności. To dla nich przygotowano kilkadziesiąt prezentacji, wykładów i warsztatów odbywających się na kilku scenach i pod namiotami ośrodka Bajka.

– Najciekawsze jest to, że połączenie merytoryki i integracji wyszło nam lepiej, niż się spodziewaliśmy. Warsztaty były oblegane – podkreślił prof. Tomasz Banasiewicz, organizator Chicampu 2025. – Druga rzecz, niezwykle ważna, to rozmowy z młodymi ludźmi, którzy chcieli przekonać się, czy na pewno chcą zostać chirurgami. Jeżeli chcemy pozyskać nowych ludzi, to musimy dopasować naszą komunikację dla nich.

Wydarzenie otworzyła debata z udziałem m.in. minister zdrowia Izabeli Leszczyńskiej, Jerzego Sieńki, konsultanta krajowego w dziedzinie chirurgii ogólnej, Krzysztofa Zieniewicza, prezesa TChP, i Klaudiusza Komora, wiceprezesa NRL.

– Zastanawiamy się, w jaki sposób sprawić, aby chirurgów było więcej, jak uatrakcyjnić program specjalizacji. I to spotkanie służy temu, abyśmy porozmawiali z przedstawicielami NFZ, konsultantami krajowymi i lekarzami – mówiła minister Leszczyńska. Odpowiedź przyszła... spoza grona debatujących ekspertów. – Możemy czytać książki, możemy się uczyć i w ciągu dwóch lat być na oddziale, ale ani razu nie pójść na blok operacyjny. Co z tego, że będę miał kursy, skoro nie będę miał instynktu chirurgicznego, żeby dobrze operować – zalił się Adam, jeden z młodych lekarzy przysłuchujących się dyskusji.

O powodach niedoboru kadr na chirurgii mówił również wiceprezes NRL Klaudiusz Komor. – Młodzi ludzie dążą do



work-life balance, nie chcą już pracować po 400 godzin w miesiącu i mieć 20 dyżurów. Druga bardzo ważna rzecz to bezpieczeństwo wykonywania zawodu. Codziennie mówimy o atakach na lekarzy. Wydaje się, że w tej chwili zawód chirurga może być jednym z najmniejbezpiecznych zawodów w Polsce, bo jak się ktośemu pacjentowi coś nie spodoba, to przyjdzie i doktorowi sam wymierzy „sprawiedliwość”. Państwo musi nam dać bezpieczeństwo, czyli klauzulę *no fault*, i ochronę lekarzy jako funkcjonariuszy publicznych, również w prywatnych gabinetach – podkreślał wiceprezes Komor.

Po oficjalnym otwarciu Chicampu ruszyły warsztaty edukacyjne. Młodzi lekarze mogli poznać wiele aspektów praktyki chirurgicznej – poczynając od prawidłowego żywienia, przez zagadnienia anatomiczne, zaopatrywanie ran, diagnostykę, techniki wykonywania zabiegów, skończywszy na rehabilitacji i trudnej sztuce publikacji artykułów naukowych.

W namiocie Naczelnej Izby Lekarskiej można było m.in. nauczyć się

◀ Jedną z lekcji samoobrony z wykwalifikowanym instruktorem organizowaną przez NIL

najprostszych sposobów samoobrony z wykwalifikowanym instruktorem i podejrzeć ostatnie wydania „Gazety Lekarskiej”. COBIK prowadził również ankietę nt. bezpieczeństwa lekarzy.

„Gazeta” skorzystała z tej okazji i zapytała młodych uczestników o wrażenia.

– Przyjechałam, żeby upewnić się, że chcę robić specjalizację zabiegową. Na razie jestem na początku swojej kariery medycznej i generalnie rozważam chirurgię ogólną. Opłacało się tu przyjechać – powiedziała nam Ola. – Ja też rozważam specjalizację zabiegową. Waham się między chirurgią ogólną i anestezjologią. Zachęcił mnie program warsztatowy, jest bardzo uniwersalny i każdy znajdzie tu coś dla siebie. Nie ukrywam, że na studiach brakowało nam praktyki – komentowała Asia.

Praktyczne znaczenie Chicampu podkreślał Wojtek: – Przez większość studiów myślałem o specjalizacji internistycznej. Czułem nieprzygotowanie do specjalizacji zabiegowych, a tu są warsztaty, gdzie można poćwiczyć na różnych narzędziach. Podczas stażu bardzo mi się spodobały specjalizacja zabiegowe – anestezjologia czy laryngologia.

– Przekonałem się, że chirurdzy są fajnymi ludźmi, którzy mogą zorganizować naprawdę dobrą zabawę ze świetną atmosferą. Jednocześnie próbujemy nowych rzeczy, których nie mamy możliwości robić podczas pracy na oddziale – przyznał Jan. ●

AKTUALNOŚCI

Lekarze, pacjenci, decydenci – rozmawiamy otwarcie o zdrowiu

MARIUSZ TOMCZAK
DZIENNIKARZ

Czy możliwy jest konstruktywny dialog między lekarzami, politykami, pracodawcami i pacjentami? Kongres „Zdrowie 360” udowodnił, że tak – pod warunkiem wzajemnego zrozumienia i otwartości na odmienne perspektywy. W wydarzeniu, którego celem było wypracowanie realnych rekomendacji systemowych, aktywnie uczestniczyli przedstawiciele Naczelnej Rady Lekarskiej.

Kongres „Zdrowie 360”, zorganizowany przez Związek Przedsiębiorców i Pracodawców, odbył się 4 czerwca w pałacu Prymasowskim w Warszawie. Miejsce to, choć bogate w historię – po wojnie mieścił się tu oddział Urzędu Stanu Cywilnego, przed wojną Ministerstwo Rolnictwa, a jeszcze wcześniej Zarząd Warszawskiego Policmajstra – tym razem stało się przestrzenią rozmów o przyszłości systemu ochrony zdrowia.

RZECZYWISTOŚĆ NIE ZAWSZE JEST KOLOROWA

Panel inauguracyjny poświęcono roli filmów i kampanii społecznych w edukacji zdrowotnej. Punktem wyjścia do dyskusji był spot pt. „Jestem lekarzem, jestem człowiekiem”, przygotowany przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie. W roli jednego z lekarzy wystąpił Tomasz Kot – odtwórca legendarnego prof. Zbigniewa Religi w filmie „Bogowie”.

Spot ukazuje realia pracy lekarzy w szpitalu: walkę o życie pacjentów, presję czasu, awarie sprzętu i niekończącą się papierologię, która zabiera czas na leczenie. – Wielu Polaków nie zdaje sobie sprawy, w jakich warunkach pracują lekarze. Kampania miała na celu pokazanie systemu takim, jakim naprawdę jest – mówił Mateusz Kowalczyk, wiceprezes

► Wielu Polaków nie zdaje sobie sprawy, w jakich realiach pracujemy – mówił wiceprezes NRL Mateusz Kowalczyk (drugi z prawej)



Fot. materiały prasowe

Naczelnej Rady Lekarskiej. – Chcieliśmy, by pacjenci i ich rodziny zrozumieli, że ten system nie jest tworem lekarzy – podkreślał.

Dodał, że ukazanie pracy osób zawodowo związanych z systemem ochrony zdrowia służyło m.in. temu, by uwrażliwić pacjentów i ich rodziny, którzy nie znają realiów pracy w szpitalu. – Chcieliśmy pokazać szarą rzeczywistość lekarza na szpitalnym oddziale ratunkowym,

na polu walki o życie pacjentów, a nie sielski szpital znany z seriali, na którym wychowała się większość Polaków – dodał Mateusz Kowalczyk.

HUMANIZACJA MEDYCYNY

– To spot o wzajemnym zrozumieniu. Chodziło o to, by pacjenci zauważyli, na czym polega pełna poświęcenia praca lekarza, ale też o dostrzeżenie jej przez pracodawców

► Kongres zgromadził 500 uczestników i ponad 100 panelistów

– powiedział Andrzej Marcin Kot z Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 4 w Lublinie.

Na to, że kampania przyniosła pożądany efekt, zwróciła uwagę m.in. Izabella Dessoulavy-Gładysz, prezes Mental Power – Fundacji dla Zdrowia Mózgu. – Poszłście w dobrym kierunku. Pokazanie lekarza poprzez emocje było świetnym ruchem – stwierdziła. – To emocje uruchamiają obszary mózgu odpowiedzialne za empatię. W szpitalu czy przychodni dochodzi do spotkania pracownika ochrony zdrowia z pacjentem, czyli człowieka z człowiekiem. Ten film humanizuje medycynę – podkreśliła.

O sympatii, jaką cieszą się wśród widzów aktorzy wcielający się w role lekarzy, opowiadali m.in. Katarzyna Dąbrowska („Na dobre i na złe”), Piotr Głowacki („Bogowie”) czy wspomniany Tomasz Kot.

PODZIELONE OPINIE, WSPÓLNE CELE

W trakcie panelu „Zdrowie na plus: finansowanie szpitali i sektora zdrowia w obliczu nowych wyzwań” prezes NRL Łukasz Jankowski mówił o braku ponadpartyjnej zgody na gruntowną reformę systemu ochrony zdrowia. Na przeszkodzie w podejmowaniu ważnych decyzji stają bowiem m.in. interesy ugrupowań politycznych, niechęć decydentów czy fakt, że szpitale są ważnym, a nierzadko największym pracodawcą w regionie.

– Poza ogólnym postulatem zwiększenia finansowania brakuje pomysłów, które uzyskałyby aprobatę wszystkich uczestników systemu. Nie dorośliśmy do dyskusji o reformie finansowania, bo nie zgadzamy się nawet w pryncypiach – stwierdził.

ZŁOTY ŚRODEK I ROLA „GAZETY LEKARSKIEJ”

W panelu dotyczącym genetycznego podłoża chorób kardiologicznych i rzadkich wiceprezes NRL Klaudiusz Komor apelował o rozsądek i proporcje w podejściu do diagnostyki. – Trzeba uważać, by nie popaść w tzw. chorobę studentów trzeciego roku, gdy wszyscy u siebie widzą rzadkie choroby. Nie możemy też rozpatrywać wszystkich możliwych przyczyn genetycznych przy zwykłym przebiegu – zaznaczył.

Podkreślił także rolę refundacji w praktyce klinicznej i zaznaczył, że



Fot. materiały prasowe

ważne jest nie tylko, kto zleca badanie, ale czy Narodowy Fundusz Zdrowia je sfinansuje.

– Rola samorządu jest bardzo duża, bo chyba jako jedyna instytucja mamy bazę ponad 200 tys.

To nie lekarze wymyślili system ochrony zdrowia, w którym pracują – ale to oni codziennie stają na pierwszej linii frontu, często w warunkach granicznych

lekarzy i lekarzy dentystów. Docieramy do nich m.in. za pośrednictwem wydania papierowego „Gazety Lekarskiej” i portalu internetowego gazetalekarska.pl. Wszystkim lekarzom, zwłaszcza pracującym w podstawowej opiece zdrowotnej i w szpitalach powiatowych w mniejszych miejscowościach, gdzie dostęp do nowoczesnej diagnostyki jest czasami nieco trudniejszy, warto przekazywać kluczowe wytyczne w prostej formie. Powinien też trafić do nich komunikat: jeśli leczysz zgodnie z zasadami i nie przynosi to rezultatów, to pomyśl o genetyce, podobnie jak w sytuacji, gdy w gabinecie pojawił się pacjent z objawem, którego nigdy wcześniej nie spotkałeś – mówił wiceprezes NRL.

NIEDŹWIEDZIE DLA KARDIOLOGÓW

Podczas kongresu, w którym wzięło udział ponad 100 prelegentów

i 500 uczestników, odbyło się 15 paneli dyskusyjnych. Poruszano m.in. tematy profilaktyki, zdrowia psychicznego, transplantologii, chorób cywilizacyjnych i dostępu do danych medycznych. Mówiono również o telemedycynie, która – jak przekonywał Artur Drobniak, dyrektor Centralnego Ośrodka Badań, Innowacji i Kształcenia NIL – stanowi wielką szansę, jeśli jest wdrażana z rozważą, w trosce o pacjenta i z poszanowaniem roli lekarza.

Wieczorem odbyła się uroczysta gala, podczas której wręczono statuetki Niedźwiedzie Zdrowia. Nagrody otrzymali m.in. prof. Robert Gil z Instytutu Medycznego MSWiA w Warszawie (w kategorii ekspert medycyny zaangażowany w życie pacjentów z chorobami przewlekłymi) oraz senator Agnieszka Gorgoń-Komor (w kategorii polityk zaangażowany w życie pacjentów i profilaktykę zdrowotną). Oboje są kardiologami.

POD PATRONATEM NIL

Wydarzenie odbyło się pod patronatem honorowym wielu instytucji, m.in. Agencji Badań Medycznych, Centrum e-Zdrowia, Głównego Inspektoratu Sanitarnego, Instytutu Medycyny Pracy, Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – PZH, Rzecznika Praw Pacjenta i ZUS. Patronem medialnym była „Gazeta Lekarska”. ●

AKTUALNOŚCI

Stomatologia przyszłości – przy jednym stole

ARTUR PEDRYC
DZIENNIKARZ

Współczesne wyzwania edukacyjne, cyfryzacja, bezpieczeństwo lekarzy oraz wpływ środowiska na stan zdrowia jamy ustnej – to główne tematy dwóch ważnych wydarzeń naukowo-dydaktycznych: XXV Międzynarodowej Konferencji Okrągłego Stołu „Kształcenie przed- i podyplomowe w stomatologii” oraz XVII Konferencji „Środowisko a stan zdrowia jamy ustnej”.

W wydarzenia zorganizowane w dniach 20-22 maja w Centrum Konferencyjnym Atelia zgromadziły rektorów, dziekanów, naukowców i lekarzy dentystów z całej Polski. Obecni byli także prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Łukasz Jankowski oraz wiceprezes NRL i przewodniczący Komisji Stomatologicznej Paweł Barucha.

Podczas inauguracji szef NIL podkreślił silne fundamenty systemu kształcenia lekarzy w Polsce, zaznaczając, że dziś nikt w Europie nie kwestionuje wysokich kompetencji polskich medyków.

– Pytania ze strony organizacji międzynarodowych pojawiają się, ale głównie w kontekście decyzji o otwarciu polskiego rynku pracy dla lekarzy zza wschodniej granicy. Na zachodzie wywołało to niepewność co do kwalifikacji lekarzy z Ukrainy i Białorusi, którym umożliwiliśmy dostęp do unijnego rynku – wskazywał Łukasz Jankowski. Zaznaczył jednak, że obcokrajowcy zza wschodniej granicy stanowią zaledwie niewielki odsetek spośród około 200 tys. lekarzy i lekarzy dentystów pracujących w Polsce.

TWARDE DANE Z IMI

– Najlepszym dowodem na wysoki poziom kształcenia lekarzy w Polsce są dane z Systemu IMI – mówił prezes Jankowski. Internal Market Information System (IMI) to system wymiany informacji między organami administracji publicznej w krajach członkowskich Europejskiego Obszaru Gospodarczego i instytucjami Unii Europejskiej. Jednym z jego elementów jest system ostrzegania dotyczący lekarzy, którym ograniczono, zawieszono lub cofnięto prawo wykonywania zawodu.

– W ubiegłym roku przesłaliśmy do IMI 141 alertów dotyczących polskich lekarzy. Ani jeden nie dotyczył lekarzy dentystów – poinformował prezes.

Najwięcej zgłoszeń do IMI pochodziło z Litwy (619), Francji (314), Szwecji (162) i Irlandii (148). Ciekawostką jest fakt, że wysoka liczba alertów z Litwy to efekt zgłaszania przez ten kraj lekarzy, którzy nie opłacają składek członkowskiej.

O CYFRYZACJI I BEZPIECZEŃSTWIE

– W kręgach europejskich postrzegani jesteśmy jako kraj, który dobrze kształci. Co więcej, w dziedzinie cyfryzacji jesteśmy wskazywani jako lider. Niemcy wciąż pytają, jak udało się nam wprowadzić e-recepty i e-zwolnienia, mimo że 30 proc. lekarzy w Polsce to emeryci. Nasza elastyczność wykształcona przez lata funkcjonowania w zawiłościach polskiego systemu ochrony zdrowia dziś staje się nieocenioną wartością – zaznaczył prezes NRL.

W dalszej części wystąpienia odniósł się do kwestii bezpieczeństwa lekarzy. – Musimy myśleć nie tylko o ochronie prawnej, ale i o bezpieczeństwie fizycznym. Rozmawiałem dziś ze start-upem, który wdrożył tzw. panic button – ukryty w identyfikatorze przycisk, którym dyskretnie można wezwać ochronę – informował Jankowski. – Prowadzimy też walkę z hejtem w sieci. Po śmierci naszego kolegi z Krakowa pod artykułami pojawiały się porażające

wpisy. Wszystkie zostały zgłoszone do prokuratury, pozostajemy także w kontakcie z policją.

MEDALE I WYRÓŻNIENIA

Z okazji 25-lecia Okrągłego Stołu Polskie Towarzystwo Edukacji Medyczo-Dentystycznej „Sapientia” uhonorowało osoby, które przez ostatnie ćwierć wieku organizowały lub wspierały to wydarzenie. Medal Educatio Scientia im. prof. Teresy Bachanek otrzymało 21 osób, a kilkadziesiąt kolejnych wyróżniono złotymi, srebrnymi i brązowymi Sowami. Wśród nagrodzonych znaleźli się również przedstawiciele Naczelnej Rady Lekarskiej: prezes ORL Lubelskiej Izby Lekarskiej Leszek Buk odebrał Medal Educatio Scientia dla Lubelskiej Izby Lekarskiej, a wiceprezes ORL tej izby Dariusz Samborski – złotą Sowę.

W konferencji uczestniczyli również przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Edukacji i Nauki, Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, Centrum Egzaminów Medycznych, Naczelnej Izby Lekarskiej, konsultanci krajowi oraz reprezentanci uczelni medycznych.

– O randze tej konferencji świadczą nazwiska i tytuły uczestników. Śmiało można powiedzieć, że dziś w Lublinie mamy największą liczbę profesorów przypadających na jeden metr kwadratowy – podsumował z uśmiechem wiceprezes Paweł Barucha.

PODATKI I FINANSE

Dom pod palmami? Tak, ale z głową!

ANTONINA KRYŃSKA
DZIENNIKARKA

Coraz więcej Polaków, w tym lekarzy, spełnia marzenie o własnym mieszkaniu lub willi w Hiszpanii. Kuszą słońce, klimat i styl życia, ale rynek nieruchomości w Andaluzji, Katalonii czy Walencji pełen jest prawnych pułapek. Podpowiadamy, na co uważać, by inwestycja nie zamieniła się w kosztowny problem.

W 2024 r. Polacy kupili blisko 4,2 tys. nieruchomości w Hiszpanii (31 proc. na rynku pierwotnym, a 69 proc. na rynku wtórnym), co stanowi wzrost o 36 proc. w porównaniu z rokiem poprzednim. W ten sposób zajęliśmy 9. miejsce pod względem liczby nieruchomości kupionych przez cudzoziemców w tym kraju. Tymczasem samo spełnienie wymogów prawa hiszpańskiego nie wystarczy, by stać się właścicielem uroczej willi w Alicante czy mieszkania w Barcelonie. Każdy region rządzi się swoimi zasadami. Po drodze czyha też niejedna pułapka. Bardzo popularne w Hiszpanii są np. oferty sprzedaży domów razem z lokatorami albo samowoli budowlanych, czyli domów w całości lub części wybudowanych bez pozwolenia na budowę. Jak uniknąć niespodzianek i kupić nieruchomość tak, by cieszyć się urokami Hiszpanii, a nie przeklinać nieudany zakup?

AGENT DO ZADAŃ SPECJALNYCH

Najczęściej dom lub mieszkanie pomaga znaleźć hiszpańska agencja nieruchomości. Samodzielne poszukiwania oraz finalizacja zakupu są bardzo trudne. Trzeba znać język hiszpański (większość Hiszpanów nie mówi po angielsku, choć w agencjach pracują osoby anglojęzyczne) oraz dobrze orientować się w prawie i zwyczajach obowiązujących w danym regionie. Inne przepisy obowiązują np.

w Katalonii, inne w Andaluzji czy Walencji. W internecie jest w czym wybierać – wiele agencji ma nawet swoje strony internetowe po polsku.

Monika Trojanowska-Rzymkiewicz, radca prawny specjalizująca się w nieruchomościach w Hiszpanii, ostrzega: – Agencja agencji nierówna. Ich celem jest najczęściej skuteczna sprzedaż, nie interesują się

W Hiszpanii można kupić dom z lokatorem, który ma prawo mieszkać w nim do śmierci. Cena bywa niższa, ale... lokator zostaje

stanem prawnym nieruchomości. A takich z niejasną historią w Hiszpanii nie brakuje. Mogą więc narazić klienta na poważne problemy. Przed podpisaniem umowy warto sprawdzić opinie o agencji w internecie oraz zasięgnąć języka u osób, które z jej usług korzystały.

Warto również sprawdzić, czy agent ma uprawnienia do wykonywania zawodu, czyli widnieje w rejestrze agentów nieruchomości jako API (oficjalne określenie agentów wpisanych do rejestru). Mamy wtedy gwarancję, że w razie popełnienia błędu będziemy mogli

dochodzić z OC agenta odszkodowania za szkody wyrządzone przy świadczeniu usług.

Ile kosztuje agent? Prowizję zazwyczaj płaci sprzedający. Ale nie jest to regułą. – Zdarza się, że agent zażąda wynagrodzenia, zwłaszcza gdy z klientem odwiedza wiele nieruchomości i przedstawia liczne oferty. Taka prowizja wynosi zazwyczaj do kilku procent wartości nieruchomości – wyjaśnia mec. Trojanowska-Rzymkiewicz.

KSIĘGA WIECZYSTA TO ZA MAŁO

Znalezienie wymarzonego domu lub mieszkania to dopiero połowa sukcesu. W Polsce wystarczy zwykle sprawdzenie księgi wieczystej. W Hiszpanii sytuacja jest bardziej skomplikowana – wiele zależy od rodzaju nieruchomości oraz rynku (pierwotny czy wtórny). Zawiłości prawnych jest dużo. Trudno na odległość dać sobie z nimi radę. Warto więc wynająć prawnika, który zrobi to za nas. Nie tylko prześwietli nieruchomość, ale pomoże również później sfinalizować całą transakcję. Nie musi to być prawnik hiszpański. W Polsce jest już bardzo dużo kancelarii prawnych, które specjalizują się w tego rodzaju transakcjach.

– Najtrudniejsze do zakupu są domy na rynku wtórnym. W Hiszpanii wiele z nich powstało częściowo lub całkowicie bez pozwolenia na

budowę. To efekt dawnych, niespójnych przepisów. Jeśli nie sprawdzimy dokładnie dokumentacji, możemy natknąć się na poważne problemy, np. urząd może wstrzymać remont, bo część domu okaże się samowolą budowlaną. A w skrajnych przypadkach może zarządzić rozbiórkę całego domu – mówi mec. Monika Trojanowska-Rzymkiewicz.

Oprócz księgi wieczystej potrzebne są również innego rodzaju dokumenty – ich lista różni się w zależności od regionu. Podstawowe z nich to:

- odpowiednik pozwolenia na użytkowanie,
- kataster,
- potwierdzenia uregulowania opłat za media (woda, prąd, śmieci),
- potwierdzenie uregulowania podatku od nieruchomości,
- świadectwo energetyczne (obowiązkowe przy akcie notarialnym).

– Bez pozwolenia na użytkowanie nie da się zakontraktować mediów – podkreśla mec. Trojanowska-Rzymkiewicz. W niektórych regionach Hiszpanii konieczne jest udokumentowanie, że pozwolenie to kiedyś zostało wydane. Jeśli kupujemy dom, należy również sprawdzić, czy budynek stoi zgodnie z planem zagospodarowania przestrzennego. W przypadku rynku pierwotnego trzeba dokładnie prześledzić dewelopera i inwestycję: czy posiada pozwolenie na budowę, do kogo należy działka, czy deweloper widnieje w rejestrze, czy nie toczy się wobec niego postępowanie ani nie ogłoszono jego upadłości. – Zawsze sprawdzam, czy deweloper posiada rachunek powierniczy. To gwarantuje, że w razie problemów klient odzyska pieniądze – mówi prawniczka.

Ostrzega przed ogłoszeniami o nieruchomościach z lokatorami. – Uwaga na ogłoszenia dotyczące nieruchomości sprzedawanych jako „nuda propiedad”. W takim przypadku kupujący nabywa wyłącznie własność formalną (nuda propiedad), natomiast sprzedający (najczęściej osoba starsza) zachowuje prawo do korzystania z nieruchomości (usufructo vitalicio) – często dożywotnio. Osoba taka ma prawo mieszkać w nieruchomości do śmierci. Cena bywa niższa, ale... lokatorzy zostają – podkreśla prawniczka.

POTRZEBNY NUMER NIE

Aby kupić dom w Hiszpanii jako obcokrajowiec, trzeba uzyskać numer NIE (Número de Identificación de Extranjero). Wniosek trzeba złożyć odpowiednio

wcześniej, bo czas oczekiwania na numer to trzy do czterech tygodni (gdy składa się w konsulacie). Gdy wniosek składamy na posterunku hiszpańskiej policji, otrzymujemy go od ręki. Można też zlecić złożenie wniosku prawnikowi. Niezbędne jest też otwarcie konta bankowego w Hiszpanii, co jest potrzebne do płatności za nieruchomość i potencjalnego finansowania kredytem hipotecznym.

NIE TYLKO AKT NOTARIALNY

Zanim podpisze się ostateczny akt notarialny, zawiera się po drodze jeszcze dwie inne umowy: rezerwacyjną oraz przedwstępną (Contrato de Arras na rynku wtórnym, Contrato privado de compraventa na rynku pierwotnym, odpowiednik polskiej umowy deweloperskiej). Oba rodzaje umów nie wymagają obecności notariusza.

– Po wyborze nieruchomości klient podpisuje umowę rezerwacyjną i wpłaca opłatę rezerwacyjną, zazwyczaj 3-6 tys. euro. Taka umowa zawiera zapis, że jeśli kupujący zrezygnuje, traci rezerwację. Kolej-

Jeśli nie sprawdzimy dokumentacji, może się okazać, że np. urząd wstrzyma remont, bo część domu okaże się samowolą budowlaną

nym krokiem jest prywatna umowa kupna-sprzedaży (bez udziału notariusza). Zawiera wszystkie istotne warunki: harmonogram płatności, dane nieruchomości itd. Na rynku wtórnym wpłaca się wtedy zadatek, ok. 10 proc. I tak jak w Polsce: jeśli kupujący się wycofa – traci zadatek; jeśli sprzedający – zwraca go podwójnie – tłumaczy mecenas.

Umowy te można podpisać zdalnie, przy użyciu zwykłego podpisu elektronicznego. Akt notarialny musimy jednak podpisać w Hiszpanii: osobiście lub przez pełnomocnika.

– Umowy mogą być dwujęzyczne (polsko-hiszpańskie), ale akt notarialny – tylko w języku hiszpańskim. Notariusz musi też upewnić się, że kupujący rozumie dokument. W przeciwnym razie wymagana jest obecność tłumacza – mówi mec. Trojanowska-Rzymkiewicz.

ALARM TO KONIECZNOŚĆ

Zwykle po zakupie mieszkania (domu) wynajmuje się agencję, która nim zarządza. Ale taka agencja nie chroni przed dzikimi lokatorami, czyli ocupas, którzy są prawdziwą złą siłą w Hiszpanii, bardzo trudno jest się ich pozbyć, gdy zamieszkają w kupionym przez nas domu lub mieszkaniu. Jest na to jednak prosta rada. – Moim klientom radzę, żeby założyli alarm w domu (mieszkaniu), bardzo często odstrasza on niechcianych lokatorów – radzi prawniczka.

Za notariusza płaci zgodnie z prawem sprzedający lub ten, kto wybiera notariusza – zazwyczaj kupujący. Koszt zależy od długości aktu, liczby stron, załączników i kopii. Można przyjąć orientacyjnie ok. 1 proc. wartości nieruchomości.

UWAGA NA PODATKI

Kupując nieruchomość w Hiszpanii, trzeba zapłacić także podatki.

- rynek wtórny: podatek ITP (Impuesto de Transmisiones Patrimoniales),
- rynek pierwotny: VAT (zwykle 10 proc.) oraz podatek od czynności cywilnoprawnych.

Stawki różnią się w zależności od regionu Hiszpanii.

Po zakupie należy zapłacić również podatek od nieruchomości (IBI), opłatę za wywóz śmieci, podatek dla nierezydentów – wynosi 19 proc. W sumie dodatkowe koszty związane z transakcją, takie jak opłaty notarialne, podatki i wpisy do rejestru nieruchomości, wynoszą 10-15 proc. wartości nieruchomości.

Po podpisaniu aktu notarialnego należy przekazać informację o zmianie właściciela nieruchomości do ksiąg wieczystych (Registro de la Propiedad). Od tego momentu płynie termin 30 dni na zapłatę wszystkich podatków transferowych związanych z zakupem i załatwienie formalności związanych z rejestracją tytułu własności. W praktyce wszystkie te sprawy załatwia prawnik. Ostateczna rejestracja dokumentu może potrwać do dwóch miesięcy.

PODATKI I FINANSE

Kwadrans, który może zmienić finanse

MARIUSZ TOMCZAK
DZIENNIKARZ

Czy da się inwestować skutecznie bez codziennego śledzenia notowań i analiz giełdowych? Mateusz Samołyk przekonuje, że tak i udowadnia to w przystępnej, praktycznej książce będącej poradnikiem szczególnie cennym dla tych, którzy – jak lekarze – mają więcej obowiązków niż wolnego czasu.



Wciąż pokutuje przekonanie, że inwestowanie to zajęcie tylko dla nielicznych – bogatych, świetnie zorientowanych w ekonomii i gotowych poświęcać temu mnóstwo czasu. Mity te, a przy okazji wiele innych, obala Mateusz Samołyk w książce „Inwestowanie dla każdego. Jak prosto i skutecznie pomnażać swoje pieniądze”. Niedawno ukazało się jej drugie wydanie. To praktyczny przewodnik głównie po inwestowaniu pasywnym, które nie wymaga poświęcania wiele czasu. 470-stronicowa objętość nie powinna zniechęcać do lektury, bo treść jest napisana przystępnym językiem.

NAJWIĘKSZA ZALETĄ

Autor podkreśla, że największą zaletą pasywnego podejścia jest to, że da się inwestować „przy okazji”, a nie „zamiast”, wielu codziennych aktywności. „Aby skutecznie inwestować, wystarczy kilkanaście godzin nauki i dosłownie 15 minut miesięcznie na realizację planu” – podkreśla Samołyk. O ile z tym pierwszym można by trochę polemizować (moim zdaniem wiele osób w tak krótkim czasie nie da się przekonać), o tyle kwadrans co miesiąc na realizację planu faktycznie wystarczy. „Niewielki nakład czasu nie oznacza, że inwestorzy pasywni nie osiągają dobrych stóp zwrotu ze swoich inwestycji”, bo – jak pisze autor książki – dzięki temu podejściu „pobijesz wielu aktywnych inwestorów, osiągając bardzo przyzwoite wyniki”. To nie jest żadna tajemna metoda wymyślona przez Samołyka, lecz dobrze

udokumentowane, także naukowo, podejście do lokowania środków na rynku kapitałowym.

WIEDZA DLA ZAPRACOWANYCH

Praktyczne podejście jest tym, co mocno wyróżnia książkę Samołyka na tle wielu publikacji poświęconych inwestowaniu w akcje i obligacje. Często znajduje się w nich mnóstwo teorii, a mało konkretnych wskazówek dla osób kupujących instrumenty finansowe na giełdzie. To szczególnie cenna zaleta dla lekarzy i lekarzy dentyistów, którzy poświęcają wiele godzin na diagnozowanie i leczenie oraz stałe poszerzanie wiedzy medycznej. Dla tak zapracowanej grupy zawodowej inwestowanie pasywne wydaje się optymalnym sposobem na pogodzenie życia zawodowego z chęcią ochrony zgromadzonych oszczędności przed inflacją i pomnażania ich w długim terminie. Jest to dobre rozwiązanie także dla innych Polek i Polaków. „W przypadku początkujących najlepiej sprawdzi się globalne inwestowanie pasywne” – dodaje autor.

SPOKOJNY SEN

Samołyk wiele uwagi poświęca psychologicznym aspektom inwestowania. I słusznie, wszak każdy człowiek jest inny. Nie jest tajemnicą, że inwestorzy różnie reagują na obsunięcia kapitału, a przecież na giełdzie zmienność, tj. wahania

cen instrumentów finansowych w krótkim czasie, potrafi być duża. „Dobre samopoczucie, stabilność i spokój ducha są o wiele ważniejsze od wyższej stopy zwrotu z inwestycji” – pisze autor, po czym dodaje, że „strategia inwestycyjna powinna przede wszystkim pozwalać Ci nie martwić się o przyszłość, a dopiero potem generować wysokie stopy zwrotu”. Osoby zawodowo związane z ochroną zdrowia może przekonać też to, że w inwestowaniu ważny jest spokojny sen – tak bardzo istotny dla naszego samopoczucia.

LOKALNY KONTEKST

W środowisku lekarskim są zarówno osoby od dawna obecne na rynku kapitałowym, jak i potencjalnie zainteresowane inwestowaniem. Znam jednych i drugich. I jeśli miałbym komukolwiek, w tym nielekarzom, polecić jedną książkę, z której da się „nauczyć” inwestowania pasywnego, na polskim rynku – przynajmniej na razie – nie znajdziemy lepszej niż napisana przez Mateusza Samołyka. Jej wielkim atutem jest uwzględnienie lokalnej specyfiki, m.in. w kontekście budowy portfela inwestycyjnego, korzystania z konta maklerskiego czy wyboru funduszy ETF, o których już parokrotnie pisałem na łamach „Gazety Lekarskiej”. Pozycja zawiera aż 166 kolorowych ilustracji, diagramów i wykresów, co bardzo ułatwia przyswajanie wiedzy. ●

PRAWO I MEDYCYNĄ

Śmierć po planowym zabiegu. Kara dla chirurga

Czy niedoszacowanie utraty krwi podczas planowej laparoskopii zwiadowczej może być podstawą do zawieszenia prawa wykonywania zawodu? W tej sprawie wszystkie instancje sądów lekarskich, a ostatecznie także Sąd Najwyższy, uznały, że tak.

Okręgowy sąd lekarski zawiesił na rok prawo wykonywania zawodu lekarza specjaliste z zakresu chirurgii za niedołożenie należytej staranności podczas planowej laparoskopii zwiadowczej. W czasie zabiegu pojawiło się krwawienie wymagające usunięcia śledziony. Okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej zarzucił operatorowi niedoszacowanie ilości utraconej krwi, co w efekcie doprowadziło do niepodjęcia decyzji o przetoczeniu preparatu krwi podczas zabiegu. Zaniechanie transfuzji przyczyniło się do pogłębienia wstrząsu krwotocznego, który wystąpił u pacjenta. Chory mimo kilkukrotnej resuscytacji zmarł. Sekcja wykazała, że przyczyną zgonu był ostry krwotok wewnętrzny do jamy otrzewnowej z uszkodzonych naczyń tętniczych i żylnych w loży po usuniętej śledzionie.

NIEWŁAŚCIWA DIAGNOZA

Naczelny Sąd Lekarski (NSL) utrzymał orzeczoną karę. Uznał, że obwiniony jako główny operator był osobą odpowiedzialną za całość przeprowadzonego zabiegu operacyjnego. Utrata krwi w ilości co najmniej 25 proc. krwi krążącej (tyle znajdowało się w ssaku) przy współistniejącej sytuacji klinicznej pod postacią hipotonii i tachykardii wymagała reakcji obwinionego. W opinii biegłych faktyczna utrata krwi była istotnie większa, biorąc pod uwagę kilkanaście serwet chirurgicznych użytych podczas zabiegu operacyjnego. Czas trwania zabiegu, ilość zużytego materiału opatrunkowego w jego trakcie świadczyły o braku uzyskania hemostazy i utrzymującym się krwawieniu przez cały okres operacji. Powinno to doprowadzić do podjęcia decyzji o przetoczeniu u pacjenta preparatu krwi podczas tego zabiegu. Przypomnieć

ZBIGNIEW KUZYŚYŃ
NACZELNY RZECZNIK
ODPOWIEDZIALNOŚCI
ZAWODOWEJ



należy, że zwykle szacowana utrata krwi jest o 30-50 proc. niższa niż utrata rzeczywista.

Naczelny Sąd Lekarski stwierdził, że postawiono niewłaściwą, niczym nieopartą diagnozę o stabilnym stanie hemodynamicznym i po zabiegu przeniesiono pacjenta na salę pooperacyjną mimo oznak wskazujących na zagrożenie jego życia. Popelnione błędy oraz zaniebdania spowodowały znaczne opóźnienie w rozpoznaniu i wdrożeniu niezbędnych procedur w postaci przetoczenia preparatu krwi.

Winę obwinionego potęguje to, że jako lekarz specjalista z wieloletnim doświadczeniem powinien wziąć pod uwagę, że krwawienie mogło nie zostać do końca zatamowane. Lekarz z kwalifikacjami takim jak obwiniony powinien zdecydowanie mieć na uwadze, że wrażenie uzyskania śródoperacyjnej hemostazy mogło wynikać z obniżonego w tym momencie ciśnienia tętniczego krwi, które maskowało utrzymujące się krwawienie.

ADEKWATNA KARA

Od prawomocnego orzeczenia NSL kasację złożył obrońca obwinionego lekarza. Kwestionował ustalenia faktyczne wraz z opiniami biegłych, a orzeczoną karę określił jako rażąco niewspółmiernie wysoką.

Sąd Najwyższy oddalił kasację jako oczywiście bezzasadną. W ustnym uzasadnieniu podkreślił, że kasacja nie stanowi trzeciej instancji i nie służy ponawianiu postępowania, gdyż na tym etapie nie można weryfikować ustaleń faktycznych. Zarzuty kasacyjne rozpatrywane są pod kątem rażącego naruszenia prawa przez sąd odwoławczy (Naczelny Sąd Lekarski), które mogą mieć istotny wpływ na rozstrzygnięcie. W ocenie Sądu Najwyższego nie doszło do jakichkolwiek uchybień ze strony NSL. Stwierdzono, że członkowie sądów lekarskich dysponują specjalistyczną wiedzą medyczną i mogą, odwołując się do niej, oceniać także opinie biegłych. Wskazano, że nawet bogaty dorobek zawodowy i naukowy nie przesądza a priori, iż postępowanie lekarza zawsze będzie odpowiadać wzorcowi należytej staranności. Wymiar kary w ocenie Sądu Najwyższego był w pełni adekwatny do popelnionego czynu i nie przekraczał stopnia zawinienia, czyli spełniał warunki sprawiedliwej kary.

Nie pierwszy raz Sąd Najwyższy w swym postanowieniu podkreślił, iż sądy lekarskie są najlepiej predysponowane do kształtowania poziomu sankcji za przewinienia zawodowe.

PRAWO I MEDYCYNĄ

Jak się bronić przed hejtem

Wystarczy jedno zdanie – niesprawiedliwa, obraźliwa opinia, by lekarz stracił pacjentów, a jego reputacja legła w gruzach. Granica między krytyką a znieważeniem jest cienka, a konsekwencje realne. O tym, jak rozpoznać naruszenie dóbr osobistych i bronić się przed pomówieniami w internecie, mówi adwokat **Andrzej Zorski** w rozmowie z Antoniną Kryńską.

Liczba gwiazdek przy nazwisku lekarza na *ZnanyLekarz.pl* bardzo często decyduje o tym, czy ktoś skorzysta z jego usług. Nie zawsze jednak internetowe opinie są sprawiedliwe. Bywa, że są krzywdzące i niszczą wizerunek. Jak bronić swojego dobrego imienia?

To prawda, że marka osobista i opinia na temat danej osoby często decydują o wyborze konkretnego lekarza, przedsiębiorcy, restauracji czy hotelu. Mamy wolność słowa i każdy ma prawo do wyrażania swojej opinii w dowolny sposób. Jednak istnieją granice tej wolności.

Co na ten temat mówi prawo?

Kwestie dotyczące dóbr osobistych i granic wypowiedzi nie są ściśle uregulowane w przepisach. Nie istnieją jasne wytyczne w ustawach – to orzecznictwo sądów oraz komentarze doktryny wyznaczają granice. Linia orzecznicza jest dość jednolita: można wyrażać opinie, o ile mają one uzasadnienie w faktach. Przykładowo stwierdzenie, że jakiś lekarz jest dobry albo zły, musi być poparte konkretnymi doświadczeniami. Niedozwolone będą opinie dotyczące lekarza, u którego nie byliśmy na wizycie. Zakazane są też zmasowane ataki, np. sytuacje, gdy kilkadziesiąt osób jednocześnie wystawia negatywne opinie na *ZnanyLekarz.pl*.

Zacytuję kilka opinii znalezionych w internecie: „Tak antypatycznego lekarza dawno nie spotkałem, traktuje pacjentów z góry, zupełnie bez empatii – nie polecam” albo: „Cała wizyta była kompletną stratą pieniędzy, czasu i nerwów, radziłbym unikać tej pani”. Opinie te są ogólnikowe, ale najpewniej napisały je osoby, które rzeczywiście były na

wizycie. Czy jeśli ktoś napisze, że lekarz jest niemiły, gburowaty czy wręcz, że jest „chamem” – to faktycznie nic nie można zrobić, bo pacjent korzysta z wolności słowa?

To zależy. Jeśli internauta używa określeń takich jak „niemiły” czy „strata pieniędzy, czasu i nerwów”, są to dość wyważone słowa i ma prawo do takiej krytyki. Można

Lekarz ma prawo walczyć o swoje dobre imię – i to zarówno przed sądem cywilnym, jak i karnym. Hejt nie może pozostać bez odpowiedzi

dyskutować, czy „niemiły lekarz” rzeczywiście oznacza stratę pieniędzy. Jeśli postawił właściwą diagnozę i pomógł pacjentowi, trudno mówić o stracie.

Nie mam natomiast wątpliwości, że określenia takie jak „cham” czy „lepkie ręce” można zakwalifikować jako znieważenie w rozumieniu Kodeksu karnego. W takich przypadkach lekarz ma prawo wystąpić do sądu i żądać usunięcia opinii z sieci.

Zdarzają się też komentarze cięższego kalibru, w których zarzuca się np. błędną diagnozę. Widziałam w sieci opinie, że ginekolog miał zdiagnozować nowotwór, a inny lekarz uspokoił pacjentkę i powiedział, że to nieprawda. Zdarzają się też groźby kierowane pod adresem lekarzy. Co w takich sytuacjach mówi prawo?

Samo stwierdzenie, że lekarz popełnił błąd, np. zdiagnozował nowotwór, którego nie było, jest trudne do obrony, jeśli można to jednoznacznie wykazać na podstawie dokumentacji medycznej. Zdarza się jednak, że błędna diagnoza nie wynika z zaniedbania, lecz z tego, że lekarz miał podstawy, by tak przypuszczać, mimo że finalnie diagnoza się nie potwierdziła.

Co do gróźb w sieci, często mogą być one zakwalifikowane jako karalne w rozumieniu art. 190 Kodeksu karnego. Wtedy, zazwyczaj po naszym zawiadomieniu, to już prokuratura będzie ścigać takiego delikwenta, a lekarz będzie miał status pokrzywdzonego czy później oskarżyciela posiłkowego. Wtedy prowadzenie sprawy nic nas nie kosztuje, pełniimy jedynie rolę pomocniczą dla oskarżyciela publicznego, choć możemy występować z własnymi żądaniami, np. o odszkodowanie czy naprawę.

Jakie konkretne kroki może podjąć lekarz, który chce bronić swojego dobrego imienia w sieci albo „spacyfikować” hejtera?

Lekarz ma do wyboru ścieżkę cywilną i karną. W pierwszym przypadku może wytoczyć powództwo o ochronę dóbr osobistych.

W drugim – złożyć prywatny akt oskarżenia za zniesławienie lub znieważenie.

Z mojego doświadczenia wynika, że większość lekarzy wybiera drogę karną – jest tańsza – opłata wynosi 300 zł, łatwiej ustalić dane internauty – pomaga w tym

policja, a konsekwencje dla hejtera są bardziej dotkliwe. W przypadku pozwu cywilnego trzeba samemu ustalić dane pozwanego, zapłacić 600 zł opłaty, a później jeszcze 5 proc. wartości żądania jako opłatę sądową.

Kiedy komentarz można zakwalifikować jako przestępstwo zniesławienia lub znieważenia?

Zniesławienie, czyli pomówienie, polega na przypisywaniu osobie nieprawdźliwych cech, poglądów lub działań, co może prowadzić do utraty zaufania społecznego. Znieważenie natomiast to naruszenie godności poprzez obraźliwe słowa, drwiny czy pogardliwe traktowanie. Zniesławienie dotyczy reputacji, znieważenie – godności osobistej. W obu przypadkach zachowanie internauty musi być na tyle poważne, by zostało zakwalifikowane jako przestępstwo. W dużym skrócie: „delikatniejsze” opinie zazwyczaj nie spełniają tych kryteriów. Wtedy pozostaje tylko ścieżka cywilna.

Jeśli opinia została opublikowana np. w prasie, lekarz może również żądać od redakcji jej sprostowania.

Na wyrok czeka się długo, a niepochlebna opinia cały ten czas widnieje w internecie. Jak ją skutecznie usunąć?

Wystarczy wysłać pismo do administratora portalu. Ustawa o świadczeniu usług drogą elektroniczną przewiduje procedurę notice and take down (powiadomienie i usunięcie), z której warto skorzystać. W jej ramach wystarczy wysłać zawiadomienie o tym, że dany wpis narusza nasze dobra osobiste i odpowiednio to uzasadnić.

Portale, takie jak ZnanyLekarz.pl czy GoWork.pl, zazwyczaj usuwają wpisy po otrzymaniu takiego wezwania, czasem nawet z własnej inicjatywy, jeśli uznają, że treść narusza regulamin. Jeśli administrator tego nie zrobi, sam może zostać pociągnięty do odpowiedzialności jako dostawca usług internetowych (service provider). Gdy administrator nie reaguje – pozostaje postępowanie sądowe.

Czy prywatny akt oskarżenia może być „pusty”, bez wskazania sprawcy? Czy wcześniej trzeba zwrócić się do policji? Czasem internauta podpisuje się imieniem i nazwiskiem – wtedy nie trzeba angażować policji, bo na podstawie treści i daty wpisu można samodzielnie ustalić autora. Jeśli jednak wpis jest anonimowy, wówczas można złożyć „pusty” akt



foto: archiwum prywatne

oskarżenia do sądu – na podstawie art. 488 Kodeksu postępowania karnego. Następnie składa się wniosek do policji o ustalenie sprawcy. Policja zwraca się do administratora portalu (jeśli ma siedzibę w Polsce) o adres IP, a następnie do operatora internetowego (np. Play) o dane abonenta.

W przypadku portali zagranicznych (Facebook, Instagram, WhatsApp, Google) uzyskanie danych jest znacznie trudniejsze – często trwa to ponad rok. Natomiast samo uzyskanie IP nie oznacza jeszcze automatycznego doprowadzenia do naruszcyciela – musimy połączyć numer z konkretną osobą. Sprawa komplikuje się przede wszystkim, jeśli mamy zmienne IP. Z uwagi na przepisy operatorzy mogą tylko przez rok przetrzymywać takie informacje. Często więc zdarza się, że mimo iż posiadamy numer IP, nie będziemy mogli dotrzeć do sprawcy.

Jakie kary są zazwyczaj zasądzone?

Sąd bierze pod uwagę wpływ komentarza na życie zawodowe lekarza, zasięg wpisu, postawę oskarżonego – czy wyraża skruchę, czy przyznaje się do winy, czy to recydywa. Najczęściej kończy się na grzywnie, obowiązku przeprosin i zapłacie nawiązki – jej wysokość zależy od skali naruszenia.

◀ *Między wolnością słowa a odpowiedzialnością za słowo przebiega cienka linia – podkreśla Andrzej Zorski, współnik w Kancelarii Prawnej Piławska, Zorski Adwokaci*

W skrajnych przypadkach możliwa jest kara więzienia. Często sprawa kończy się warunkowym umorzeniem postępowania – z obowiązkiem przeprosin i niewielką nawiązką.

Przejdźmy teraz do ochrony dóbr osobistych na gruncie procedury cywilnej. Czy faktycznie tak trudno wywalczyć cokolwiek przed sądem? Może warto skorzystać jednocześnie z dwóch ścieżek: cywilnej i karnej?

Równoczesne korzystanie z dwóch ścieżek nie ma większego sensu, ponieważ sądy zwykle zawieszają jedno postępowanie do czasu zakończenia drugiego. Jeśli chodzi o sprawy dotyczące ochrony dóbr osobistych, problemem jest to, że automatycznie trafiają one do sądu okręgowego – niezależnie od wysokości roszczenia. A sądy okręgowe, zwłaszcza w Warszawie, są bardzo obciążone.

O ile dłużej trwa wtedy postępowanie? Rok, dwa, trzy lata?

To zależy od konkretnego sędziego i sądu, ale na wyrok można czekać nawet trzy, cztery lata. Dla porównania: w postępowaniu karnym wystarczy zazwyczaj półtora roku.

Czego można się domagać w sądzie cywilnym?

Można się domagać odszkodowania za rzeczywiste straty finansowe (np. utrata pacjentów, niewypłacona pensja) oraz zadośćuczynienia za doznaną krzywdę moralną (np. stres, pogorszenie samopoczucia, obniżenie autorytetu), a także usunięcia opinii z internetu i przeprosin – w takiej formie, w jakiej doszło do naruszenia dobra osobistego (np. na tej samej stronie internetowej).

W przypadku odszkodowania konieczne jest udowodnienie szkody majątkowej, np. spadku liczby pacjentów czy utraty zlecenia. Zadośćuczynienie dotyczy szkody niemajątkowej, np. wpływu opinii na zdrowie psychiczne czy dobre imię lekarza. ●

Między skalpelem a wyrokiem. Opowieści z sali sądowej

DR N. MED. ZBIGNIEW KULAK

Dwanaście lat orzekania jako biegły sądowy z zakresu chirurgii ogólnej to doświadczenie, które odsłania nie tylko kulisy sporów o odszkodowania, ale też całą gamę ludzkich postaw – od roszczeniowości i manipulacji po niewiedzę – i dramatyczne życiowe historie.

Istotą cywilnych procesów sądowych jest niemal zawsze spór o pieniądze. Zwykle o znaczne kwoty, tym swobodniej szacowane, im strona powodowa ma mniej do stracenia – czyli gdy wraz z pozwem o zapłatę składa od razu wniosek o zwolnienie z kosztów sądowych. Wykazuje wówczas swoją trudną sytuację finansową. Fakty, że sporny wypadek komunikacyjny dotyczył jazdy niezłej klasy samochodem lub że do urazu doszło podczas turystycznego wyjazdu do Brazylii – są przemilczane.

Gdy sąd odda wniosek o zwolnienie z kosztów, pojawia się inna strategia: pozew opiewa na relatywnie niewielką kwotę, co minimalizuje opłaty (5 proc. wartości pozwu). Po uzyskaniu opinii biegłego dającej nadzieję na sukces roszczenie ulega znacznemu rozszerzeniu. Każdy proces kończy się wyrokiem satysfakcjonującym jedną ze stron. Przegrana często obarcza winą biegłego. Zdarza się też powoływanie kolejnych ekspertów.

Czasem wobec niekwestionowanej opinii biegłego strony zawierają ugodę jeszcze na korytarzu sądu. Wówczas „ofiara” sytuacji staje się biegły, który przejechał 200 km tylko po to, by usłyszeć podziękowanie i wrócić do domu.

Zdecydowana większość spraw, w których biegli chirurdzy są powoływani, dotyczy sporów z ubezpieczycielami lub – rzadziej – bezpośrednio ze sprawcami wypadków. Często sprawy dotyczą zdarzeń sprzed wielu lat, kiedy skuteczne leczenie i rehabilitacja uratowały życie i zdrowie pacjenta. Mimo to powód

i jego pełnomocnik domagają się pieniędzy. Często nie są świadomi wartości polisy i podstaw jej działania. Trudno wtedy przekonać, że wyższe odszkodowanie wymagałoby wykupienia droższej polisy.

ROSZCZENIOWOŚĆ I PRETENSJE

Przykład roszczeniowości: młody mężczyzna, jadąc drogim motocyklem, bez kolizji upadł przy dużej prędkości na plecy – prawdopodobnie wykonując tzw. świecę. W momencie przyjazdu pogotowia był przytomny, z prawidłowym ciśnieniem 120/80. Po kilku minutach, już w SOR-ze, był

Satysfakcja biegłego? Brak zastrzeżeń do opinii lub rzeczowe pytania. Frustracja? Gdy strona „kwestionuje opinię w całości” bez żadnych argumentów

bez kontaktu, z ciśnieniem 60/0. Trafił natychmiast na salę operacyjną, operowany wielokrotnie. Karta informacyjna dokumentowała rozległe obrażenia: m.in. rozkawałkowanie śledziony i nerki, perforację żołądka, rozerwanie przepony, uraz rdzenia kręgowego, złamania licznych żeber i kręgow.

Po latach pacjent pozywa szpital za... odleżyny. Podobnie pacjent, który doznał porażenia czterokończynowego po upadku na głowę do kanału w warsztacie samochodowym, wniósł pozew, zarzucając winę lekarzom – za odleżyny.

Strony powodowe często pomijają istotę choroby – przyczynę interwencji chirurgicznej – obwiniając lekarzy za powikłania. Skrajny przykład: pozew za wyłonienie stomii po rozległej operacji resekcji jelita grubego, obejmującej jajniki, macicę, pęcherz i moczowód.

Wiele spraw dotyczy pretensji, że wyrażając zgodę na zabieg, pacjenci nie byli poinformowani o możliwościach, a niestety zdarzających się powikłaniach. Szpitale rozbudowują dokumentację zgody, ale im bardziej szczegółowa i specjalistyczna, tym częściej pojawiają się zarzuty, że była niezrozumiała. Dotyczy to m.in. zabiegów ERCP=ECPW (cholangiopankreatografii wstecznej), których powikłania – jak i przyczyny – są opisane w ogromnej literaturze medycznej. Oczekiwanie, by przy takim zabiegu u chorego z zaawansowaną żółtaczką mechaniczną lekarz wszystko wyjaśnił w szczegółach, jest nierealne.

W pozwach prawnicy nie odróżniają poszczególnych struktur anatomicznych. W jednej ze spraw pełnomocnik twierdził, że jego klient – po złamaniu ośmiu żeber – miał złamane wszystkie. Dopiero

od biegłego dowiedział się, że człowiek ma 24 żebra, a niekiedy nawet więcej.

PRAWDZIWE POMYŁKI

Zdarzają się też w naszej specjalności rzeczywiste błędy. Pacjentka, operowana wcześniej w dwóch szpitalach, trafia do trzeciego z niedrożnością jelit – przyczyną jest pozostawiona chusta chirurgiczna. Dzięki metce producenta ustalono jej pochodzenie. Sędzia wysłał ponad 70 zapytań do dostawców (bo szpitale, choć podały wykaz materiałów opatrunkowych z ostatnich 10 lat, w żadnym nie wymienili producenta tej konkretnej chusty). Tylko jeden z dostawców przyznał, że producentem chusty był jego poddostawca – to przesądziło o winie. Jako biegły w ciągu ośmiu lat opiniowałem cztery podobne przypadki, dwa z tego samego szpitala. W jednym chustę zostawił ginekolog, a usunął ją chirurg, po roku chirurg był oskarżony, bo jego nazwisko zapamiętałem z poprzedniej opinii. W obu sprawach dyrektor placówki szedł w zeznaniach w zaparte, twierdząc, że w ich szpitalu nigdy się coś takiego nie zdarzyło. Pech chciał jednak, że obie sprawy opiniował ten sam biegły, który nie stracił pamięci i kojarzył fakty.

Inny ciekawy przypadek: brak jednego gazika (tzw. tupferka) i rzekome pozostawienie go w ranie po krwawej operacji resekcji części nerki. Poszukiwania bez skutku. Zdecydowano o zamknięciu rany i tomografii po wybudzeniu. Pielęgniarka nieopatrznie powiedziała pacjentowi, że „zostawili panu gazik w brzuchu”. Badanie nic nie wykazało. Mimo to pacjent popadł w nerwicę, stracił pracę, po latach wymusił operację zwiadowczą – gazika nie znaleziono. Złożył pozew o 300 tys. zł. Finału nie znam.

Jeszcze inna sytuacja: pacjent po operacji urologicznej w znieczuleniu zewnątrzoponowym został ogrzany termoforem – zbyt gorącym (pielęgniarki z życzliwości podłożyły mu go pod znieczulone jeszcze stopy). Efektem były oparzenia obu pięt aż do kości. Leczenie trwało ponad rok. Blizny uniemożliwiają noszenie obuwia służbowego (chory w pracy musi występować w mundurze). Sąd przyznał odszkodowanie, podobno zgodne z roszczeniem.

ANALIZA AKT I ROZMOWA

W dokumentacji medycznej leczenia istotne są wpisy lekarzy i pielęgniarek. Ich chronologiczna analiza bywa kłuczowa. Wieloletni prezes Wielkopolskiej

Izby Lekarskiej dr Krzysztof Kordel mawiał: „Pisz, co robisz, rób, co piszesz”.

Badanie przedmiotowe nie zawsze potwierdza skargi pacjenta. Pamiętam pacjenta, który z demonstracyjnym trudem wszedł do gabinetu, opierając się na dwóch kulach łokciowych. Sprawa dotyczyła urazu sprzed dwóch-trzech lat. Na pytanie, czy porusza się wyłącznie z ich pomocą, potwierdził. Dopytałem, czy używa nadal tych samych kul – również potwierdził. Spojrzałem na ich gumowe końcówki – widniał na nich wyraźny napis „Stomil”, co wskazywało, że kule były praktycznie nieużywane.

Weryfikując autentyczność zdjęć rentgenowskich, zawsze zwracam uwagę na ich formaty – standardy europejskie to 13×18, 18×24, 24×30 lub 30×40 cm. Gdy którykolwiek z wymiarów odbiega od tych norm, może to świadczyć o mechanicznym przycięciu zdjęcia – co z kolei rodzi podejrzenie, że na jego brzegu dopisano fałszywą datę lub nazwisko. Obecnie pacjenci najczęściej dostarczają dokumentację obrazową na nośnikach elektronicznych, np. płytach CD – zawierają one nie tylko dane pacjenta i jego PESEL, ale też dokładną datę i godzinę wykonania badania.

Podczas analizy akt i później też w trakcie rozmowy z powodem dobrze jest dopytać o stosowane niekonwencjonalne działania w procesie leczenia. Rachunków na to zwykle chorzy nie mają, więc nie mogą dochodzić zwrotu tych kosztów, ale działania te, niestety nadal powszechne, mogły przecież też szkodzić, opóźniać, wkląć i wydłużać leczenie. Dotyczy to nie tylko klasycznych znachorów, różnych azjatyckich terapeutów, ale też np. dietetyczki, która wydała choremu na piśmie zalecenia dotyczące kąpieli w konkretnych środkach chemicznych. Zalecała też spożywanie soli morskiej. Najbrudniejszej soli świata – ze ściekami z łądów, z nawozami, środkami ochrony roślin, resztkami broni chemicznych i jądrowych, resztkami biologicznymi i toksycznymi katastrof morskich, lotniczych, powodzi, tsunami itd. W Kłodawie jest sól kamienna sprzed 200 mln lat, czyściutka.

Bardzo pomocne bywają fotografie wykonane przez biegłego – łatwiej zapamiętać konkretne obrazy niż słowny opis. Zdjęcia nie są dołączane do opinii, ale mogą posłużyć przy pytaniach uzupełniających. Czasem to sam powód prosi o ich przesłanie do sądu.

Kolejny aspekt: ubezpieczyciele tworzą własne tabele uszczerbków – niezgodne z obowiązującym prawem. W jednym przypadku lepiej wyceniano uszkodzenie lewej kończyny górnej niż prawej – poprawiono to dopiero po dwóch latach.

JAKOŚĆ OPINIOWANIA

Sędziowie mają coraz większy problem ze znalezieniem biegłych z list prowadzonych przez sądy okręgowe. Zlecają więc – po uzyskaniu akceptacji stron – opinie komercyjnym instytutom, które narzucają wysokie ceny przed wglądem do akt, a ich opinie bywają lakoniczne, o niskiej wartości merytorycznej, często podpisywane przez osoby niespełniające formalnych kryteriów.

Problemem są też biegli, którzy pod wpływem stron zmieniają radykalnie opinię – bez nowych faktów. Korygowanie opinii, jej szersze uzasadnienie w opinii uzupełniającej – może się zdarzać. Ale radykalna zmiana poglądu? Taki biegły powinien zrezygnować lub zostać wykreślony z listy.

Problemem są też bardzo długie terminy – biegły przyjmujący zlecenie z 18-miesięcznym wyprzedzeniem. Moja zasada: nie przyjmuję nowych zleceń, jeśli mam już kilka rozpoczętych. Gotowe opinie przesyłam zwykle w ciągu 3-4 tygodni.

Częstą taktyką prawników, szczególnie z ramienia ubezpieczycieli, jest żądanie dokumentacji sprzed zdarzenia. Skrajny przypadek: pozew za złamanie żeber, a w aktach tysiące stron dokumentów – cytologia, parazytologia, okulistyka – bez związku z urazem.

Opiniowanie pochłania czas, wymaga cierpliwości, analizy wielotomowych akt, często chaotycznie ułożonych. Wynagrodzenie jest niskie, a zdarza się, że niezadowolona strona wnosi o jego obniżenie. Nic dziwnego, że brakuje chętnych. Może zapowiadana reforma sądownictwa coś zmieni?

Musimy razem walczyć o to, co wspólne

Nowe przepisy forsowane przez resort zdrowia zagrażają bezpieczeństwu pacjentów stomatologicznych i omijają postulaty środowiska lekarskiego.

PAWEŁ BARUCHA
WICEPREZES NACZELNEJ
RADY LEKARSKIEJ



Ministerstwo Zdrowia wbrew opinii swojej własnej Rady ds. Rozwoju Stomatologii zwiększyło uprawnienia higienistek stomatologicznych. W Sejmie poprzedniej kadencji przeszła ustawa o zawodach medycznych. Senat, w którym większość miała PO, wprowadził zapisy poprawiające wadliwe przepisy, ale Sejm wszystkie odrzucił. Zmiana władzy pozwalała liczyć na podtrzymanie stanowiska przyjętego przez Senat. Tak było przez ponad rok. W uchwale nr 10 Rady ds. Rozwoju Stomatologii i w stanowisku Prezydium NRL w sposób jasny i przejrzysty przekazano, jakie uprawnienia powinna posiadać higienistka w zespole terapeutycznym, którego liderem jest lekarz dentysta.

Trzeba przypomnieć, że studia stomatologiczne może skończyć każdy, kto chce leczyć samodzielnie. W ten sposób można dołączyć do 43 tys. czynnych zawodowo lekarzy dentystów. W Polsce jest nas wystarczająco wielu, by zapewnić pełną opiekę pacjentom w każdym wieku. Szkoda, że obniżamy kryteria, dostosowując je do aktualnej potrzeby wąskiej grupy zawodowej. Pamiętajmy, że uprawnienia higienistki można nabyć już po ukończeniu dwuletniej szkoły policealnej. Nie jest to wykształcenie wystarczające do samodzielnej pracy z pacjentami i nie pozwala prawidłowo zaplanować zabiegów z uwzględnieniem ich stanu zdrowia. Najtrudniej jest prawidłowo zbadać pacjenta, uwzględniając wszystkie dodatkowe choroby współistniejące, i wykryć nieprawidłowości w obrębie jamy ustnej z nimi powiązane.

Wszystkie zabiegi w obrębie jamy ustnej muszą być poprzedzone badaniem lekarskim. Do prawidłowej diagnozy niezbędna jest wiedza z medycyny ogólnej i stomatologicznej, zdobywana na zajęciach klinicznych podczas studiów na uczelniach medycznych. Co ciekawe, do niedawna Ministerstwo Zdrowia podzielało stanowisko lekarzy dentystów. Nic nie wskazywało na zmianę. Nie otrzymaliśmy żadnego niepokojącego sygnału na posiedzeniach Rady ds. Rozwoju Stomatologii, a odbywały się one raz w miesiącu.

W ostatnim czasie wiele dobrze zapaści się spraw ugrzęzło. Nasza aktywność się nie zmniejszyła, ale niestety zawirowania wewnątrz samorządu nie pomagają. Możemy się spierać, mieć inne zdanie w wielu sprawach, ale na zewnątrz musimy mieć jedną twarz, bo... przegrywamy sprawy ważne dla samorządu. Co cztery lata może się zmieniać koncepcja, sposób działania i metody dojścia do celu. Zawsze część zadań przechodzi na następców, i tak już 36 lat.

Nowe wybory będą łatwiejsze, bo elektroniczne. Wszystkim można zarządzać z poziomu telefonu komórkowego. Żeby mieć wpływ na działanie samorządu lekarzy i lekarzy dentystów, wystarczy zostać delegatem na zjazd okręgowy. Potem wystarczy raz na rok się spotkać i już decydujemy o naszym samorządzie. To jest bardzo proste i nie wymaga wielkiego zaangażowania, a można wiele zmienić. ●

Ponad pół tysiąca uczestników, 30 wybitnych wykładowców, gorące debaty eksperckie i wyjazdowe posiedzenie Komisji Stomatologicznej NRL – tak w skrócie można podsumować IX Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne, które odbyły się w dniach 6-8 czerwca w Serocku. Wydarzenie zorganizowane przez Okręgową Radę Lekarską w Warszawie stało się przestrzenią nie tylko do zdobywania wiedzy, lecz także do otwartej rozmowy o palących problemach środowiska.

– To największa samorządowa konferencja stomatologiczna w Polsce – podkreślał Dariusz Paluszek, wiceprezes ORL w Warszawie. – Lista wykładowców to prawdziwa śmietanka naukowa. Każde nazwisko to osobna historia sukcesu.

Wiceprezes NRL Paweł Barucha dziękował za zaproszenie i możliwość zorganizowania w Serocku wyjazdowego posiedzenia Komisji Stomatologicznej. – Ta konferencja daje unikalną możliwość zdobycia wiedzy ze wszystkich dziedzin stomatologii. Warto tu być – zaznaczył.

OD NAJMŁODSZYCH PACJENTÓW PO SENIORÓW

Pierwszy dzień rozpoczął się sesją poświęconą stomatologii dziecięcej. Prof. Dorota Olczak-Kowalczyk mówiła o wpływie zdrowia jamy ustnej na ogólny stan pacjenta, a dr Zygmunt Stopa oraz prof. Ewa Czochrowska poruszali kwestie chirurgii dziecięcej i przeciwwskazań ortodontycznych w chorobach ogólnoustrojowych. Równoległe odbywał się kurs radiologiczny pod kierunkiem prof. Kazimierza Szopińskiego, kierownika Zakładu Radiologii Stomatologicznej i Szczękowo-Twarzowej Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Potem przyszła pora na stomatologię geriatryczną. Prof. Agnieszka Mielczarek z Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego Warszawskiego

PRAKTYKA LEKARSKA

Eksperci kontra absurdy systemu

ARTUR PEDRYC
DZIENNIKARZ

Debaty o przyszłości zawodu, gorzkie diagnozy stanu systemu ochrony zdrowia, ostrzeżenia przed groźnymi zmianami legislacyjnymi i solidna dawka specjalistycznej wiedzy – IX Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne pokazały, że środowisko lekarzy dentystów nie tylko nie unika trudnych tematów, ale też głośno mówi o potrzebie reform.

Uniwersytetu Medycznego podjęła temat „medykalizacji starości” w kontekście opieki stomatologicznej. Dzień zamknęła XXXIX konferencja protetyczna z udziałem autorytetów, takich jak prof. Jolanta Kostrzewa-Janicka czy prof. Edward Kijak.

DYSKUSJE I WIELE EMOCJI

Szczególne poruszenie wywołała debata pt. „Studia, staż, specjalizacja – kształcenie w stomatologii a perspektywy rozwoju zawodowego lekarzy dentystów”. Eksperci mówili wprost o zapaści systemu: braku miejsc specjalizacyjnych, niskich nakładach na stomatologię, zagrożeniu ze strony korporacji i ignorowaniu głosu samorządu przez resort zdrowia.

– Dajemy Ministerstwu Zdrowia gotowe rozwiązania, ale często mamy wrażenie, że nasi rozmówcy w ogóle nie rozumieją systemu – mówił Paweł Barucha.

Zachodnich gości, jak prof. Rafała Olszewskiego z Université catholique de Louvain, zdziwił poziom problemów w Polsce. – W Belgii najlepsi lekarze zostają na uczelni. Są tam symbolem prestiżu i gwarantem jakości – podkreślał. Zachwalał system szkolenia uczeń-mistrz: – Rolą mistrza jest nie tylko wykształcić nowego specjalistę, ale także uczyć empatii, wpoić, że na pacjenta nigdy nie wolno podnieść głosu.



fot.: Artur Pedryc

▲ Dyskusje ekspertów były jednym z najważniejszych elementów IX Mazowieckich Spotkań Stomatologicznych. Na zdjęciu uczestnicy jednej z debat

DRUGI DZIEŃ: OD TECHNOLOGII PO LEGISLACJĘ

Kolejny dzień wypełniły wykłady z ortodoncji, implantologii i protetyki, ale nie zabrakło tematów dotyczących nowoczesnych materiałów czy digitalizacji dokumentacji medycznej.

Kulminacją było jednak wyjazdowe posiedzenie Komisji Stomatologicznej Naczelnej Rady Lekarskiej i dyskusja nad rozporządzeniem ministra zdrowia z 14 maja 2025 r., które pozwala higienistkom i asystantkom stomatologicznym na wykonywanie szeregu czynności bez nadzoru lekarza. – To jawne zagrożenie dla pacjentów i deprecjonowanie naszego zawodu – mówili członkowie

Komisji. – To rozporządzenie jest początkiem zrównania lekarza dentysty z higienistkami... Nie możemy się zgodzić, aby higienistki czy technicy stomatologii mogli pracować bez nadzoru lekarza... – grzmieli członkowie Komisji.

Ustalono wspólne działania: od wystąpień do parlamentarzystów po rezygnację izb lekarskich ze szkoleń dla higienistek.

Członkowie Komisji wykorzystali obecność na posiedzeniu przedstawicieli NFZ, zasympując ich pytaniami w sprawie finansowania i rozliczania protez o charakterze overdenture. Procedura ta znalazła się w nowym koszyku świadczeń gwarantowanych.

Kardiologia prenatalna. Polska może być liderem Europy

PROF. DR HAB. N. MED. MARIA RESPONDEK-LIBERSKA

Badanie serca płodu zmieniło oblicze opieki nad kobietami w ciąży i ich dziećmi – ratuje życie i pozwala podejmować kluczowe decyzje jeszcze przed porodem. Mamy w tym zakresie imponujące osiągnięcia, a przed nami kolejny krok: stworzenie nowej specjalizacji i powszechne udostępnienie echokardiografii prenatalnej każdej ciężarnej.

Jeszcze 40 lat temu większość noworodków z wadami serca rodziła się bez wcześniejszej diagnostyki, bez świadomości problemu po stronie ciężarnej, położnika, a często i neonatologa. Donoszony noworodek, urodzony o czasie, bez szmeru w sercu i z dobrą punktacją Apgar, uchodził za zdrowego i „przyszłościowego”.

Podręczniki pediatrii opisywały liczne objawy wad serca u dzieci, jednak zwykle nie występowały one na sali porodowej ani w pierwszych dniach życia. Dopiero od około 30 lat potrafimy rozpoznawać i właściwie postępować w przypadku najcięższych oraz krytycznych wad serca. Objawy kliniczne wad serca u kilkudniowego dziecka najczęściej pojawiają się po samoistnym zamknięciu przewodu tętniczego i otworu owalnego – czasem w drugim lub trzecim tygodniu życia, a czasem jeszcze później. Nawet złożone wady serca u większości noworodków często nie dają żadnych objawów tuż po porodzie.

Typowa historia sprzed lat: matka zgłasza, że do pierwszego szczepienia dziecko rozwijało się prawidłowo, a „problem” – w tym zatrzymanie akcji serca – zaczęły się dopiero po nim. Pierwszym lekarzem, który postawił diagnozę, był... anatomopatolog.

W przeszłości przeżywały głównie noworodki z prawidłowym sercem lub

prawidłową budową serca, nawet te urodzone jako wcześniaki, albo noworodki z wadami serca niezagrożającymi ich życiu, z łagodnymi wadami serca pod postacią np. ubytku w przegrodzie międzykomorowej, albo z niewielkimi zwężeniami zastawek np. płucnej lub

Diagnostyka prenatalna osiąga coraz więcej – ale im więcej wiemy, tym trudniejsze decyzje musimy podejmować

aortalnej, albo dzieci z łagodnymi postaciami np. zespołu Fallota. Jednym z pionierów kardiologii noworodków w Polsce był Jacek Moll – syn prof. Jana Molla – który osiągał świetne wyniki w operacjach transpozycji dużych naczyń (d-TGA). Noworodki były transportowane karetką lub drogą powietrzną do Łodzi.

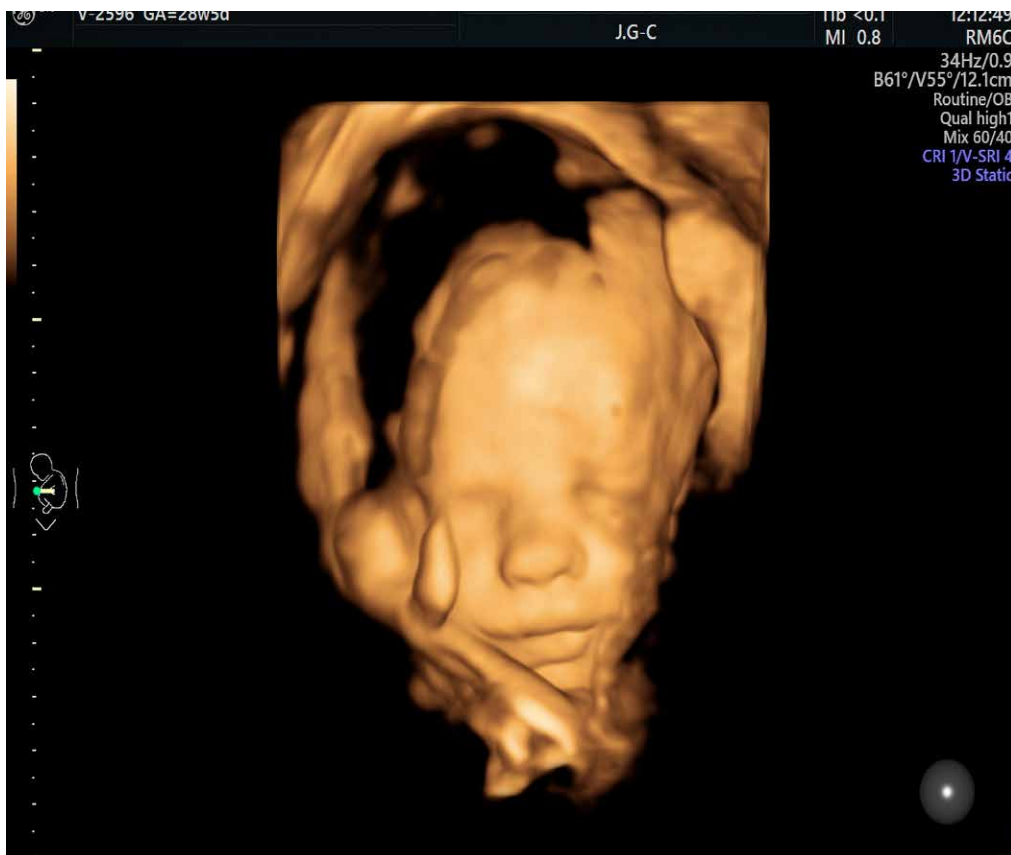
Nową erę otworzyło wprowadzenie dożylnego preparatu prostaglandyn – leków utrzymujących drożność przewodu tętniczego – także w karetkach

neonatologicznych. To dawało noworodkom „kilka dni życia”, by zdążyły do ośrodka kardiokirurgii. Operacje wykonywano w 2-3 tygodniu życia. Po kilku miesiącach część dzieci mogła być wypisana do domu.

DOŚWIADCZENIA Z FILADELFI

Ten schemat zmieniła – a raczej zrewolucjonizowała – diagnostyka prenatalna. W 1985 r. dzięki wsparciu prof. Jana Molla wyjechałam na stypendium Kosciuszko Foundation do Children's Hospital of Philadelphia. Tam uczyłam się kardiologii dziecięcej pod okiem prof. J. C. Huhty. Spotykałam dzieci po operacjach bardzo złożonych wad serca – bez sinicy, aktywne, grające w piłkę i tenisa. Szefem kardiokirurgii był prof. W. Norwood, a jednym z jego uczniów – Edward Malec z Krakowa.

Kolejny rok spędziłam także w Filadelfii, w szpitalu położniczym Uniwersytetu Thomasa Jeffersona. Połączenie wiedzy z zakresu pediatrii, kardiologii dziecięcej i położnictwa oraz informacja o budowie nowego szpitala w Łodzi – ICZMP – były impulsem do stworzenia w Polsce kardiologii prenatalnej. Łódzki ośrodek,



◀ Współczesna diagnostyka prenatalna pozwala wykryć większość poważnych wad już w II trymestrze ciąży

pierwszy i najbardziej doświadczony ośrodek kardiologii prenatalnej w Polsce. Efektem są trzy tytuły profesorskie (w tym dwa belwederskie), dwie habilitacje, kilkunastu doktorantów. Zakład wyposażony jest w wygodne poczekalnie, nowoczesny sprzęt i komfortowe gabinety.

Od stycznia 2023 r. Kliniką Kardiochirurgii Dziecięcej ICZMP kieruje prof. K. Januszewska, a konsultantem został prof. E. Malec. Jeszcze w 2022 r. pacjentki szukały środków na operacje w Niemczech (koszt 40-50 tys. euro). Dziś zabiegi wykonują polscy kardiochirurdzy – w ramach NFZ.

Efekty? W przypadku zespołu hipoplazji lewego serca (HLHS) przeżywalność po operacji Norwooda w ICZMP wynosi 87 proc. – to najlepszy wynik w Polsce i jeden z lepszych w Europie.

Drugi istotny ośrodek to szpital pediatriczny Uniwersytetu Medycznego w Warszawie

przewodzony przez prof. T. Pertyńskiego, stał się ważnym punktem na mapie kraju. Równolegle podobne działania prowadziła dr Joanna Szymkiewicz-Dangel w Warszawie.

WYŚCIG O ŻYCIE DZIECKA

Dziś ośrodki położniczo-neonatologiczne współpracują z ośrodkami kardiologicznymi i kardiochirurgicznymi. Pozwala to diagnozować serce płodu jeszcze w łonie matki, dzięki czemu poznajemy patologie niegdyś możliwe do rozpoznania jedynie pośmiertnie.

Położnicy kierują pacjentki do specjalistycznych ośrodków – m.in. w Łodzi i Warszawie – gdzie pracują zespoły położników, perinatologów, neonatologów, kardiologów. Dzięki temu znacznie skróciła się droga noworodka do operacji. W wielu przypadkach można było wygrać z naturą i – zamiast zgonu – zapewnić dziecku życie. Leczenie może być jednoetapowe lub kilkuetapowe.

Nie trzeba już jechać do Filadelfii czy Münster. ICZMP w Łodzi to dziś

10 NAJCZĘSTSZYCH WAD SERCA PŁODU

1	Zespół hipoplazji lewego Serca	HLHS	20%
2	Wspólny kanał przedsionkowo-komorowy	AVC	16%
3	Ubytek podśluzniczy lub poaortalny	VSD outlet	13%
4	Fallot	TOF	11%
5	Transpozycja dużych naczyń	d-TGA	11%
6	Stenoza z. aortalnej	AS	8%
7	Ubytki mięśniowe przegrody międzykomorowej	mVSD	6%
8	Koarktaacja aorty	CoA	5%
9	Podwójne odejście obydwu naczyń z prawej komory	DORV	5%
10	Wspólny pień tętniczy	Truncus arteriosus	5%

Źródło: Ogólnopolski Rejestr Problemów Kardiologicznych u Płodów, www.orpkplpl

STUDIUM PRZYPADKU

Rozwój kardiologii prenatalnej i dostęp do nowoczesnej diagnostyki stawiają zespoły medyczne przed coraz trudniejszymi decyzjami. Poniższy przypadek kliniczny obrazuje skalę wyzwań etycznych, technicznych i organizacyjnych. Pacjentka w 23. tygodniu ciąży. U płodu wykryto duży guz serca – potwornik – powodujący narastanie płynu w worku osierdziowym i ryzyko niewydolności krążenia. Zespół specjalistów musi rozważyć różne scenariusze:

- **Bierne oczekiwanie** na zgon płodu in utero – przy ryzyku zespołu lustrzanego (*mirror syndrome*) zagrażającego życiu ciężarnej.
- **Odbarczanie płynu osierdziowego**, by utrzymać ciążę – pierwsza interwencja już wykonana.
- **Terapia farmakologiczna przełożyskowa** – eksperymentalna, choć opisywana w literaturze przy innych typach guzów.
- **Leczenie objawowe płodu**, o ile stan matki na to pozwala.
- **Indukcja porodu** i urodzenie noworodka z góry skazanego na zgon – w zależności od etapu ciąży możliwe siły natury lub cesarskie cięcie.
- **Zabieg na otwartej macicy** – resekcja guza w trakcie życia płodowego, niezwykle rzadki i ryzykowny zabieg (opisywany na kongresach kardiochirurgów).

W tle – trudne pytania prawne i etyczne:

- Kto podejmuje decyzję, jeśli ciężarna jest niepełnoletnia?
- Czy odpowiedzialność spoczywa wyłącznie na położniku?
- Jaką rolę ma zespół konsyliarny i opinia kardiologa prenatalnego?

Ten przypadek to nie tylko medycyna najwyższej precyzji – to również odpowiedzialność, współpraca interdyscyplinarna i głęboka refleksja etyczna. Decyzje nie są zero-jedynkowe – każda opcja niesie konsekwencje dla matki, dziecka i całego zespołu terapeutycznego.

– specjalizujący się m.in. w leczeniu prenatalnie diagnozowanych przepuklin przeponowych.

KWESTIA CERTYFIKACJI

Blisko 20 lat temu powstał Ogólnopolski Rejestr Problemów Kardiologicznych u Płodów (ORPKP) – z inicjatywy prof. W. Kawalec i w ramach programu POLKARD. Dzięki rejestrowi (ponad 9 tys. przypadków) wyłoniono wiodące ośrodki i stworzono klasyfikację najczęstszych wad. Poznaliśmy również 10 najczęstszych wad serca płodu.

Od 2005 r. funkcjonuje także Krajowy Rejestr Operacji Kardiochirurgicznych u dzieci (założony przez prof. Maruszewskiego), ra-

W Polsce nie istnieje jeszcze specjalizacja z kardiologii prenatalnej, choć nasz kraj przoduje w liczbie operacji i diagnoz

portujący rocznie ok. 500 operacji. Kardiologia i kardiochirurgia dziecięca w Polsce osiągnęły poziom światowy.

Ogólnopolski Rejestr Problemów Kardiologicznych u Płodów pozwala też obiektywnie oceniać kompetencje – certyfikat przyznaje się nie za ukończone kursy, ale za rzeczywiste umiejętności.

W oparciu o ten rejestr opracowaliśmy polską klasyfikację wad serca płodu, obowiązującą od trzeciego trymestru i na sali porodowej – wcześniej niż opublikowano ją w USA.

W Polsce nie istnieje jeszcze specjalizacja z kardiologii prenatalnej, choć kraj nasz przoduje w liczbie operacji i diagnoz. W maju 2025 r. Sekcja Kardiologii Dziecięcej PTK zmieniła nazwę na Sekcję Kardiologii Dziecięcej i Prenatalnej. W kraju mamy ok. 200 kardiologów dziecięcych, 7000 położników-ginekologów i 250 tys. porodów rocznie.

POSZERZMY ZAKRES BADAŃ

Badanie serca płodu to – moim zdaniem – największe osiągnięcie współczesnej medycyny. To nie badania genetyczne, biochemia,

amniopunkcja czy morfologia, ale ultrasonografia w połowie ciąży i trzecim trymestrze najlepiej prognozuje zdrowie noworodka. Potwierdzenie prawidłowej budowy serca w trzecim trymestrze i prawidłowe osłuchiwanie zwiększają szansę na fizjologiczny poród i zmniejszają odsetek cięć cesarskich.

Dlaczego więc zawężamy badanie serca tylko do ciąż wysokiego ryzyka? Może czas objąć nim każdą ciążarną? W maju 2025 r. minister zdrowia Izabela Leszczyńska przekazała 80 mln zł na kształcenie pielęgniarek i położnych. Warto rozważyć przeznaczenie części środków na szkolenie z echokardiografii prenatalnej – jak w Norwegii.

A kto pracuje z położnymi? Położnicy. To oni weryfikują dokumentację. Dlatego echokardiografia nie może być zarezerwowana tylko dla 200 kardiologów dziecięcych w Polsce – szczególnie gdy kolejki do nich sięgają roku.

Każdy oddział położniczy i neonatologiczny w Polsce dysponuje USG. Sprzęt jest – potrzeba dobrych decyzji i upowszechnienia badań.

Upowszechnienie podstawowego badania serca płodu przez położne zdjęłoby znaczną część obciążenia z systemu ochrony zdrowia.

Na koniec, korzystając z łam „Gazety Lekarskiej”, informuję lekarzy, szczególnie młodych położników wykonujących badania USG, że za wykrycie wady serca płodu wymagającej interwencji kardiologiczno-kardiochirurgicznej w 1-3 dobie życia pourodzeniowego noworodka, po transporcie in utero do Łodzi, można się ubiegać o Nagrodę im. Dr. A. Respondek (dyplom + załącznik finansowy). Zainteresowanych odsyłam do internetu: www.fetalecho.pl, www.kardiologia-prenatalna.org.pl, www.mariarespondekliberska.pl •

Prof. Maria Respondek-Liberska jest kierownikiem Zakładu Kardiologii Prenatalnej ICZMP i honorowym prezesem Polskiego Towarzystwa Kardiologii Prenatalnej

PRAKTYKA LEKARSKA

Tsunami chorób mózgu

Neurologia w Polsce wciąż funkcjonuje jak zapomniana dziedzina, z niewydolnym systemem i niedoborem kadr. Musimy odwrócić piramidę świadczeń i stworzyć wreszcie polski Brain Plan – apeluje **prof. Alina Kułakowska**, prezes Polskiego Towarzystwa Neurologicznego, w rozmowie z Lucyną Krysiak.

Mózg to nasze centrum dowodzenia – decyduje o tym, kim jesteśmy, jak myślimy i czujemy. A jednak choroby, które go dotyczą, wciąż nie są traktowane przez system ochrony zdrowia z należytą powagą. Dlaczego dziś tak pilnie potrzebujemy zmiany podejścia do neurologii i o jakich chorobach mówimy?

Choroby mózgu to pojęcie szerokie, są one domeną neurologii i psychiatrii, które kiedyś były jedną specjalizacją. Neurologia zajmuje się nie tylko chorobami mózgu, ale i całego układu nerwowego. O ile mózg jest centralnym komputerem człowieka, który kieruje pracą wszystkich narządów i decyduje o tym, kim jesteśmy (mózgiem myślimy, widzimy, słyszymy, odczuwamy i wyrażamy emocje), o tyle rdzeń kręgowy i nerwy obwodowe przekazują „komendy mózgu” do poszczególnych organów, informując go też zwrótnie o kondycji organizmu. Decydują o tym, jak działamy i funkcjonujemy.

Niestety, choroby mózgu występują obecnie coraz częściej i wymagają nowego podejścia do ich diagnozowania, leczenia oraz finansowania terapii. Gwałtownie rośnie liczba przypadków zaburzeń psychicznych o podłożu emocjonalnym we wszystkich grupach wiekowych, co z niepokojem sygnalizują nam psychiatrzy. Równie poważnym problemem są choroby neurodegeneracyjne – choroba Alzheimera i Parkinsona. Zapadalność na nie wzrasta wraz z wiekiem, a nasze społeczeństwo przecież się starzeje. Rośnie liczba udarów mózgu, które stanowią ogromne obciążenie społeczne.



fot.: archiwum prywatne

► Nie istnieje profilaktyka chorób mózgu. Trzeba uczyć dzieci higieny pracy mózgu tak samo jak mycia zębów – uważa **prof. Alina Kułakowska**

specjalizacji, jaką miałyby być neuropsychiatrii?

Przy tak dynamicznym rozwoju medycyny jest to nierealne. Zarówno psychiatria, jak i neurologia kroczą własnymi drogami. Neurologia jest obecnie uznawana za jedną z najszerszych dziedzin medycyny. Oprócz chorób mózgu i rdzenia kręgowego o bardzo różnej etiologii zajmuje się chorobami nerwów obwodowych, złącza nerwowo-mięśniowego i mięśni. Dodatkowo co najmniej połowa wszystkich chorób rzadkich to choroby układu nerwowego. Szerokie spektrum chorób neurologicznych oraz gwałtowny rozwój metod diagnostycznych i terapeutycznych sprawia, że w środowisku neurologicznym pojawiają się głosy o konieczności tworzenia subspecializacji neurologicznych. Tak więc tworzenie specjalizacji z neuropsychiatrii jest praktycznie niemożliwe. Jednak dobrze byłoby, aby szkolenia specjalizacyjne z neurologii w większym zakresie poszerzać o wiedzę z psychiatrii, ponieważ nasi pacjenci z tzw. organicznymi chorobami mózgu bardzo często mają objawy natury psychicznej. Podobnie psychiatrzy powinni posiadać pogłębioną wiedzę z neurologii.

Co roku doznaje ich około 90 tys. dorosłych Polaków. Wiele z tych osób umiera, a jeszcze więcej pozostaje niepełnosprawnymi. Oddziały udarowe funkcjonujące przy oddziałach neurologicznych są przeciążone, a liczba neurologów opiekujących się pacjentami jest niewystarczająca. Są to powody, by bić na alarm i domagać się większego zaangażowania decydentów w rozwiązanie problemu organizacji opieki neurologicznej.

Choroby psychiczne i neurologiczne często przenikają się i nakładają. Czy w takim razie nie powinniśmy myśleć o wspólnej

Co sprawia, że mózg zaczyna chorować? Czy winne są geny, starzenie się organizmu, a może współczesny styl życia, który nieustannie bombarduje nasz układ nerwowy bodźcami?

Etiologia chorób mózgu jest bardzo różnorodna, od chorób zapalnych po naczyniowe, nowotworowe i następstwa urazów – i niestety nadal nie jest do końca poznana. Zaliczmy do tej grupy m.in. choroby neurodegeneracyjne, takie jak choroba Alzheimera będąca najczęstszą przyczyną otępienia, ale niejedyną. Aby postawić diagnozę choroby Alzheimera, należy wykluczyć inne przyczyny zaburzeń poznawczych, w tym przyczyny odwracalne, takie jak niedobór witaminy B12 czy depresję. Lekarze neurologowie dysponują odpowiednią wiedzą, którą nabywają podczas szkolenia specjalizacyjnego i odpowiednimi narzędziami, by przeprowadzić diagnostykę różnicową otępienia. Pierwszy lek, potencjalnie hamujący progresję choroby Alzheimera, niedawno uzyskał akceptację Europejskiej Agencji Leków. Neurologia staje przed kolejnym ogromnym wyzwaniem – musimy znacznie szybciej rozpoznawać tę chorobę.

Poza starzeniem się mózgu czynnikami ryzyka jego chorób jest nieprawidłowy styl życia. Ludzki mózg przez tysiące lat niewiele się zmienił, natomiast zmieniły się warunki, w jakich funkcjonuje człowiek. Pojawiły się nowe wyzwania, a obecnie jest ich tyle, że z trudem sobie z nimi radzimy. Internet, telewizja, telefon komórkowy i natłok niepotrzebnych informacji, dźwięków, sztucznego światła, którymi jest bombardowany mózg i które musi przetworzyć. Nasze mózgi są obecnie przestymulowane, co negatywnie odbija się na zdrowiu psychicznym i dotyczy to osób w różnym wieku, w tym dzieci i młodzieży.

Udary mózgu w znacznym stopniu zahaczają o kardiologię. Dlaczego zatem ich leczenie spada tylko na neurologię?

W kontekście udarów mózgu można powiedzieć, że neurologia – paradoksalnie – stała się ofiarą postępu, zwłaszcza sukcesów kardiologii.

Dzięki ogromnemu rozwojowi tej dziedziny dziś potrafimy skutecznie leczyć większość pacjentów z zawałem serca. Jednak wielu z tych pacjentów w kolejnych latach życia doznaje udaru mózgu, ponieważ czynniki ryzyka są w dużej mierze wspólne. Nie jest to może popularna teza, ale wynika z faktów: coraz

Neurologia w Polsce wciąż jest kopcuszką medycyny, a to dziedzina, która odpowiada za jedne z największych wyzwań zdrowotnych XXI wieku

częściej spotykamy się z przypadkami udaru mózgu w pewnym sensie właśnie dzięki postępowi medycyny, który wydłuża życie i pozwala pacjentom przeżyć choroby do niedawna obciążone wysoką śmiertelnością. Musimy jednak pamiętać, że udar mózgu to nie tylko choroba seniorów. Może zdarzyć się w każdym wieku, nawet u dzieci.

A guzy mózgu, których ostatnio także więcej się diagnozuje i operuje?

Nowotworowe guzy mózgu to problem interdyscyplinarny. Stanowią one około 10 proc. wszystkich nowotworów i są diagnozowane przez neurologów, natomiast najczęściej dalsze leczenie przejmują neurochirurdzy i onkolodzy. Przy ustalaniu procesu terapeutycznego neurolog bardzo często jest łącznikiem między neurochirurgiem i onkologiem. Jeśli są wskazania, prowadzimy także leczenie objawowe, które polega na zwalczaniu obrzęku mózgu, dolegliwości bólowych i wprowadzaniu leków przeciwpadaczkowych, gdyż częstym powikłaniem guzów mózgu są napady padaczkowe.

System ochrony zdrowia nie jest przygotowany na choroby mózgu. Co zmieniłoby uznanie ich za priorytet zdrowotny? Jak mogłaby

wyglądać neurologia, gdyby rzeczywiście zaczęto traktować ją poważnie?

Opieka neurologiczna w naszym kraju wymaga pilnej reformy, ponieważ w obecnym kształcie nie jest w stanie sprostać wyzwaniu, jakim jest tsunami chorób mózgu. Już mamy problem z zabezpieczeniem potrzeb pacjentów udarowych i pacjentów z chorobami otępiennymi, a przyszłość rysuje się jeszcze gorzej.

Neurologia cierpi na braki kadrowe, szczególnie w oddziałach neurologicznych. Musimy tak przeorganizować system opieki neurologicznej, by odciążyć te oddziały i by stały się one wydolne – w neurologii konieczne jest tzw. odwrócenie piramidy świadczeń. Mamy w Polsce 208 szpitalnych oddziałów neurologicznych i obecnie wszystkie trudniejsze przypadki tam trafiają. A przecież funkcjonuje 1400 poradni neurologicznych, które w dużym procencie mogłyby diagnozować pacjentów, gdyby miały do tego odpowiednie narzędzia i zaplecze. Niestety, w większości przypadków dysponują tylko biurkiem, długopisem, komputerem i młotkiem neurologicznym, a to za mało, by cokolwiek zdziałać.

Nie stosuje się profilaktyki chorób mózgu. Od najmłodszych lat powinno się uczyć dzieci nie tylko higieny jamy ustnej, ale higieny pracy mózgu. Dziecko musi wiedzieć, czym grozi spanie z komórką przy uchu, siedzenie całymi dniami w internecie, narażenie na ciągłe bombardowanie nowymi informacjami, jakie zagrożenia stwarza lajkowanie, hejtowanie, itd. Trzeba też mówić o tym, jak dla zdrowia mózgu ważny jest regularny sen – minimum 6-8 godz. w zacięzionym, cichym pomieszczeniu. W tym czasie dochodzi do konsolidacji pamięci i usuwania zbędnych produktów przemiany materii z mózgu. Trzeba mówić, jak ważna jest zdrowa dieta, aktywność fizyczna i unikanie używek – nie tylko alkoholu, ale różnego rodzaju substancji psychoaktywnych. Należy uświadamiać, że o tym,

kim ktoś jest, jakim jest człowiekiem, decyduje stan jego mózgu. W profilaktyce chorób mózgu staramy się łączyć siły z psychiatrami.

Kardiologia i onkologia zyskały status priorytetów zdrowotnych i dzięki temu dokonały ogromnego skoku naprzód. Dlaczego neurologia – mimo skali problemu – wciąż czeka na swoją kolej? O co dziś najbardziej walczy Polskie Towarzystwo Neurologiczne?

O wpisanie neurologii na listę priorytetów zdrowotnych, co wiązałoby się ze zmianą finansowania, a bez tego przeorganizowanie neurologii jest praktycznie niemożliwe. W chwili kiedy kardiologię i onkologię uznano za dyscypliny priorytetowe i odpowiednio dofinansowano, opieka nad pacjentem znacznie się poprawiła. Polskie Towarzystwo Neurologiczne od dawna zabiega o to, by wzorem kardiologii i onkologii stworzyć tzw. sieć neurologiczną z referencyjnością ośrodków. Mimo lepszej dostępności tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego, PET-u czy diagnostyki genetycznej są takie choroby neurologiczne, które niełatwo zdiagnozować. Często diagnostyka opiera się na doświadczeniu klinicznym i wiedzy ekspertów – neurologów. Obecnie trudny pacjent krąży od szpitala do szpitala, co trwa miesiącami, a tak byłby kierowany do ośrodka o wyższej referencyjności, gdzie uzyskałby szybką pomoc. Tyle że takie ośrodki wyspecjalistyczne muszą być inaczej finansowane niż ośrodki opieki podstawowej.

Czy to oznacza, że poradnie neurologiczne nie spełniają swojej roli?

Stany ostre zawsze muszą trafić do oddziału szpitalnego, ale większość chorób neurologicznych to choroby przewlekłe i wiele z nich mogłoby być diagnozowanych i leczonych ambulatoryjnie w poradniach. Ale trzeba to zorganizować. Wystarczyłoby odwrócenie piramidy świadczeń, o którym już wspomniałam. Wiazałoby się to jednak z koniecznością wprowadzenia odpowiednio wycenionych pakietów diagnostycznych w poradniach neurologicznych, najlepiej tych przyszpitalnych, i stworzenia w nich odpowiednio wyposażonych miejsc dziennego pobytu na kształt dziennego oddziału

funkcjonującego w warunkach ambulatoryjnych. Pacjent przychodziłby rano, a wieczorem wychodził. W tym czasie miałby wykonaną diagnostykę. W takich miejscach lekarze nie musieliby pełnić dyżurów tak jak w klasycznych oddziałach neurologicznych, a wypełnienie grafiku dyżurami to obecnie ogromny problem. Z tego powodu zamyka się nawet oddziały neurologiczne.

Czy takie rozwiązania funkcjonują w innych krajach?

Europejska Rada Mózgu zainspirowała kraje europejskie do opracowania lokalnych strategii Brain Plan obejmujących badania naukowe, prewencję, wczesne

Nasze mózgi są przestymulowane,
co negatywnie odbija się na zdrowiu
psychicznym i dotyczy to osób
w różnym wieku, w tym dzieci

wykrywanie i skuteczne terapie chorób mózgu. Na tę inicjatywę odpowiedziały m.in. takie kraje, jak Norwegia i Finlandia, gdzie postawiono na ścisłą współpracę neurologów z psychiatrami i decydentami, co znacznie poprawiło organizację opieki nad pacjentami z chorobami mózgu. Chcielibyśmy także mieć swój polski Brain Plan, ale to wymaga ścisłej współpracy rządzących i ich otwartości na potrzeby neurologii oraz gotowości zainwestowania w tę dziedzinę. Niestety, wciąż mamy problemy, by przebić się z naszą strategią. Chcemy przestać być kopciuszkiem medycyny i dotrzeć do świadomości rządzących, uświadomić im, jak szeroki zakres zadań realizuje neurologia – w tym choroby rzadkie, czego potwierdzeniem jest fakt, że na czele Rady ds. Chorób Rzadkich stoi właśnie neurolog – prof. Anna Kostera-Pruszczyk.

Jak wygląda dostęp pacjentów w Polsce do nowoczesnych metod leczenia? Czy nadążamy za tempem rozwoju medycyny?

W ostatnich latach dostępność do nowoczesnych terapii neurologicznych wyraźnie się poprawiła. Dzięki innowacyjnym lekom potrafimy dziś spowalniać progresję wielu poważnych chorób, jak stwardnienie rozsiane (SM), rdeniowy zanik mięśni (SMA) czy choroby autoimmunologiczne.

Jeszcze niedawno dzieci z SMA umierały w pierwszych latach życia. Dziś dzięki terapiom działającym na poziomie genomu mogą prawidłowo się rozwijać. SM, które jest drugą – po urazach – najczęstszą przyczyną niepełnosprawności u młodych dorosłych (20–40 lat), leczymy w ramach drugiego co do wielkości programu lekowego w Polsce, obejmującego ok. 25 tys. pacjentów.

W leczeniu udaru mózgu stosujemy zarówno trombolizę dożylną (ponad 20 proc. pacjentów), jak i trombektomię mechaniczną (ok. 6 proc.), co przybliża nas do europejskich standardów – w Niemczech ten odsetek wynosi 8 proc. Coraz częściej wykorzystujemy też przeciwciała monoklonalne anty-CGRP w leczeniu migreny, która jest poważną, przewlekłą chorobą zwiększającą m.in. ryzyko udaru, a dotyka aż 15 proc. populacji.

W terapii zaawansowanej choroby Parkinsona stosujemy m.in. głęboką stymulację mózgu (DBS) i leczenie infuzyjne. Niedawno Europejska Agencja Leków zatwierdziła również pierwszy lek spowalniający progresję choroby Alzheimera – to dla neurologii kolejny przełom i kolejne wyzwanie systemowe, związane z jego ewentualną refundacją.

Dysponujemy ponad 20 programami lekowymi. Możemy zrobić dla pacjentów znacznie więcej, ale warunkiem jest odpowiednie finansowanie i dostosowanie systemu do możliwości, jakie daje współczesna neurologia. ●

Rynek apteczny na rozdrożu: zawód czy biznes

Ustawa „Apteka dla Aptekarza 2.0” miała być tamą dla ekspansji sieci i gwarancją, że apteka pozostanie placówką ochrony zdrowia. Dziś ta tama pęka, a fala zmian może zmyć nie tylko niezależne apteki, ale i sens zawodu farmaceuty.

Sektor apteczny w Polsce od lat funkcjonuje w delikatnej równowadze, próbując sprostać oczekiwaniom pacjentów, wymaganiom prawnym i presji rynkowej. Decyzje podejmowane na najwyższych szczeblach władzy, także przez prezydenta RP, mają bezpośredni wpływ na tę równowagę.

Skierowanie tzw. ustawy „Apteka dla Aptekarza 2.0” (AdA 2.0) do Trybunału Konstytucyjnego, choć mieści się w konstytucyjnych uprawnieniach głowy państwa, niesie daleko idące skutki dla aptek, farmaceutów i pacjentów. Trybunał, nieuznawany przez obecną większość parlamentarną, orzekł, że tryb uchwalenia AdA był niekonstytucyjny – nie odnosząc się jednak do meritum nowelizacji. Orzeczenie to, choć nieopublikowane, staje się narzędziem w debacie publicznej i może realnie wpłynąć na kształt rynku aptecznego oraz przyszłość zawodu farmaceuty.

Od 2017 r. obowiązuje AdA 1.0 – ustawa, która ograniczyła ekspansję wielkich sieci, ale nie zlikwidowała możliwości jej obchodzenia. AdA 2.0 to jej wzmocniona wersja, wzbogacona o sankcje – nic więcej, a zarazem aż tyle. To wystarczyło, by dotychczasowi beneficjenci luk prawnych zaczęli głośno protestować, że obecnie nie mogą już działać, jak dotąd.

Jako członek samorządu aptekarskiego byłem zaangażowany w działania wspierające ustawę. Zauważyłem przy tym ciekawe zjawisko – wielu przeciwników AdA zmieniało zdanie, gdy poznawali fakty. Przykład? „Słupy” – młodzi farmaceuci, którzy formalnie uzyskują zezwolenia na prowadzenie aptek, faktycznie jednak

MARIUSZ POLITOWICZ
CZŁONEK NACZELNEJ
RADY APTEKARSKIEJ



działają w imieniu dużych sieci. Dokumenty ujawniane w toku postępowań administracyjnych pokazują realne ubezwłasnowolnienie tych osób. Orzeczenia sądów potwierdzają, że mamy do czynienia z pozornym, a nie rzeczywistym właścicielstwem.

Musimy bronić zawodu farmaceuty,
by nie sprowadzić go do roli zwykłego
sprzedawcy leków

Ustawa AdA 2.0 miała wzmocnić pierwotne przepisy, chroniąc rynek przed dalszą ekspansją sieci, często kontrolowanych przez międzynarodowe fundusze inwestycyjne. Celem było zachowanie apteki jako placówki zdrowia publicznego, a nie jedynie punktu sprzedaży.

Gdyby parlament bezrefleksyjnie uchylił AdA, otworzyłby drogę

do dalszej konsolidacji rynku przez fundusze, również z kapitałem rosyjskim, działające z rajów podatkowych. To potencjalnie strategiczne zagrożenie dla państwa – zablokowanie dostaw leków mogłoby być tańsze i skuteczniejsze niż klasyczny atak militarny.

W modelu sieciowym marginalizacji ulegają indywidualne apteki, szczególnie te w mniejszych miejscowościach. To przekłada się na ograniczony dostęp do leków i osłabienie lokalnej opieki farmaceutycznej. Co więcej, zagraniczne podmioty, kierujące się zyskiem, mogą forsować sprzedaż leków przynoszących największe marże, niekoniecznie tych najlepiej odpowiadających potrzebom pacjentów.

Niech nikogo nie myli wysokość kwot, jakie pacjenci płacą za leki. Obowiązująca od 2012 r. ustawa refundacyjna doprowadziła do absurdu poziom urzędowej marży aptecznej. Przykład? Na refundowanej szczepionce przeciw RSV, kosztującej około 817 zł, apteka zarabia ok. 30 zł netto. Im droższy

lek, tym jego dostępność bywa gorsza – bo koszt magazynowania przewyższa potencjalny zysk.

W krajach, gdzie rynek zdominowały sieci, farmaceuci stali się często jedynie wykonawcami poleceń menedżerów – ich rola doradczą została zredukowana do minimum. Taka sytuacja grozi również Polsce. Presja na wyniki sprzedaży może z czasem przekształcić apteki w placówki typowo handlowe, gdzie troska o pacjenta schodzi na dalszy plan.

Konsolidacja rynku prowadzi też do ograniczenia konkurencji – po początkowych obniżkach cen może nastąpić ich wzrost, a pacjenci stracą zarówno finansowo, jak i w zakresie dostępności leków czy fachowej porady.

Ustawa o zawodzie farmaceuty z 2021 r. miała umocnić pozycję farmaceutów w systemie ochrony zdrowia. Jednak w realiach rynku zdominowanego przez sieci farmaceuci podlegają presji, która może sprowadzać ich rolę do zwykłego „sprzedawcy leków”.

Warto też wskazać na hipokryzję przeciwników AdA, którzy twierdzą, że „kilkaset gmin w Polsce nie ma apteki – przez AdA”. Tymczasem sieci mogłyby tam wejść, ale tego nie robią, bo to się po prostu nie opłaca. Co więcej – w tych miejscowościach często nigdy nie było aptek, także przed wprowadzeniem AdA. To nie przepisy są przeszkodą, tylko rachunek ekonomiczny.

Jeśli farmaceuci stracą autonomię, a zawód zostanie sprowadzony do pozycji najemnej, jego prestiż i atrakcyjność spadną. Już teraz uczelnie notują spadek zainteresowania studiami farmaceutycznymi. W dłuższej perspektywie może to skutkować brakiem kadr i pogorszeniem jakości opieki nad pacjentami.

W kontekście zdrowia publicznego warto też zauważyć, że prezydent RP mógłby odegrać ważną

rolę jako promotor profilaktyki. Osobiste zaangażowanie – np. w akcje szczepień czy badania przesiewowe – mogłoby istotnie wpłynąć na postawy zdrowotne społeczeństwa. Takie działania, choć niezwiązane bezpośrednio z rynkiem aptecznym, wzmocniłyby rolę farmaceutów w systemie.

Decyzja prezydenta o skierowaniu ustawy AdA 2.0 do Trybunału Konstytucyjnego może więc wywołać długofalowe skutki. Otwarcie rynku na podmioty zagraniczne grozi destabilizacją, marginalizacją farmaceutów i pogorszeniem jakości opieki. Równocześnie warto pamiętać, że głowa państwa może – poprzez osobisty przykład – wspierać profilaktykę i wzmocnić zaufanie do profesjonalistów ochrony zdrowia. Dziś stawką jest nie tylko model rynku aptecznego, ale też przyszłość zawodu farmaceuty w Polsce. ●

PRAKTYKA LEKARSKA

Niekończący się pilotaż

LIDIA SULIKOWSKA
DZIENNIKARKA

Ministerstwo Zdrowia po raz kolejny przedłuża program pilotażowy dotyczący funkcjonowania centrów zdrowia psychicznego (CZP). Testowanie modelu psychiatrii środowiskowej dla dorosłych trwa już siedem lat.

Pilotaż ruszył 1 lipca 2018 r. celem sprawdzenia środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej dla osób powyżej 18. r.ż. opartego na centrach zdrowia psychicznego. Początkowo miał działać do 30 czerwca 2021 r. Do tego czasu miały być wypracowane rozwiązania systemowe włączające działalność centrów do koszyka świadczeń gwarantowanych. Tak się jednak nie stało. Niestety, termin niefortunnie zbiegł się z pandemią COVID-19. W efekcie pilotaż wielokrotnie przedłużano i do dziś nie doczekaliśmy się jego pełnej oceny i przygotowania aktów prawnych, na podstawie których można by wdrożyć model psychiatrii środowiskowej w całym kraju.

DODATKOWE SZEŚĆ MIESIĘCY

Projekt rozporządzenia w sprawie kolejnego wydłużenia pilotażu CZP (do 31 grudnia 2025 r.) został opublikowany na początku maja, ale zapewne, gdy będziecie Państwo czytać ten tekst, projektowana zmiana wejdzie już w życie. W OSR do projektu padła informacja, że koniec tego roku jest ostatecznym terminem zakończenia programu. To ma być dodatkowy czas na opracowanie propozycji rozwiązań testowanych w pilotażu do całości systemu ochrony zdrowia psychicznego dla dorosłych, z uwzględnieniem sposobu organizacji i finansowania CZP, jak również na opracowanie strategii ich wdrożenia. Pracuje nad nimi zespół do spraw zmian systemowych w centrach zdrowia psychicznego, powołany przez minister zdrowia Izabelę Leszczynę w grudniu ubiegłego roku. W jego składzie są zarówno przedstawiciele środowisk związanych z centrami zdrowia psychicznego, jak i strony rządowej oraz

Narodowego Funduszu Zdrowia i Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Minister Zdrowia Izabela Leszczyna podczas wystąpienia w Sejmie 4 czerwca wytknęła poprzedniej ekipie rządzącej, że „robili ten pilotaż 4 lata i nie zaplanowali ewaluacji”, czyli przejścia z pilotażu do koszyka świadczeń gwarantowanych. Zadeklarowała także, że „od 1 stycznia przyszłego roku cała Polska będzie mogła być pokrywana centrami

Kilka lat testowania modelu, brak ewaluacji i przesuwane terminy – pilotaż CZP, zamiast rozwiązania systemowego, stał się symbolem impasu w reformie psychiatrii

zdrowia psychicznego, czyli najlepszą opieką psychiatryczną zgodnie z wszelkimi zasadami i dowodami naukowymi”. Wcześniej, bo w połowie maja, podczas konferencji prasowej zapewniła, że projekt centrów zdrowia psychicznego jest dla niej bardzo ważny i że będzie mu patronować.

Czy faktycznie wraz z początkiem nowego roku uda się zamknąć pilotaż i zaimplementować testowany model środowiskowej opieki psychiatrycznej do systemu (i w jakim ostatecznie kształcie)? Na odpowiedź

czeka zarówno 117 centrów zdrowia psychicznego, które obecnie funkcjonują (obejmują one populację przekraczającą 50 proc. osób dorosłych), jak i pozostałe placówki udzielające świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej i psychologicznej w ramach środków publicznych (ambulatoryjne / stacjonarnie / środowiskowo), które nie przystąpiły do pilotażu.

– Od 25 lat śledzę próby reformowania polskiej psychiatrii. Widziałem już tyle niedotrzymanych terminów, że jestem absolutnie skłonny uwierzyć, że data 31 grudnia 2025 r. nie będzie ostatecznym zakończeniem pilotażu CZP – obawia się dr n. med. Łukasz Cichocki, psychiatra, zastępca dyrektora do spraw leczenia Szpitala Klinicznego im. Dr. J. Babińskiego w Krakowie, w którym działają dwa centra zdrowia psychicznego. Zwraca uwagę, że aby przekuć pilotaż w rozwiązanie systemowe, musiałoby dojść do zmian w tzw. rozporządzeniu koszykowym i nowelizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. – Przy braku decyzyjności, który mamy okazję obserwować, nie wiem, co by się musiało wydarzyć, żeby te prace tak gwałtownie przyspieszyły, aby NFZ na jesieni mógł ogłaszać konkursy – stwierdza Łukasz Cichocki.

SPÓR O FINANSE

Kwestią sporną pozostaje sposób finansowania centrów. 4 czerwca na posiedzeniu sejmowej Podkomisji do spraw Zdrowia Psychicznego, podczas którego dyskutowano

► Minister zdrowia **Izabela Leszczyna** podczas sejmowego wystąpienia 4 czerwca zapowiedziała, że od stycznia 2026 r. centra zdrowia psychicznego mają objąć cały kraj

o psychiatrii środowiskowej w Polsce, w tym o modelu finansowania centrów zdrowia psychicznego, obecni przedstawiciele środowisk związanych z CZP apelowali o nierozdzielanie finansowania całodobowego leczenia szpitalnego od ambulatoryjno-środowiskowego w centrach. Przekonywali, że obecny model finansowania jest rozwiązaniem optymalnym dla procesu zdrowienia pacjenta, bo daje większą elastyczność zarządzającym w zapewnieniu świadczeń tam, gdzie są rzeczywiste potrzeby.

Przypomnijmy, obecnie centra zdrowia psychicznego są finansowane w ramach ryczałtu na populację (iloczyn liczby osób powyżej 18. roku życia zamieszkujących obszar działania centrum i stawki rocznej na osobę, która jest jednakowa w całym kraju). CZP otrzymuje więc co miesiąc stałą kwotę i jednocześnie odpowiada za zdrowie psychiczne populacji na swoim terenie, zapewniając świadczenia ambulatoryjno-środowiskowe oraz w oddziale psychiatrycznym (całodobowym i dziennym).

– Według NFZ działalność CZP jest zbyt droga, dlatego od dłuższego czasu próbuje przeforsować zmianę sposobu ich finansowania poprzez odłączenie z ryczałtu leczenia szpitalnego i opłacanie go w oparciu o fee for service, co w praktyce będzie sprzyjać nadmiernym hospitalizacjom. To de facto powrót do sytuacji sprzed pilotażu i koniec reformy – uważa Izabela Ciuńczyk, psychiatra, psychoterapeuta, kierownik Centrum Zdrowia Psychicznego w Koszalinie, prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Centrów Zdrowia Psychicznego. – Tymczasem duża liczba podmiotów biorących udział w pilotażu jest dowodem na to, że ten model opieki się sprawdza. Dzięki finansowaniu opartym na ryczałcie wyszliśmy z zakłętego kręgu kolejek i limitów i spada liczba hospitalizacji w całodobowych oddziałach psychiatrycznych – przekonuje przewodnicząca OSCZP.

Obecna na posiedzeniu sejmowej podkomisji dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego w Ministerstwie Zdrowia Dagmara Korbasińska-Chwedczuk wyjaśniała, że rozważany jest taki sposób finansowania świadczeń w CZP, który będzie zapewniał stabilność podmiotów,



fot.: x.com/MZ_GOV_PL

a jednocześnie promował udzielanie świadczeń pacjentom znajdującym się w najtrudniejszym stanie oraz opiekę podejmowaną w środowisku pacjenta. Zapewniła też, że rozmowy dotyczące finansowania „idą w kierunku dogadania się”. Szczegółów jednak nie przedstawiła. Zadeklarowała natomiast, że trwają prace nad rozwiązaniami finansowymi i legislacyjnymi, aby model środowiskowy wprowadzić.

JAK ZDEFINIOWAĆ JAKOŚĆ

Jednym z największych wyzwań po zakończeniu pilotażu jest zapewnienie spójności systemu ochrony zdrowia psychicznego. Środowisko skupione wokół CZP od lat czeka również na standard organizacyjny funkcjonowania centrów zdrowia psychicznego. Obecnie trwają prace nad jego przygotowaniem.

– Z dużym napięciem czekamy na raport zespołu ministerialnego. Obecnie toczą się prace, które mają zdefiniować wskaźniki jakościowe i ilościowe, które będą musiały spełniać centra zdrowia psychicznego. Od kilku lat apelujemy, żeby w drodze rozporządzenia przyjęto standard organizacyjny CZP. Po to, żeby praca we wszystkich

centrach, przynajmniej w podstawowym zakresie, była jednakowa – mówi Izabela Ciuńczyk. – Obecnie rzeczywiście jest tak, że niektóre placówki mają pod swoją opieką powyżej 6 proc. populacji objętej zakresem odpowiedzialności terytorialnej, a niektóre niecałe 2 proc. Nie można jednak wysuwać na tej podstawie jednoznacznych wniosków, że w związku z tym jedne centra pracują rzetelnie, a inne nie – stwierdza przewodnicząca OSCZP. Tłumaczy, że dysproporcje mogą wynikać z różnic w populacjach obejmujących czynniki geograficzne i demograficzne, a także pokutujących w niektórych regionach stereotypów społecznych zniechęcających do korzystania z pomocy psychiatrycznej.

Z kolei Łukasz Cichocki zwraca uwagę na jeszcze jeden aspekt. – Różnice dotyczące liczby pacjentów będących pod opieką centrów mogą być związane z tym, czy na danym terenie działają równoległe konkurencyjne placówki poza siecią CZP. Taka sytuacja jest np. w Krakowie. Było wiele debat i konferencji organizowanych wokół tematu centrów zdrowia psychicznego, w tym tego, jakie powinny być wskaźniki ilościowe i jakościowe określające ich pracę. Problem polega na tym, że nie ma zgody w tym zakresie. Po likwidacji biura ds. pilotażu brakuje gospodarza tego projektu – tłumaczy.

– Do CZP byłem najbardziej sceptyczny na starcie pilotażu, ponieważ miałem świadomość, że tworzenie scentralizowanych instytucji będzie „wycinało” te mniejsze, a już istniejące poradnie. Obecnie ten proces mamy w zasadzie już za sobą. To, co trudnego miało się wydarzyć, już nastąpiło. W tym momencie wyraźnie przeważają korzyści nad zagrożeniami. Widzę istotny sens ich istnienia, ponieważ rzeczywście ułatwiają pacjentom wejście do systemu. Dzięki istnieniu punktów zgłoszeniowo-konsultacyjnych choroby mogą w szybkim czasie dostać pomoc, której aktualnie potrzebują, a pacjent po wyjściu z oddziału stacjonarnego ma zapewnioną ciągłość leczenia w środowisku – przekonuje zastępca dyrektora do spraw leczenia Szpitala Klinicznego im. Dr. J. Babińskiego w Krakowie. ●

PRAKTYKA LEKARSKA

Był pan w tropikach? – pytanie, które może uratować życie

Jeśli chory wspomina, że był w innym kraju, a już szczególnie w tropikach, nie wolno tego zignorować. Tym bardziej że wiele chorób przywlekanych potrafi objawiać się w nieoczywisty sposób – mówi **prof. dr hab. n. med. Józef Knap**, konsultant wojewódzki w dziedzinie medycyny morskiej i tropikalnej dla woj. mazowieckiego i p.o. konsultanta krajowego, w rozmowie z Lidią Sulikowską.

W lutym media informowały o śmierci mężczyzny, który zaraził się malarią na Zanzibarze. Czy takie przypadki to wciąż rzadkość, czy raczej wierzchołek góry lodowej?

Ta sytuacja niestety nie jest wyjątkowa. W Polsce śmiertelność na malarię przez długie lata była 12-krotnie wyższa niż w krajach Europy Zachodniej. Powodem nie jest złe leczenie, ale opóźniona diagnoza. Kilka lat temu 33-letni mężczyzna wrócił z objawami grypy z Kamerunu. Był w pięciu placówkach medycznych, aż trafił w stanie bardzo ciężkim do szpitala na intensywną terapię kardiologiczną. Dopiero tam kardiolog, kiedyś pracujący w Afryce, pomyślał o malarii. Niestety było już za późno. Do takich tragedii nie powinno dochodzić.

W związku ze zgonem z lutego otrzymałem pismo z Departamentu Nadzoru i Kontroli Ministerstwa Zdrowia „o rozważenie zasadności podjęcia działań mających na celu wzmocnienie bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów poprzez zwiększenie świadomości personelu medycznego odnośnie ryzyka choroby tropikalnej u osoby powracającej z terenu endemicznego (...)”. Tyle że problem trwa od lat, co sygnalizujemy od dawna, podkreślając jego złożoność determinującą różne działania. Przede wszystkim trzeba kłaść nacisk na szkolenia lekarzy w zakresie chorób przywlekanych zarówno podczas kształcenia przed-, jak i podyplomowego. Jest jeszcze kwestia zupełnie podstawowa, chyba najważniejsza – zebranie wywiadu, a więc i zapytanie pacjenta, czy był za granicą.

To nasz obowiązek. Jeśli chory wspomina, że był w innym kraju, a już szczególnie w tropikach, nie wolno tego zignorować. Żadne działania nie zastąpią rzetelności i szerokości spojrzenia u każdego lekarza. „Unde venis” (skąd przybywasz – przyp. red.) to jedno z podstawowych pytań, jakie zadawali medycy już w średniowieczu. Tym bardziej że wiele chorób przywlekanych potrafi objawiać się w nieoczywisty sposób.

Na przykład malaria?

Zdecydowanie tak. Przywołana malaria potrafi imitować objawy udaru, grypy, a także powodować hipoglikemię, biegunkę, bóle stawowe. Z kolei trąd, szczęśliwie bardzo rzadki, może naśladować dosłownie wszystkie objawy skóry i jest najczęstszą na świecie przyczyną polineuropatii. W Polsce zdarzały się przypadki leiszmaniozy trzewnej (Kala-azar), nierozpoznanej przez miesiące trwającej gorączki, leukopenii i wyniszczenia. Ta choroba w przypadku braku leczenia charakteryzuje się 100 proc. śmiertelnością, a może wylegać się nawet do roku od zakażenia. Postać skórna leiszmaniozy niejednokrotnie pozostaje nierozpoznana i nieleczona – jedna z chorych przez 15 lat miała powiększające się, oszpecające owrzodzenie twarzy, zanim postawiono właściwe rozpoznanie.

Musimy pamiętać, że choroby tropikalne są wśród nas. Do Polski najczęściej są przywlekane zakażenia pokarmowe, zakażenia dróg oddechowych, wirusowe zapalenie wątroby typu A, rzadsza, lecz zagrażająca życiu jest malaria (46 chorych w 2023 r., 43 w 2024 r.). Zdarzają się też zachorowania m.in. na dengę, zapalenie opon mózgowych i gruczoł (także lekooporną), legionelozę, zakażenia HIV. Sporadycznie notujemy filariozy, schistosomozy, cholerę, pelzakowicę, błonicę i inne choroby wirusowe, jak gorączka Chikungunya, gorączka Zachodniego Nilu, choroba Zika, a także choroby przenoszone drogą płciową, do których zaliczamy ospę małpią (Mpox), która spowodowała w Polsce 213 zachorowań w 2022 r. Kilka lat temu mieliśmy dwa przypadki trądu guzowatego. W tym roku po raz pierwszy od wielu lat pojawił się pacjent ze śpiączką afrykańską (trypanosomozą).

Jakie są obecnie główne zagrożenia epidemiologiczne na świecie w tym kontekście?

Od kilku lat w Polsce i w wielu innych rozwiniętych krajach wzrasta liczba osób nieszczepiących się. Z tego powodu wracają takie choroby, jak odra, różyczka i krztusiec, zarówno jako przypadki rodzime, jak i przywlekane, także z Europy Zachodniej i USA.

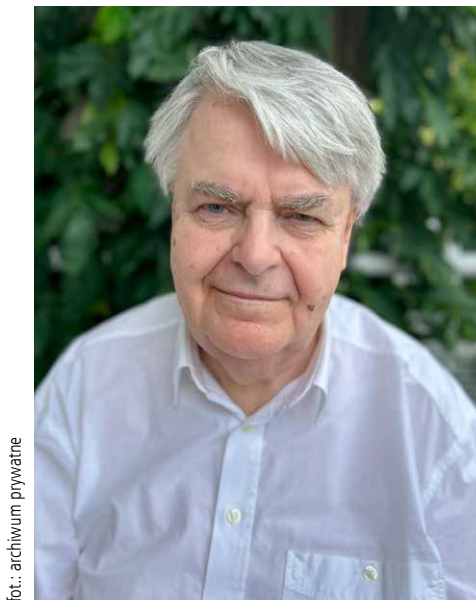
W krajach tropikalnych występuje stałe zagrożenie malarią i żółtą gorączką. Stale zagrażają też wysoce patogenne wirusowe gorączki krwotoczne (VHF), jak Ebola, Marburg, Lassa. Przywlekane są również wielolekooporne szczepy bakteryjne, np. New Delhi. W Afganistanie, Pakistanie i Afryce Subsaharyjskiej krąży wirus polio, a niedawno na Ukrainie odnotowano dwa ogniska odmiany szczepionkowej tego patogenu.

Niedawno media informowały o kilku przypadkach zakażenia wąglikiem w Tajlandii.

Tego typu komunikaty pojawiają się systematycznie. Tajlandia i inne państwa Azji Południowo-Wschodniej są głównym celem wyjazdów turystycznych Polaków. Z tych pięknych krajów dość często przywlekamy dengę (126 chorych w 2024 r.), choć od niedawna jest dostępna znakomita szczepionka. Osoba, która przeżyła dengę, nie powinna kolejny raz jechać w tereny jej endemii, gdyż kolejne zachorowanie przebiega z reguły dużo ciężiej. Niebezpieczną chorobą tamtych stron, wywołaną bakterią bytującą w glebie i przenoszoną wdychaniem pyłu, jest melioidoza. Jej okres wylegania może przekroczyć 30 lat. W ostatnich latach do Europy zostało przywleczonych kilkadziesiąt przypadków tej choroby. W Polsce mieliśmy z nią do czynienia kilka lata temu.

Katalog chorób tropikalnych jest pokaźny, za to skala ich występowania w naszym kraju nieduża. Zapewne dlatego bywa trudno o wzmoczoną czujność akurat w tej materii.

Specjalizacja, którą reprezentuję, nie jest dziedziną chorób nieistniejących. Trzeba być przygotowanym na różne scenariusze. Polacy podróżują i mogą ulegać różnym zakażeniom, a po powrocie do kraju szukać pomocy w najbliższej placówce medycznej. Poza tym różnego typu zdarzenia na świecie mogą zmieniać sytuację epidemiologiczną w Polsce. Wzmoczona migracja Ukraińców do naszego kraju po wybuchu wojny na Ukrainie przyniosła wzrost przypadków odrzy, krztuśca, różyczki i gruźlicy, a także zagrożenie wirusem polio, mimo że od dekad dzięki doskonale prowadzonym programom szczepionkowym mogliśmy w zasadzie zapomnieć o tych chorobach. Ponadto nigdy nie wiadomo, kiedy pojawi się zagrożenie pokroju COVID-19 czy innych schorzeń, np. choroby Nipah czy MERS.



fot.: archiwum prywatne

W tym roku media informowały o kilkuletnim chłopcu, u którego lekarze jednego z wrocławskich szpitali wykryli błonicę.

To dziecko wróciło z wakacji na Zanzibarze i nigdy nie było uodpornione przeciwko tej chorobie w ramach obowiązującego w naszym kraju Programu Szczepień Ochronnych. Niestety, wśród rodziców narasta problem unikania szczepienia swoich dzieci, co już skutkuje falą zachorowań na odrę, różyczkę i krztusiec.

Czy mamy wystarczającą liczbę lekarzy specjalizujących się w leczeniu chorób tropikalnych?

Niestety, mamy niedobór specjalistów medycyny morskiej i tropikalnej. Jest nas w kraju praktykujących mniej niż 50, łącznie z emerytami. Mamy tylko dwa ośrodki uprawnione do szkolenia specjalizacyjnego (Gdynia i Poznań – przyp. red.), ale Warszawa ma wszystkie warunki, by akredytację taką uzyskać. W kraju mamy tylko trzech konsultantów wojewódzkich naszej specjalizacji. W większości regionów te stanowiska są nieobsadzone.

Od lat walczymy, mając poparcie izb lekarskich, aby każdy lekarz niezależnie od posiadanej specjalności, który pracował w tropikach, a więc mający duże doświadczenie w diagnozowaniu i leczeniu chorób tropikalnych,

◀ **Prof. Józef Knap:** Trzeba kłaść nacisk na szkolenia lekarzy w zakresie chorób przywlekanych

ale nieposiadający specjalizacji z medycyny morskiej i tropikalnej, mógł ją uzyskać w ramach szybszej ścieżki. Bez skutku, wobec sprzeciwu CMKP i braku poparcia Ministerstwa Zdrowia. Możliwość mają jedynie lekarze ze specjalizacją z interny i medycyny transportu, nawet gdy nigdy nie praktykowali w tropikach. Jest to nielogiczne, niesprawiedliwe i skutecznie hamujące rozwój medycyny morskiej i tropikalnej w każdym wymiarze.

Od jakiegoś czasu można starać się o certyfikat umiejętności zawodowej z medycyny podróży. Już kilkudziesięciu lekarzy go uzyskało. To głównie specjaliści chorób wewnętrznych, medycyny rodzinnej, chorób zakaźnych, pediatrii. To krok w dobrym kierunku?

Tak, ta forma kształcenia szkoli lekarzy, którzy dobrze sprawdzają się w zaspokajaniu doraźnych potrzeb w ośrodkach medycyny podróży, przygotowując pacjentów przed wyjazdem w tropiki, m.in. drogą szczepień ochronnych. Nie zastąpią jednak specjalistów medycyny morskiej i tropikalnej w sytuacjach dolegliwości, które występują po powrotach z innych stref klimatycznych.

Mówi się, że lepiej zapobiegać, niż leczyć. Bez wątpienia warto edukować podróżnych, by przed wyjazdem zadbali o swoje zdrowie.

Jednym z elementów poprawy bezpieczeństwa podróżujących powinno być rzetelne informowanie przez biura podróży swoich klientów o zagrożeniach zdrowotnych występujących w danym kraju i konieczności właściwego zabezpieczenia się przez szczepieniami i chemioprophylaktyką malarii. Podejmowaliśmy konkretne kontakty ze zrzeszeniem biur podróży w tej sprawie. Należy też skorzystać z porady u specjalisty z zakresu medycyny podróży co najmniej 4-6 tygodni przed planowaną podróżą. Każda dolegliwość po powrocie winna być powodem do konsultacji. ●

FELIETON

Co jeszcze można wynieść ze śmigłowca?

Dwanaście lekcji z LPR (cz. 2)

25 lat LPR to nie tylko liczby i statystyki, ale także styl pracy, z którego wiele mogłyby zaczerpnąć inne instytucje ochrony zdrowia. Po pierwszych sześciu lekcjach przyszedł czas na kolejne – równie istotne. Mowa będzie o pokorze, procedurach, pasji i zmianie. Bo w Lotniczym Pogotowiu Ratunkowym nic nie zostawia się przypadkowi.

Zakończyły się uroczyste obchody dwudziestopięciolecia Lotniczego Pogotowia Ratunkowego. Mam przyjemność od ponad ośmiu lat być częścią tej historii – pracuję w jednej z baz LPR. Miesiąc temu pisałem o pierwszych sześciu lekcjach, które inne placówki ochrony zdrowia mogą wynieść z historii sukcesu LPR. Dziś kolejnych sześć punktów, nie mniej ważnych.

Lekcja siódma: działa dzielenie się doświadczeniami – dobrymi i złymi. Są takie umiejętności, które pewnie nigdy zawodowo się mi nie przydadzą lub przydadzą się tylko raz. Są w ratownictwie medycznym wezwania niezwykle rzadkie, które są jednak zawsze ogromnym wyzwaniem. Ratunkowe cięcie cesarskie u kobiety z zatrzymaniem krążenia, torakotomia ratunkowa – są w Lotniczym Pogotowiu Ratunkowym ludzie, którzy takie procedury wykonywali. Zasadą jest, że na okresowych szkoleniach czy w koleżeńskich rozmowach dzielą się oni swoim doświadczeniem, opowiadając o tym, co przebiegało sprawnie i, co ważne, również o tym, co można jeszcze poprawić. Przyrzeczenie lekarskie zobowiązuje przecież wszystkich nas do dzielenia się tym, co udało się udoskonalić.

Lekcja ósma: ważne są umiejętności miękkie, czyli kompetencje nietechniczne. Większość samolotów nie rozbija się z powodu wadliwego sprzętu, ale z powodu złej komunikacji w załodze, nadmiernej hierarchii, ignorowania procedur. Śmiem

JAKUB SIECZKO
ANESTEZJOLOG



twierdzić, że podobnie jest z błędami medycznymi. Dlatego też w trosce o bezpieczeństwo załóg i transpor-

Przerośnięte ego nie mieści się do Eurocoptera 135 – w zespole LPR liczy się współpraca, a nie pieczętka czy tytuł

towanych śmigłowcami oraz samolotami pacjentów w Lotniczym Pogotowiu Ratunkowym regularnie odbywają się szkolenia ACRM (Aeromedical Crew Resource Management). To szkolenia, na których nie ćwiczymy resuscytacji, drenażu klatki piersiowej czy postępowania w zdarzeniach masowych. Rozmawiamy o tym, jak ważna jest komunikacja i jak ją można usprawnić, w jaki sposób nawet drobne problemy

interpersonalne przekładają się na analogiczne problemy z bezpieczeństwem, ale i o tym, że trzeba misje, szczególnie te trudniejsze, podsumowywać, rozmawiać na temat tego, co mogło pójść lepiej. Kultura bezpieczeństwa w Lotniczym Pogotowiu Ratunkowym to nie zrobione byle jak szkolenie BHP przeprowadzane przez zasłużonego emeryta na slajdach pamiętających lata osiemdziesiąte. To realna rozmowa o tym, jak unikać błędów, które popełnili inni, żeby z każdego dyżuru załoga wróciła bezpiecznie do swoich domów.

Lekcja dziewiąta: w zespole wszyscy powinni być równi, a przerośnięte ego nie mieści się do Eurocoptera 135. Jest nas w każdym zespole trzech (lub troje – kobiety znajdziemy wśród wszystkich grup zawodowych w LPR). Pilot odpowiada za bezpieczeństwo lotu, z wyzwaniami medycznymi (często niełatwymi) radzić sobie muszą

lekarz i ratownik medyczny. Naprawdę nie jest ważne, jaki kto ma tytuł zawodowy i ile rzędów zawiera jego (czy jej) pieczęć. Podczas resuscytacji dziecka na poboczu drogi czy trudnej intubacji chorego z poparzonymi drogami oddechowymi ważne jest tylko jedno – kto ma najlepsze pomysły. W śmigłowcach LPR spotkać można też doktorów habilitowanych i profesorów. Przede wszystkim są jednak kolegami.

Lekcja dziesiąta: procedury i algorytmy mają sens i ratują życie. Lekarz czytający z kartki to wstyd? Otóż nie. Taka była choćby idea wprowadzenia okołooperacyjnych kart kontrolnych, które przecież stosowane są (a przynajmniej powinny być) powszechnie w polskich szpitalach. Z ręką na sercu odpowiedzieć sobie, drodzy czytelnicy, jak często ta kartka jest pomocnym narzędziem, które służy sprawdzeniu, czy o niczym istotnym w opiece nad chorym nie zapomnieliśmy, a jak często kolejnym dokumentem, który wypełniamy, żeby mieć święty spokój? W LPR po raz pierwszy spotkałem się z procedurami, które stosowane są realnie i mają sens. Mnóstwo jest ich w lotnictwie (choćby sprawdzenie sprawności śmigłowca do startu), stosujemy je jednak też w medycynie – choćby listę kontrolną SPEED BOMB przed intubacją (zainteresowanych nią odsyłam do google, szczerze polecając jej stosowanie). Kilkadziesiąt sekund poświęconych na sprawdzenie, czy na pewno cały potrzebny sprzęt jest zgromadzony i sprawny, a podział zadań (i plan alternatywny w przypadku niepowodzenia) jest jasny, chroni przed nerwowością, chaosem, groźnymi dla pacjentów błędami. Kiedy bowiem w trakcie procedury intubacji dotchawiczej nagle potrzebny jest np. ssak czy rurka o mniejszym rozmiarze, nie jest dobry moment na otrzymanie informacji, że do ssaka brakuje końcówki, a rurki znaleźć nie sposób. Szczęście sprzyja przygotowanym, a czeklista to narzędzie profesjonalistów, którzy nie udają przed sobą (i innymi), że zawsze o wszystkim pamiętają.

Lekcja jedenasta: jedyna pewna rzecz to zmiana. Z okazji dwudziestopięciolecia Lotnicze Pogotowie Ratunkowe przygotowało film podsumowujący ten czas. Znajdziecie go Państwo bez trudu w internecie, serdecznie polecam ten krótki seans. Uwagę zwraca to, że dziś już prawie nic w tej instytucji nie wygląda tak jak w roku 2000. Inne są śmigłowce, procedury, sprzęt medyczny, system zarządzania. Jestem w LPR od 2016 r. Zaczynałem, gdy lataliśmy jeszcze w pomarańczowych

kombinezonach, bez USG, wideolaryngoskopów i urządzeń do mechanicznej kompresji klatki piersiowej czy podaży donosowej leków, pracując na innych defibrylatorach. Odbylem w tym czasie już chyba kilkanaście szkoleń, na każdym dowiadując się czegoś nowego. LPR nadąża za swoimi czasami.

Lekcja dwunasta: pasjonatom wszystko wychodzi lepiej. Tak – LPR to prawie bez wyjątku miejsce pracy pasjonatów – ludzi, którzy ratownictwo medyczne lubią, którzy wkładają w swoją pracę serce, których do rozwoju i zmiany na lepsze nie trzeba namawiać prośbą ani groźbą. Do pracy w Lotniczym Pogotowiu Ratunkowym ustawiają się długie kolejki chętnych, jest więc z kogo wybierać. To naprawdę niezwykła przyjemność pracować z tymi, którym się chce, którzy twierdzą, że

raczej się da, niż nie da, którzy mają otwartą głowę.

Tak, wiem. Wyszła mi z tego dwuczęściowego tekstu laurka, a brzmi to wszystko miejscami aż nierzeczywiście. Oczywiście LPR nie jest miejscem, w którym nie ma żadnych problemów i trudnych momentów. Mając jednak doświadczenie pracy w wielu jednostkach ochrony zdrowia, twierdzę nadal, że Lotnicze Pogotowie Ratunkowe jest na mapie polskiego systemu miejscem wyjątkowym – naszym wielkim sukcesem. To zasługa ludzi, którzy przez minione ćwierćwiecze włożyli w działanie tej instytucji mnóstwo pracy i serca. Marzyłoby mi się, żeby inni czerpali z doświadczeń tego sukcesu. ●

Napisz do autora:
sieczko.gazetalekarska@gmail.com

reklama

PRAKTYKA LEKARSKA

Suplementy, smalec i spiski. Celebryci kontra medycyna

SYLWIA WAMEJ
DZIENNIKARKA

Od cudownych specyfików na Hashimoto, poprzez smalec gęsi na przeziębienie, po teorie spiskowe o pandemii – znani i lubiani coraz częściej promują pseudomedyczne treści, które mogą zagrażać zdrowiu publicznemu. Na szczęście granica bezkarności właśnie się przesuwa: prokuratura wzięła pod lupę suplementy sygnowane przez Doda.

Celebryci uwielbiają podgrzewać wokół siebie zainteresowanie. By zyskać fanów i zarobić więcej, zakładają rozmaite biznesy lub reklamują produkty, które rzekomo mają działać cuda – zwłaszcza w obszarze zdrowia i urody. Często jednak ich twierdzenia nie mają żadnego pokrycia w faktach. Mimo to znane nazwisko potrafi nie tylko napędzić sprzedaż, lecz także spowodować realne zagrożenie. Przekonała się o tym Dorota Rabczewska, polska gwiazda pop znana jako Doda.

„CUDOWNE” SPECYFIKI NA HASHIMOTO

W maju tego roku Doda zamieściła w swoich mediach społecznościowych materiały, w których przekonywała, że sygnowane jej nazwiskiem suplementy są skuteczne w leczeniu choroby Hashimoto.

– Zdiagnozowano u mnie Hashimoto. Nie wzięłam ani jednego leku. Postanowiłam wyleczyć się tylko i wyłącznie metodą niekonwencjonalną – deklarowała. Jej przekaz dotarł do ogromnego grona odbiorców. Gwiazda ma ponad 2 mln obserwujących na Instagramie i 1,5 mln na TikToku. Doda podkreślała, że stworzyła własną linię suplementów po to, by „pomóc ludziom” zmagającym się z Hashimoto i innymi dolegliwościami tarczycy.

Po emisji reklamy lekarze zareagowali stanowczo – słusznie wskazując, że tego typu porady są nie tylko

nierzetelne, ale przede wszystkim szkodliwe i wprowadzające w błąd. Hashimoto to choroba, której nie da się wyleczyć suplementami – można ją jedynie kontrolować i wprowadzić w remisję za pomocą metod potwierdzonych naukowo.

Na wypowiedzi artystki zareagował Główny Inspektorat Farmaceutyczny, który złożył zawiadomienie do prokuratury

Znane nazwisko to nie licencja na dezinformację – zdrowie publiczne nie może być ofiarą marketingu

o możliwości popełnienia przestępstwa. W efekcie Prokuratura Rejonowa Warszawa Śródmieście-Północ wszczęła dochodzenie dotyczące reklamy promującej wspomniane produkty. Rzecznik Prokuratury Okręgowej w Warszawie, prokurator Piotr Antoni Skiba, poinformował, że Komenda Rejonowa Policji w Śródmieściu otrzymała wytyczne w sprawie gromadzenia materiału dowodowego. Dotyczą one m.in. skierowania zapytania do prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów

Biobójczych. Po otrzymaniu odpowiedzi możliwe będzie ustalenie, kogo i w jakim charakterze należy przesłuchać.

KRÓL I KRÓLOWA ANTYSZCZEPIONKOWCÓW

Doda nie jest jedyną osobą publiczną, która szerzy szkodliwe treści dotyczące zdrowia. Niestety, lista celebrytów promujących pseudomedyczne poglądy wciąż jest długa. Niekiedy ich wypowiedzi budzą śmiech, ale częściej – niepokój. Bo o ile mogą wydawać się absurdalne, to w rzeczywistości mają wpływ na decyzje tysięcy osób.

Jednym z czołowych przedstawicieli środowiska antyszczepionkowego jest skrajnie prawicowy patostreamer Wojciech „Jaszczur” Olszański. Znany z radykalnych i kontrowersyjnych poglądów oraz wulgarnych ataków na lekarzy i wyzysk pod ich adresem, został na początku czerwca zatrzymany przez policję. Prokuratura postawiła mu aż 78 zarzutów, w tym dotyczące nawoływania do nienawiści.

Z kolei miano „królowej” ruchu antyszczepionkowego można przypisać Edycie Górniak. W czasie pandemii COVID-19 wielokrotnie podważała jej istnienie i zasadność środków ochronnych. W jednym z wywiadów mówiła: – Lepiej jest mieć masę ludzi, która wykona polecenia, takimi ludźmi łatwiej

► *Doda przekonywała w mediach społecznościowych, że jej suplementy mogą „wyleczyć Hashimoto”. Prokuratura wszczęła postępowanie*

jest, nie chcę powiedzieć sterować, ale dyktować im warunki życia. Niewiele osób zastanawia się, czy maseczka nas uchroni przed zarażkami, czy zabierze nam resztki zdrowia.

Górniak otwarcie deklarowała również w mediach, że nie zamierza się szczepić, podobnie jak jej syn. „Nie zgodzę się na szczepienia i mój syn nie zgodzi się na szczepienia. Jeśli będą chcieli nas za to rozstrzelać, to nas rozstrzelają” – mówiła w wywiadach dodając, że woli umrzeć, niż pozwolić na to, by wprowadzić do jej ciała substancję, o której składzie i pochodzeniu nic nie wie.

Jej zdaniem pandemia została wykorzystana przez wpływowe jednostki, takie jak Bill Gates, do globalnej depopulacji. A osoby hospitalizowane w czasie pandemii? Według niej to statystyci „udający chorych”. Choć część fanów krytykowała jej wypowiedzi, wielu innych je podchwytowało, powielając szkodliwe teorie spiskowe.

Podobne poglądy wyrażał piosenkarz rosyjskiego pochodzenia Iwan Komarenko, który pandemię również uznawał za manipulację i kłamstwo.

BEATA PAWLIKOWSKA POD OSTRZAŁEM PSYCHIATRÓW

W 2023 r. dziennikarka i autorka książki Beata Pawlikowska opublikowała na swoim kanale YouTube materiał na temat leczenia depresji. Choć zaznaczyła w nim, że nie jest lekarzem i jedynie „przedstawia wyniki badań”, zawarte w filmie tezy przeczyły konwencjonalnej wiedzy medycznej. Pawlikowska sugerowała m.in., że leki przeciwdepresyjne są „toksyczne” i „zmieniają osobowość”.

Choć spotkała się z krytyką ze strony lekarzy, wielu jej odbiorców dziękowało za film, deklarując np. „teraz już wiem, czego nie robić – nie iść do lekarza”.

Lekarze, zwłaszcza psychiatrzy, zareagowali na materiał Pawlikowskiej błyskawicznie i jednoznacznie: osoba nieposiadająca wykształcenia medycznego, publikująca takie treści w social mediach, nie ponosi formalnie odpowiedzialności za ich skutki. Tymczasem pacjent z depresją zniechęcony do terapii

może np. odstawić leki – z tragicznie przewidywalnym skutkiem.

LEWANDOWSKA I SMALEC NA PRZEZIĘBIENIE

Kilka lat temu Anna Lewandowska – trenerka, dietetyczka i żona

Pacjent z depresją zniechęcony do terapii treścią z social mediów może

np. odstawić leki – z tragicznie przewidywalnym skutkiem

Robert Lewandowskiego – została skrytykowana za promowanie niezweryfikowanych metod leczenia przeziębienia u córki. W mediach społecznościowych zalecała stosowanie okładów z gęsiego smalcu: – Nałóż smalec gęsi na klatkę piersiową i powoli wsmaruj w skórę. Przykryj pergaminem i owiń ręcznikiem.

Na te „recepty” natychmiast zareagowali lekarze, określając je mianem metod ludowych bez żadnego potwierdzenia naukowego. Smalec nie wykazuje działania terapeutycznego i nie powinien być promowany jako środek leczniczy.

fot.: Wojciech Pędzić / CC BY 4.0



NIEBEZPIECZNE ZASIĘGI I FAŁSZYWA WIARYGÓDNOŚĆ

Choć osoby publiczne powinny mieć świadomość wpływu, jaki wywierają na społeczeństwo – zwłaszcza w tematach związanych ze zdrowiem – często zachowują się skrajnie nieodpowiedzialnie. Wykorzystując swoją pozycję i ogromne zasięgi w mediach społecznościowych, promują kontrowersyjne poglądy, metody leczenia oraz produkty. Nierzadko są to zwykłe fake newsy, niemające nic wspólnego z rzetelną wiedzą.

Tymczasem – jak podkreśla wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej Klaudiusz Komor – wiedza medyczna jest jedna. Zmienia się, ewoluuje, aktualizuje, ale pozostaje oparta na dowodach naukowych. Dla szarlatanerii, niezależnie od formy, nie ma w niej miejsca.

Podobnie jak wiele produktów lansowanych przez celebrytów – ich działanie nie ma podstaw naukowych, a jedynym efektem ich promocji jest zysk dla twórcy. Na szczęście sprawa Dody pokazuje, że czasy całkowitej bezkarności mogą dobiegać końca. Odpowiedzialność prawna za słowa i działania promujące szkodliwe treści staje się realna i potrzebna. ●

PRAKTYKA LEKARSKA

Pozytywne bodźce zamiast traumy. Noworodek też czuje

Na oddziałach intensywnej terapii noworodki doświadczają nawet kilkunastu bolesnych procedur dziennie. O tym, jak dzięki metodzie NIDCAP można minimalizować stres i ból najmłodszych pacjentów, opowiada Adamowi Czerwińskiemu **Anna Dylewska-Domiza**, fizjoterapeutka neonatologiczna z ICZMP w Łodzi.

Słyszałem, że macie w oddziale „znidcapowane” niemowlęta. Co się z nimi dzieje?

Mieliśmy niedawno na naszej neonatologii chłopczyka – Antosia, który jak wszystkie dzieci w naszej klinice był prowadzony zgodnie z procedurami NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment). Jego brat nie potrzebował intensywnej terapii i był w innym oddziale. Kilka dni przed wyjściem postanowiliśmy ich połączyć, żeby rodzice mogli się nauczyć opieki nad dwojgiem dzieci. Chłopcy wylądowali w jednym łóżku i się zaczęło. Bo okazało się, że brat Antka był „nieznidcapowany”. Ten nasz bliźniak od początku zupełnie inaczej się zachowywał. Mimo że przez wady wrodzone jest w gorszym stanie, to znacznie łatwiej się wyciszał. Lepiej regulował swój stan pobudzenia, lepiej spał. Mimo że miał problemy z jedzeniem, to jakoś lepiej tolerował posiłki i później trawienie. A jego brat był wciąż bardzo pobudzony. Nie umiał się wyciszyć. Cały czas bił brata. Oczywiście, nie tak, żeby mu zrobić krzywdę. Po prostu niespokojnie machał rączkami i uderzał nimi bliźniaka.

Może mają różne temperamenty?

Może. A może każdy miał inny start. Bo najpierw byli ze sobą w brzuchu mamy przez 31 tygodni, a później zostali rozdzieleni na sześć tygodni. Dla nich to było całe życie. Przez ten czas mogli mieć zupełnie różne doświadczenia. I to one mogły sprawić, że tak się różnili usposobieniem. Ten nasz bliźniak był

„znidcapowany” i pewnie dlatego lepiej radził sobie ze światem.

Proszę wyjaśnić, o co chodzi z tym NIDCAP-em?

Koncepcja nie jest wcale taka nowa – ma już pół wieku. Powstała w latach 70. XX wieku na Uniwersytecie Harvarda w Stanach Zjednoczonych. Zakłada objęcie noworodka i jego bliskich zindywidualizowaną opieką. Chodzi o szczególnego pacjenta – takiego, który nie wysłe nam innych komunikatów niż behawioralne.

Choć każdego dnia na noworodka w intensywnej terapii czeka kilkanaście bolesnych procedur, pozytywne bodźce mogą sprawić, że jego doświadczenia staną się mniej traumatyczne

Nie powie: „boli mnie tutaj” czy „niewygodnie mi”. Musimy więc bazować na obserwacji jego zachowania, także jego parametrów fizjologicznych. Bo właśnie te parametry pierwsze nam powiedzą, że coś się dzieje. Czasami zmiana koloru skóry jest sygnałem pojawiającym się szybciej niż alarm monitora. Sygnałem może być również sposób, w jaki dziecko się układa. Prosty przykład: położyć próbując ułożyć leżącego na boku

maluszka, a on się cały czas uporczywie odwraca na plecy. To może znaczyć, że dziecko czuje jakieś niedobory oddechowe i, leżąc na plecach i odwodząc ramię, próbuje sobie otworzyć klatkę piersiową. Dlatego to odwracanie nie jest ze strony dziecka złośliwością, ale wiadomością: „Jest mi źle. Próbuję sobie pomóc. Jest mi duszno”. A przecież uczucie duszności wywołuje panikę u każdego – nie tylko u dziecka. To pokazuje, jak istotna z klinicznego punktu widzenia jest uważna obserwacja dzieci. Dzięki uważności możemy wcześniej zareagować na dyskomfort, ból czy inne zagrożenie. Takie podejście na dłuższą metę poprawia wyniki zdrowotne, skraca czas hospitalizacji.

A gdzie w tym rodzice?

Włączanie ich we wszystko to osobna koncepcja, która zakłada, że zajmujemy się nie tylko dzieckiem, ale również jego bliskimi. W warunkach polskich głównie rodzicami, bo mało kto inny ma wstęp na oddział intensywnej terapii. Wejść mogą tylko osoby pełnoletnie, więc czasami pojawia się jakieś starsze rodzeństwo czy dziadkowie, ale głównie są to rodzice. Włączamy ich w codzienną opiekę. I to nie tylko na zasadzie: „możecie państwo zmienić pieluszkę”, ale stawiamy na aktywne uczestnictwo w różnych procedurach wykonywanych przy dziecku.

Uczymy zakładać sondę do karmienia. Rodzice mogą też uczyć się podawania zastrzyków z heparyny, jeżeli dziecko jej potrzebuje przez kilka miesięcy. A jeśli wymaga przeprowadzenia punkcji lędźwiowej czy badania okulistycznego, to prosimy rodzica, by został z nami i wspierał dziecko.

Pamiętam jednego tatę – chłop jak dąb. Kiedy usłyszał, że może być przy punkcji, to na początku tak się skurczył, że zrobił się niższy ode mnie. A później znów urosł. „Byłem przy swojej córce, bardzo jej pomogłem” – cieszył się. I to mimo że punkcja się nie udała. Na udział w kolejnej nie trzeba było go już namawiać. Przyszedł wspierać swoją córeczkę. Taka obecność znacząco poprawia tworzenie się więzi między rodzicem a dzieckiem. Czują też większą odpowiedzialność czy nawet sprawczość. Przestają być obserwatorami, a stają się osobami, które mogą coś dla dziecka zrobić. A im bardziej zaangażowany rodzic, w tym większym komforcie jest dziecko. Bo wystarczy, że mama mówi do maluszka czy tata położy rękę na jego brzuszku, to on inaczej reaguje na docierające bodźce. Nawet na procedury potencjalnie dosyć bolesne, jak nakłucie żyły czy założenie sondy do żołądka przez nos. To są bardzo nieprzyjemne zabiegi, zwłaszcza dla dziecka, które doświadcza ich czasami wielokrotnie w ciągu jednego dnia. Więc przeładowanie takimi negatywnymi, potencjalnie bolesnymi bodźcami tworzy coś, co kolokwialnie można nazwać czarną chmurą. Zderza się ona z rozwijającym się mózgiem dziecka, który na to zderzenie nie jest przygotowany i biologicznie nie oczekuje takich bodźców na tym etapie, a dostaje ich całą masę, bo musimy ratować mały organizm.

Paradoks nowoczesnej medycyny: można skutecznie leczyć pacjentów w coraz cięższym stanie, ale przy okazji wyrządza się im krzywdę.

Trochę tak jest, że zachłystujemy się technologią, a zapominamy o elementarnych ludzkich potrzebach. A przecież pacjent na neonatologii to czyjś syn czy córka. Człowiek, którego kiedyś będziemy musieli wypisać ze szpitala i który dalej będzie szedł przez życie. Pójdzie do szkoły, będzie nastolatkiem, w końcu dorosłym. NIDCAP jest o tym, żeby za takim człowiekiem, który na początku życia ma poważne problemy zdrowotne, nie ciągnęła się trauma. Bo dziś wiemy, że intensywne leczenie małych dzieci



fot.: archiwum prywatne

powoduje, że one już jako dorośli mają ogromne zaburzenia w sferze emocjonalnej, poznawczej, zaburzenia koncentracji uwagi, ADHD.

Tylko dlatego że byli w szpitalu na intensywnej terapii?

Tak. I również dlatego że nie otrzymywały adekwatnych rozwojowo bodźców w tym niezwykle istotnym okresie. Według niektórych źródeł pierwsze tysiąc dni może decydować o życiu człowieka. A mówimy o ludziach, którzy już od pierwszego dnia są narażeni na niewyobrażalne stresy. Bo płód w łonie matki nie oczekuje, że będzie atakowany igłami, rurkami i innymi narzędziami. Spodziewa się, że jak już się urodzi, po prostu będzie na mamie. Przecież jesteśmy takim rodzajem ssaka, który swoje młode nosi. Nie jesteśmy jak żyrafa czy koń, że od razu młode musi wstać. Mały organizm oczekuje więc, że będzie na mamie, będzie mu miło, ciepło, wokół będą znajome zapachy, głosy, te znane z życia płodowego, i że będzie miłutko skulony. Mama też powinna być zrelaksowana, a nie zamartwiać się, że dostaje do kangurowania swoje dziecko, ale z rurką czy kroplówką. I jeszcze zadrećtać się pytaniami: czy będzie dobrze, kiedy my wyjdziemy do domu?

Przecież nie ma takiej intensywnej terapii, na której można odebrać cały stres pacjentom i ich bliskim.

◀ **Anna Dylewska-Domiza:**
U nas każde dziecko ma swoją położną

Oczywiście, że nie. Żeby dziecko uratować, będzie trzeba przejść przez wszystkie bolesne i stresujące procedury. Ale można to zrobić tak, by próbować się zbliżyć do warunków optymalnych. I mamy dowody na to, że to działa. W mikroskali naszego oddziału cały czas udowadniamy, że obecność i uczestnictwo rodzica w tej procedurze bólowej znacząco zmienia jej postrzeganie przez dziecko. Weźmy badanie okulistyczne, czyli coś, co jest, przynajmniej wizualnie, jedną z najbardziej traumatycznych procedur w neonatologii, bo się wiąże z założeniem metalowej rozwórki do oka. Dziecko nie może go zamknąć, a lekarz manipuluje wzornikiem wokół gałki ocznej. Nawet jak się na to patrzy z boku, to już boli. A co dopiero jak się tego doświadcza. Oczywiście, dziecko bólu nie czuje, bo oko jest znieczulone, ale odruchu, żeby zamknąć oko, nie da się wyłączyć. Do tego głowa musi być unieruchomiona, więc stres jest ogromny. Ale w momencie, kiedy to dziecko dostaje kropelkę mleka matki do buzi, mama przy nim jest, trzyma je za rękę, mówi albo śpiewa i jeszcze przytula bezpośrednio przed badaniem i po nim, to odczucia dziecka są zupełnie inne w porównaniu do tego, kiedy pacjent po prostu sobie leży w inkubatorze, ma zakropione oczy, przychodzi lekarz i zaczyna badanie wyjącego z przerażenia człowieka. W końcu przestaje płakać. Może dlatego, że kończy się ból i stres, a może dlatego, że się odcina, przestaje walczyć, po prostu wyłącza.

Podobno na intensywnej terapii noworodka takich „bólowych” procedur na jednego pacjenta w ciągu doby przypada aż 14.

14 to jest statystycznie minimum. Dużo za dużo. I jeżeli za tym nie pójdzie jakiś bodziec przyjemny, jak np. mleko matki czy choćby jakaś pieluszka z jej zapachem, nawet nagrany jej głos, to tego małego człowieka dopada czarna chmura, o której już mówiłam. Ale



fot.: archiwum prywatne

jeżeli jakiegokolwiek przyjemne bodźce zostaną dołożone do bodźca bólowego, to jesteśmy w stanie złe odczucia zminimalizować. Dlatego jeśli uda się ilościowo i jakościowo dziecko, że tak powiem, przeładować pozytywnymi bodźcami, tak żeby te negatywne stanowiły tylko małą część, chmura się oddala.

Żeby nie wracała, trzeba jeszcze dać dziecku odpocząć.

Tak, żeby nie zaczynać kolejnych bolesnych procedur natychmiast, gdy uda się uspokoić dziecko po poprzedniej. Bo są takie naleciałości z lat minionych, że „ja teraz muszę zbadać pacjenta”. Przecież jeśli maluch śpi, można do niego wrócić za godzinę. Widać, czy dzieje się z nim coś, co wymaga np. obmacywania brzuszka albo badania USG. Zasady NIDCAP zawieszamy tylko na czas reanimacji.

Ale jak to zrobić w oddziale szpitalnym, gdzie każdemu się spieszy i wszyscy muszą coś „na cito”?

U nas każde dziecko ma swoją położną. Jest z nim na sali przez cały dyżur, na tej samej sali przez cały miesiąc. Podkreślam: jest, a nie wpada. Dzięki temu ona je zna, wie, jak reaguje, i jest jego rzeczniką.

I naprawdę położna powie lekarzowi: chwila, ale teraz mój pacjent śpi, więc proszę go nie budzić?

Już tak. Wiem, że to może być trudne, ale nasi lekarze są dosyć otwarci na taką koncepcję. I to naprawdę działa. Koleżanki mówią lekarzom, przyjdę po was, jak pacjent się obudzi. Sama dziś

zajmowałam się dzieckiem, które przeszło nieprzyjemne badanie. Zanim wyszłam na rozmowę z panem, nakleiłam na nim plasterk z napisem „Nie dotykać”. I dobrze zrobiłam, bo w drzwiach minęłam panią doktor z USG. Umówiliśmy się, że położna da znać, jak chłopiec zacznie się ruszać.

Wiem, że kiedyś by to nie przeszło, ale mamy już inne czasy. W naszym szpitalu mamy 120 osób przeszkolonych z NIDCAP-u i już działa efekt skali. Im więcej położnych czy lekarzy wprowadza w swojej praktyce takie zmiany, tym więcej tych nie do końca przekonanych zaczyna myśleć, no może spróbują, co im szkodzi. I szybko przekonują się, że to się po prostu opłaca. Bo nawet jak te najmniej przekonane pielęgniarki widzą, że dziecko „znidcapowane” jest spokojne trzy godziny i nie trzeba do niego bez przerwy podchodzić, to wyciągają wnioski. Bo z „nieznidcapowanymi” cały czas jest robota. Trzeba im często wyłączać alarmy, bo dziecko się kręci, saturacja spada, tętno rośnie. A obok smacznie śpi utulony i uspokojony maluch.

A jak się sprawdza NIDCAP, gdy dziecko umiera?

Intensywna terapia noworodka to nie są tylko śpioszki, kocyki i inkubatory. Niestety, mamy takie przypadki. Pracujemy jak z pozostałymi dziećmi, prowadzimy je w rozwoju, a jak przychodzi czas,

◀ *Bliskość i dotyk potrafią złagodzić stres nawet podczas intensywnej terapii*

żegnamy się z nim na oddziale. Ale robimy to tak, żeby umierało w rękach kochającej mamy, cały czas przytulone. Rodzice mogą sobie później dziecko umyć i ubrać. Podkreślam, mogą, a nie muszą. Bo nie wszyscy są w stanie to znieść.

Brzmi tak pięknie, że marzą mi się podobne koncepcje u starszych pacjentów.

Pewnie. Opieka zorientowana na pacjenta powinna dotyczyć całej medycyny. Wiem, zaraz niektórzy powiedzą, że u starszych pacjentów tak się nie da, bo rodziny są roszczeniowe i wejdą na głowę. Ale może spojrzmy na to z innej perspektywy. Ci ludzie są w stresie, w szoku i muszą go jakoś odreagować. Czasami nam też się niesłusznie obrywa. Staramy nie brać tego do siebie. Ale może warto spojrzeć na pacjenta tak, jak my na noworodka. Najpierw oddech. Patrzymy, czy jest regularny. To podstawowa sprawa. Dalej zabarwienie skóry. 10 sekund i wiadomo, czy pacjent jest w komforcie. Czasami, żeby mu ulżyć, wystarczy zmiana pozycji. Dzidziusiowi zostawiamy pieluszkę pachnącą mamą. Dlaczego starszej pani zamiast szpitalnego prześcieradła nie zaproponować ulubionego koca? A może jej przeskadza to, że włosy ma nie tak ułożone, jakby chciała. Można jej córkę poprosić, by je poprawiła. Wiem, że łatwo mówić, bo w całym leczeniu, nie tylko w neonatologii, zawsze jest ten sam problem: jest za mało personelu. I wydaje się, że na wszystko brakuje czasu. Tylko że u nas wcale nie ma więcej pracowników niż w innych oddziałach i nam wychodzi. Chyba więc warto próbować. ●

Instytut „Centrum Zdrowia Matki Polki” jest w trakcie szkoleń, dzięki którym będzie pierwszym w Polsce ośrodkiem referencyjnym ds. opieki neurorozwojowej. Już teraz prowadzi kursy dla personelu medycznego. Zainteresowani szkoleniami NIDCAP mogą się kontaktować na mail: nidcap@iczm.edu.pl

Lekarz. Cztery typy, jeden fartuch

Zamiast klasycznych podziałów na specjalizacje, tym razem spojrzenie przez soczewkę postaw: kto zarabia, kto się wypala, kto szuka sensu, a kto poklasku? Felietonowa typologia lekarzy w oparciu o dwie osie – finansową zaradność i nastawienie na pacjenta – może być początkiem ciekawej autorefleksji.

W dyskursie społecznym lekarze bywają chciwi, wspaniali, bogaci, nieuważni wobec pacjenta, zmęczeni, genialni, serdeczni albo opryskliwi. Czyli jacy? Punkt widzenia zwykle zależy od punktu siedzenia, a jak wiadomo, złe wieści i opinie rozchodzą się szybciej.

Aby jednak nie wrzucać wszystkich do jednego worka, warto sięgnąć po segmentację – taką, jaką stosuje się nie tylko w nauce, ale i w psychologii czy marketingu. Najstarsza typologia osobowości przypisywana Hipokratesowi dzieli ludzi na sangwiników, choleryków, flegmatyków i melancholików. Obecnie popularne są podziały według kolorów – dzielimy ludzi na zielonych, niebieskich, czerwonych i żółtych (lub pomarańczowych) w zależności od tego, czy skupiają się na relacjach, czy zadaniach oraz czy są ekstrawertykami, czy introwertykami.

A gdyby tak spojrzeć na lekarzy przez pryzmat dwóch innych osi: sprawności w zarabianiu pieniędzy i nastawienia – na pacjenta lub na siebie? Powstałaby nam czteropolowa macierz, którą – z przymrużeniem oka – można opisać tak: doktor VIP, synkowie mamusi, armia przyszłych wypalonych oraz „Ja, Doktor”.

SYNKOWIE MAMUSI

To kategoria, która u zwierząt występuje tylko w bardzo młodym wieku – wtedy, gdy głośno domagają się jedzenia, ale nie są w stanie go sobie zapewnić. W świecie ludzi to jednostki tak skoncentrowane na sobie, że nie zauważają, iż niczego nie ogarniają. Potrzebują klasków, głasków, uznania, współczucia – i mają trudności z odnalezieniem się w otaczającym świecie. Można by pomyśleć, że to młodzi,

ANNA GOŁĘBICKA,
EKONOMISTKA, STRATEG
KOMUNIKACJI I ZARZĄDZANIA



których mama chwaliła za każdy rysunek i wozila do szkoły – ale nie tylko ich mam na myśli. To trudna kategoria, która budzi jednocześnie litość i złość kolegów.

„JA, DOKTOR”

Z tej samej strefy skupienia na sobie, ale znacznie bardziej operatywni. To lekarze, którzy – niczym Klaudiusz – mówią „Ja, Cezar”, „Ja, Doktor”, „Ja, Lekarka”. Potrafią zarabiać pieniądze i robią to skutecznie. Czasem są naprawdę kompetentni, ale nadmierny awans społeczny lub inne deficyty każą im się tym nieustannie chwalić. To tacy „biskupi ochrony zdrowia” – z wyniosłością odziedziczoną po przodkach lub nabytą w drodze do statusu. W tej kategorii warto dodać jeszcze jedną oś – profesjonalizmu. Jeśli lekarz jest fachowcem, ale się „sadzi” – trudno, można to znieść. Ale jeśli ledwie skończył studia i rozpycha się tylko dlatego, że „tak ma” – to już naprawdę słabe. Dla wszystkich.

ARMIA WYPALONYCH

To lekarze nastawieni na pacjenta, ale zupełnie niezaradni finansowo. Dla

wielu – frajerzy. A jednak to właśnie dzięki nim system jeszcze jakoś działa. Pracują ponad siły, nie umieją lub nie mają czasu zadbać o siebie. Kiedy inni już jadą na kolejny dyżur, oni wciąż są w szpitalu. Kiedyś mówiło się na takich: doktor Judym. Dziś nie wiem, czy to jeszcze adekwatne. Lekarze i lekarki z tej grupy kończą poradnię razem z paniami sprzątającymi – bo pielęgniarki już dawno wyszły, przypominając przy okazji, że ich czas pracy skończył się np. o 15:00. Oni zostają – za darmo. Mają szacunek pacjentów, ale nie tak duży, jak powinni. Bo w naszych czasach: jeśli sam się nie szanujesz, nikt cię nie będzie szanował.

VIP

To lekarze, którzy łączą nastawienie na pacjenta z finansową zaradnością. Wiedzą, jak negocjować kontrakt, znają swoją wartość – i naprawdę robią to, co robią, dobrze. Pracują bez frustracji, mają satysfakcję i autorytet. Pacjenci są gotowi zapłacić za ich czas, bo widzą w tym realną wartość. Lekarze tych czasów?

A ty jakim lekarzem jesteś? ●

PRAKTYKA LEKARSKA

Wpuść muzyka do szpitala

BEATA HERMAN

Nawet nieskomplikowane dziecięce melodie grane na prostych instrumentach są w stanie obniżyć poziom lęku, złagodzić ból i przyspieszyć rehabilitację po operacji.

Wiele lat temu odwiedzałam w szpitalu tatę będącego po operacji kardiologicznej i przyglądałam się pacjentom dmuchającym przez rurkę w napełnione wodą butelki. Wiedziałam, po co to robią, i zastanawiałam się, o ile byłoby im przyjemniej dmuchać np. w flet lub melodykę. Mój tata nie chodził z butelką, ale po dwóch tygodniach mimo podeszłego wieku został wypisany jako chyba najzdrowszy pacjent kardiochirurgii. Śpiewał w trzech chórach, a ponad pół wieku głębokich oddechów (został chórzystą w wieku 14 lat) pomogło mu w błyskawicznej rehabilitacji.

Dlatego gdy trafiłam do Warszawskiego Centrum Opieki Medycznej „Kopernik”, zaczęłam od kursu emisji głosu dla pracowników. Szybko się zorientowałam, że trafiłam do szczególnego szpitala: tu od dawna odwiedzał dzieci duży biały pudel Morka, czytali im bajki wolontariusze z „Zaczytanych”, a Dr Clown zachęcał do coraz to nowych zabaw na poprawę humoru. Ja też dorzuciłam trzy grosze muzyczne – dzieci ze szkół muzycznych, których koncerty zajmowały czas spędzany na oddziale chirurgii, odrywały oczy od ekranów telefonów, a co najważniejsze – odwracały uwagę od lęku przed operacją i bólu po niej.

DŹWIĘKI RADOŚCI

Zaproponowałam, że poprowadzę ćwiczenia oddechowe z użyciem fletu prostego. Dostałam zielone światło i fundusze na „instrumenty”. Nie przypuszczałam wtedy jeszcze (ja – muzyk, dyrygent), że przeczytane historie o hipnotycznym działaniu muzyki mogą być całkowicie prawdziwe, a wymyślony przez mnie program „W Koperniku na

fleciku” będzie potwierdzeniem teorii bramkowania bodźców.

Zaczęłam ćwiczenie z dziećmi na zakupionych za grosze plastikowych fujarkach. Najpierw trzeba było sprawdzić, jak nasze instrumenty zniosą wizytę w sterylizatorni i dezynfekcję. Dały radę. Choć miały bardzo kiepską jakość, to radość, jaką powodowały, wydając dźwięki, była od razu

Muzyka w szpitalu nie musi być luksusem ani jedynie miłym dodatkiem – może i powinna stać się realną częścią terapii, wspierając leczenie, rehabilitację i psychikę pacjentów

widoczna w podskokach jeszcze ledwo stojących maluchów. Trzymając się szczebelków łóžeczek, najchętniej wyskoczyłyby z nich, żeby dopaść instrument, na którym grała mama. I ten radosny śmiech na oddziale chirurgii, tak oczekiwany, tak potrzebny...

Prowadziłam ćwiczenia sama z kilorgiem dzieci przebywających na sali naraz. Flet ma te zalety, że można na nim grać w każdej pozycji – nawet do góry nogami. Najpierw głębokie wdechy i wydechy, później z głoskami, potem z ćwiczeniem języka, zanim układając place lewej rączki, uda nam się zagrać ładne gl. Och, jedna rączka w gipsie! To nic: mama pożyczyc swoją. Brakuje zdolnych do działania paluszków? Tata

zakrywa dziurki, a dziecko dmucha w ustnik. Cała rodzina ma zabawę. I melodia „Wyszły w pole kurki trzy” gotowa.

No, może nie tak szybko, ale za to jak ogromna radość i satysfakcja, że udało nam się zagrać znany chyba na całym świecie prawdziwy utwór (w końcu nawet Mozart napisał wariacje fortepianowe na temat tej dziecięcej piosenki). A jeśli wszyscy już bezbłędnie grają to, co jest zapisane na kolorowej kartce z nutkami, to można się nawet pokusić o orkiestrę dętą: dzieci grają główną melodię, a ja dodaję drugi głos.

FLET REHABILITACYJNY

Zajęcia 1 na 1 zajmują dużo czasu. Na ćwiczenia w 4-osobowej sali potrzebuję minimum 45 minut, żeby osiągnąć zamierzony cel – opowiedzieć, dlaczego to robię, jak jest zbudowany flet, jakie korzyści dla rozwoju mózgu i motoryki dzieci płyną z gry na nim i jak to działa na dziecięcą psychikę. Dopiero potem ćwiczymy oddychanie i gramy do uzyskania oczekiwanej melodii. Przełomem w moim programie był kontakt jednej z firm, która szukała pomysłu na integrację swoich pracowników w ramach wolontariatu. W konkursie wygrał mój projekt. W szpitalu pojawiła się grupa farmaceutek, które po dwóch spotkaniach szkoleniowych zupełnie nieźle radziły sobie z instrumentem. Tempo pracy wzrosło diametralnie. Z indywidualnymi muzycznymi opiekunkami dawałyśmy radę w jedno popołudnie dotrzeć do wszystkich dzieci na oddziale.



◀ *Dzieci niekiedy intuicyjnie chcą grać, jakby czuły, że muzyka pomoże im przetrwać trudne chwile*

Oprócz personalnej pomocy otrzymaliśmy od firmy markowe, kolorowe, pięknie grające flety sopranowe. Te, które mieliśmy wcześniej, w porównaniu z nowymi raczej świstały, niż grały. I wcale mnie nie dziwi, że często dzieci proszą o pozostawienie im muzycznego „przysługę rehabilitacyjnego”. Zdarza się, że zapominają o oddaniu ich paniom pielęgniarkom przy wypisie. Nas to nie martwi, bo mamy nadzieję, że po powrocie do domu spróbują same wydobyć na nich co jakiś czas chociaż kilka dźwięków, biorąc przy tym głęboki wdech.

Przy okazji odkrywam wiele wyjątkowo uzdolnionych dzieci. Rodzicom często nawet nie przychodzi do głowy, że ich pociecha ma zadatki na wybitnego muzyka. Jak to możliwe? Cóż, jeśli sami nie mają wykształcenia muzycznego – nie zwracają uwagi na błędną intonację, precyzyjną rytmikę i intuicyjną, ładną dynamikę piosenki śpiewanej przez syna lub córkę. Szkoda. To jest część mojego zadania, której się spodziewałam.

GRA LEKIEM NA BÓL

Pewnego razu weszłam do sali, w której oczekiwał na operację przytulony do swojej mamy chłopiec z szybkim, płytkim oddechem. Mama poinformowała mnie, że to z powodu skłonności

astmatycznych. Namówiłam go do ćwiczeń oddechowych, a potem zainteresowałam fletem. Jeszcze nie skończyliśmy nauki pierwszej pięciolinii, a już oddech chłopca wyrównał się i spokojnie zagrał wartości równych ćwierćnot piosenki. Korekta krycia „dziurek” w instrumencie, próba zagrania jak największej liczby taktów na jednym oddechu i podśpiewywanie piosenki pozbawiło go, przynajmniej na czas mojej obecności, nerwowej zadyszki. I jak takiemu dziecku nie zostawić fletu?

Dzieci niekiedy intuicyjnie chcą grać, jakby czuły, że muzyka pomoże im przetrwać trudne chwile. Tak jak dziewczynka po zabiegu, której mama, widząc mnie, z góry orzekła: „Nie, nie, ona się nie nadaje do grania. Jest po operacji”. Mała pacjentka sama zdecydowała: „Poproszę o flet”.

Całkowicie jednak zaskakujące dla mnie było odkrycie, do jakiego stopnia muzyka jest w stanie odwrócić uwagę dzieci od fizycznych dolegliwości, gdy któregoś dnia odwiedziłam małą dziewczynkę po operacji obu stawów biodrowych. Unieruchomiona gipsem w półleżącej pozycji, z małą elektroniczną zabawką w rękach, raczej krzyczała,

niż płakała. Siedząca na krześle obok mama próbowała zająć córeczkę czytaniem książki, ale bez widocznego efektu. Gdy zaczęłam grać na flecie, dziewczynka umilkła do wybrzmienia ostatniej nuty, po której znów przeszła w głośne zawodzenie. Ponownie zagrałam – tym razem melodię z „dobranoczek”, a dziecko znowu przestało płakać i się zaszuchało. Wiedziałam, że nie mogę spędzić całego wieczoru u jednego pacjenta. Na szczęście okazało się, że mama grała na flecie w szkole podstawowej. Po przyspieszonej lekcji przypomnienia techniki fletowej zostawiłam mamie instrument z prośbą o oddanie paniom w dyżurce, gdy mała zaśnie. W sąsiednich salach dziękowano mi za uspokojenie biedaczki.

Czasem rodzice pytają mnie, dlaczego w szkole nikt nie powiedział im o zbawiennym działaniu śpiewu i grania na flecie (a można na nim nawet ćwiczyć różnice intonacyjne w przeciwieństwie do używanych w szkołach metalowych sztabek, nie wiedzieć czemu zwanych cymbałkami) na rozwój intelektualny oraz zdrowie psychiczne i fizyczne ich dzieci. Pewnie dlatego że często nawet nauczyciele nie wiedzą, jak to się dzieje, a muzyka z kolei uważają, że to oczywiste, więc o czym tu mówić. Wygląda na to, że szpital jest najlepszym miejscem, gdzie taką wiedzę można i powinno się szerzyć. Czyje słowa jak nie autorytetów ochrony zdrowia najszybciej trafią do przekonania rodziców, że gra na flecie to nie tylko muzyka, ale „samo zdrowie”.

A jeśli jeszcze znajdują się pomocnicy, którzy w tym informowaniu nas wesprą – będziemy szerzyć i zdrowie, i radość. Więc wpuście muzykę do szpitala. ●

Autorka jest dyrygentką Chóru i Orkiestry „Medicantus” Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie

WYWIAD LEKAR(S)KI

Wszystko jest po coś

O sile kobiecości, cenie macierzyństwa, zderzeniu ideałów z systemem i powrocie do zawodu po latach przerwy z **Sylwią Jeż** – mamą ośmiorga dzieci, certyfikowaną doradczynią laktacyjną i lekarką z pasją – rozmawia Maria Kłosińska.

Sierpień to miesiąc promocji karmienia piersią. Jesteś nie tylko lekarką z Dolnośląskiej Izby Lekarskiej z zamiłowaniem do dzielenia się wiedzą w zakresie laktacji, ale też mamą ośmiorga dzieci i babcią z ogromnym doświadczeniem życiowym i zawodowym.

Od razu muszę sprostować – pochodzę z rodziny warszawskiej od kilku pokoleń. Dokładnie dziesięć lat temu przeniosłam się do Wrocławia. Tam też dziś mieszkam, pracuję i należę do Dolnośląskiej Izby Lekarskiej.

A jakbyś miała jednym zdaniem powiedzieć, kim jesteś?

Czuję się bardzo bogato obdarowana przez życie tyloma doświadczeniami, że nie mogę tego zatrzymać dla siebie. Mam wewnętrzny przymus, by się tym dzielić, z nadzieją, że to komuś pomoże.

Podziel się więc, proszę. Od czego wszystko się zaczęło?

Decyzja o studiach medycznych była nietypowa, bo w rodzinie nie było lekarzy. Jestem córką inżynierów. Ale od dziecka czułam, że chcę być dla drugiego człowieka. Tuż przed majową maturą podjęłam decyzję, że idę na medycynę. Bez kursów, korepetycji. Dostałam się. I chociaż początkowo czułam się trochę obco, później, gdy zaczęły się zajęcia praktyczne, bardzo się wciągnęłam. Szczególnie zafascynowały mnie położnictwo i tematyka okołoporodowa.

I rzeczywiście, to zagadnienie przewija się przez całe Twoje życie.

Myślę, że właśnie dzięki tej wiedzy i doświadczeniu zdobytemu w kole naukowym miałam odwagę, żeby marzyć o dużej rodzinie. Wysłałam za mąż jeszcze na studiach, a w trakcie stażu podyplomowego urodziłam syna, potem córkę. I wtedy przyszła konfrontacja: jak pogodzić bycie mamą małych

dzieci i zawód lekarza. Było bardzo trudno. Żeby zrobić specjalizację, trzeba było mieć etat albo robić to w ramach wolontariatu. A my mogliśmy liczyć tylko na siebie. Zrezygnowałam z pracy, bo mąż mógł nas utrzymać. Przez wiele lat żyliśmy w takim modelu.

Wychowałaś kolejne pokolenie dzieci, które staną się mężami i żonami. I pewnie dopiero teraz, jako babcia, wyrażniej widzisz sens tych wszystkich wyborów, tego, co się działo i co jest owocem dylematów, przed którymi stałaś?

Jako babcia mogę powiedzieć, że to czysty zysk. Wtedy, kiedy było naprawdę ciężko, towarzyszyło mi jedno pragnienie: żeby dobrze wychować dzieci, żeby przekazać im wartości, które sama dostałam. Czasem czułam się niedoceniona, niewidoczna. Ale wiedziałam, że to, co robie, ma sens. Wychowuję przyszłych obywateli, Polaków, ludzi. Zarażam ich wartościami, uczę empatii, odpowiedzialności. To była i jest moja misja.

W tamtych czasach nie było 800+. Nie miałaś umowy, nie byłaś na urlopie macierzyńskim, nie zarabiałaś.

Tak. To wszystko było wtedy poza systemem. Nie mogłam podjąć specjalizacji, bo nie mieliśmy środków na opiekunkę, nie mogliśmy liczyć na pomoc rodziny. A potem pojawiło się trzecie dziecko i podjęłam próbę powrotu do zawodu. Założyłam firmę, zaczęłam udzielać porad w tym, w czym byłam najlepsza, a moja wiedza była bardziej aktualna niż część zaleceń, które sama słyszałam w gabinetach. Ale firmę „zjadł” ZUS. Nie było mnie stać, by to pociągnąć dalej – znów

wszystko się rozbijało o opiekę nad dziećmi i finanse.

I wtedy nadeszła ta największa próba – ósme dziecko.

Tak. Kuba urodził się z zespołem Downa. I wywrócił nasz świat do góry nogami. Najstarsze dzieci w okresie buntu, kredyt na dom, brak pomocy systemowej. Przyszła depresja dla mnie i mojego męża. Dno. Ale to dno stało się odbiciem. Spotkałam wtedy Magdę Nehring-Gugulską, szefową Centrum Nauki o Laktacji. Spytała mnie: „Sylwia, co ty tu robisz? Przecież wykarmiłaś ośmiorka, jesteś lekarzem!”.

Zdaje się, że to było nie tylko zawodowe, ale i osobiste przebudzenie?

Musiałam najpierw odnowić prawo wykonywania zawodu, co wiązało się ze stażem adaptacyjnym. Znowu wolontariat, znowu ogromny wysiłek całej rodziny. Ale zrobiłam to. I jeszcze więcej, bo zdobyłam polski CDL (certyfikat doradcy laktacyjnego) i międzynarodowy IBCLC. Ten drugi jest bardzo wymagający, co pięć lat trzeba odnawiać wiedzę, znać najnowsze badania. To nie jest formalność, a prawdziwe zobowiązanie.

Jak zmieniło się podejście do karmienia piersią?

Ogromnie. Kiedy karmiłam pierwsze dzieci, czułam się jak kosmitka. W szpitalu, gdzie odbywałam staż podyplomowy, słyszałam, że sześciomiesięczne dziecko już nie powinno być karmione piersią. W książeczkach zdrowia były zalecenia dotyczące butelek i marchwianki od czwartego miesiąca życia. Ale ja już wtedy miałam inną wiedzę, także dzięki

kołu naukowemu, dzięki własnemu doświadczeniu.

I spotkałaś kogoś, kto Cię w tym wsparł?

To była położna w szpitalu na Żelaznej, pierwsza noc porodu. Zapytała: „A potem będziemy karmić, prawda?”. Odpowiedziałam, że mam nadzieję. A ona: „Dlaczego nie?”. To jedno zdanie zapadło mi w pamięć tak głęboko, że szłam z karmieniem jak czołg – mimo trudności. Dziś, kiedy wspieram matki, widzę, że to, co najważniejsze, to wesprzeć kobietę.

Ale dziś mamy szum informacyjny.

Kiedyś kobieta nie rodziła sama, miała wsparcie. Dziś mama wychodzi ze szpitala i często zostaje sama. Albo zalewają ją rady z internetu, i to czasem od osób bez wiedzy, bez doświadczenia. Mnie się to wszystko połączyło z misją. Po latach słuchania nieaktualnych zaleceń wiedziałam, że muszę zdobyć certyfikowaną wiedzę, żeby móc edukować innych. I robię to: uczę personel medyczny, rodziców, aktualizuję wiedzę.

Na przykład o lekach – to wciąż temat pełen mitów.

Tak. W ulotkach często jest napisane „nie stosować podczas karmienia”. Ale skąd lekarz ma wiedzieć, skoro na studiach miał trzy linijki o karmieniu piersią? Chcę, by każdy miał dostęp do rzetelnej informacji.

Z jednej strony mamy promocję mieszanek, z drugiej – nie promuje się naturalnego karmienia.

Tak. Dziecko z butelką jest standardem, pierś – gorsząca. Reklamy firm mieszanekowych są wszędzie: aplikacje, gadżety, „aniołowie stróże”. A szkolenia medyczne? Często sponsorowane przez te same firmy. A mleko matki to żywa tkanka, zawierająca mikroRNA, wpływające na geny dziecka. To wiedza na poziomie Nagród Nobla. I my to bagatelizujemy.

A jak rozumiesz profesjonalizm w swojej pracy?

Nie jestem od „laktoterroru”. Dajemy wiedzę, a mama podejmuje świadomy wybór. Mówimy jasno: jeśli karmisz piersią, będzie taki efekt; jeśli butelką – inny; a jeśli sposobem mieszanym – jeszcze inny. Pomogę przy każdej z tych dróg, bo karmienie butelką też wymaga wiedzy: jak karmić, żeby dziecko się nie krztusiło, nie miało kolek, jak dobrać butelkę. To jest moją misją.

► Sylwia Jeż
(po prawej)
z Marią Kłosińską
– rozmawiają
o trudnościach,
które kształtują,
i o wartościach,
które nie
przemijają



foto: A. Boguski

Jako konsultantka usłyszałam, że jestem „znachorką od cyców”. A tymczasem w Europie odbywają się co najmniej trzy duże konferencje o karmieniu piersią, składzie mleka, bankach mleka. Rok temu Nagroda Nobla dotyczyła badań mikroRNA, a my jako badacze pokarmu ludzkiego wiemy, że te cząstki występują w mleku ludzkim i dynamicznie monitorują konkretne miejsca w genomie – czy je uaktywnić, czy wyciszyć w danej sytuacji dziecka w odniesieniu do porodu, jaki przeszła matka. To znak, że pokarm matki to żywa tkanka, znacznie różniąca się od mieszanek. Mieszanek jest formą zastępczą, ale nigdy nie równa się z żywą tkanką. Chcę, żeby lekarze i specjaliści to rozumieli i szanowali. To nie kwestia przekonań, tylko wiedzy.

Wiedza o karmieniu poszła do przodu.

Tak. To jest kwestia wsparcia, a nie biologicznych ograniczeń. Kluczowe jest, żeby kobieta trafiła na kogoś, kto jej nie powie: „Nie da się”, tylko: „Spróbujemy, to możliwe”. I to zmienia wszystko.

Czego nauczyło Cię życie, czego nie ma w podręcznikach?

Że wszystko się przeplata. Dzieci nauczyły mnie cierpliwości, elastyczności, planowania. Tego doświadczenia nie da się przecenić. Dzięki niemu lepiej rozumiem pacjentki. I nie żałuję przerwy – dziś wracam z aktualną wiedzą, nie tą

sprzed 20 lat. To, gdzie jestem, udało się dzięki zaangażowaniu mojego męża. Bez jego pomocy i wsparcia nie byłoby mnie tutaj. Jestem lekarką, ale przede wszystkim kobietą, żoną, mamą, babcią.

Pięknie to powiedziałaś – to szczęście, które nie jest emocją chwili, tylko stanem i składa się z różnych składowych. Radość czujemy nie wtedy, kiedy przeglądamy po kryjomu Facebooka, tylko kiedy dzielimy ją z innymi.

Mogę powiedzieć: jestem szczęśliwa. I nie rozumiem szczęścia jako ulotnej emocji. Dla mnie to stan, który powstaje z poczucia celu, satysfakcji i tej właśnie radości, o której mówisz – głębokiej, prawdziwej. Były momenty trudne, gdy potykałam się, przewracałam, bywało ciemno, czasem wydawało się, że ktoś nadepnął mi na gardło. Ale... jestem szczęśliwa. Dzięki dystansowi widzę, że wiele spraw, które wydawały się przygodkowe, ma sens. To obietnica: „wszystko jest po coś”. Nieważne, co się wydarzyło. Wszystko jest elementem trudnej układanki. A sekret tkwi w tym, co z tym zrobimy. Możemy się poddać lub się odbić. Ja wybrałam to drugie. ●



◀ Cała rozmowa
do obejrzenia
w serwisie YouTube

NOWE TECHNOLOGIE

Więcej niż fantazja: rozszerzona i wirtualna rzeczywistość w medycynie

KRZYSZTOF JAKUBIK
DZIENNIKARZ

Technologie VR i AR przestały być futurystyczną ciekawostką. Są realnym wsparciem codziennej pracy lekarzy, terapeutów, diagnostów i nauczycieli. Rozwiązania zintegrowane z systemami obrazowania i planowania zabiegów oferują zupełnie nową jakość opieki nad pacjentem.

Rzeczywistość rozszerzona (Augmented Reality, AR) to technologia umożliwiająca nałożenie cyfrowych informacji – takich jak dane telemetryczne, modele 3D, wizualizacje anatomiczne lub instrukcje – na obraz świata rzeczywistego rejestrowany przez kamerę urządzenia mobilnego, tablet, gogle AR lub okulary typu smart glasses. Dzięki temu lekarz może jednocześnie obserwować ciało pacjenta i dane diagnostyczne, np. projekcję naczyń krwionośnych czy lokalizację guza.

Kluczowym aspektem AR jest ścisła synchronizacja między rzeczywistym środowiskiem a wirtualnymi warstwami, osiągnięta dzięki zestawowi czujników (akcelerometry, żyroskopy, magnetometry), kamer śledzących otoczenie i technologii SLAM (Simultaneous Localization and Mapping), która w czasie rzeczywistym mapuje przestrzeń i lokalizuje użytkownika.

Systemy AR często wykorzystują mechanizmy generujące obraz w czasie rzeczywistym (np. Unity, Unreal Engine), które muszą precyzyjnie dopasować geometrię i skalę obiektów cyfrowych do tego, co rzeczywiście widzimy. Do wyświetlania obrazu wykorzystywane są różne technologie – od przezroczystych wyświetlaczy optycznych (optical see-through) po ekrany półprzezroczyste (video see-through), wymagające precyzyjnej kalibracji optyki i kamery.

Rzeczywistość wirtualna (Virtual Reality, VR) to z kolei środowisko całkowicie generowane komputerowo, w którym użytkownik staje się „odcięty” od świata fizycznego. Kluczowym elementem VR jest precyzyjne śledzenie pozycji i orientacji

Wirtualny stół anatomiczny, gogle operacyjne i terapeutyczne symulacje – medycyna korzysta z cyfrowych światów bardziej niż kiedykolwiek

głowy oraz rąk użytkownika – realizowane dzięki zestawom sensorów 6DOF (6 degrees of freedom) oraz kamer zewnętrznych lub wewnętrznych. Wyświetlacze w goglach VR zapewniają wysoką jakość obrazu dzięki odświeżaniu 90-120 Hz i rozdzielczości 4K lub wyższej, a także minimalizują opóźnienia w wyświetlaniu treści, by zapobiec tzw. cyberchorobie (VR sickness).

TECHNOLOGIA JAK Z GIER

Za realistyczne odwzorowanie ruchu i interakcji w rzeczywistości wirtualnej odpowiadają specjalne

programy, które symulują aspekty fizyczne oraz sposób wyświetlania obrazu, tak by użytkownik miał wrażenie, że naprawdę porusza się w cyfrowym świecie. W tym celu stosuje się różne techniki graficzne, np. „forward rendering” (sposób szybkiego rysowania obrazu, który dobrze sprawdza się w goglach VR) oraz „foveated rendering” (metoda wyświetlania obrazu w najwyższej jakości tylko tam, gdzie patrzy użytkownik; reszta jest rozmyta, co umożliwia oszczędzanie mocy obliczeniowej). Z kolei „ray tracing” to technika, która imituje zachowanie światła, co pozwala uzyskać bardziej realistyczne cienie i odbicia.

Systemy VR oferują też dodatkowe elementy zwiększające wrażenie „zanurzenia”, takie jak haptyka (delikatne wibracje i opór odczuwany w dłoniach podczas korzystania z kontrolerów) czy dźwięk przestrzenny, który sprawia, że odgłosy dochodzą z konkretnych kierunków jak w prawdziwym świecie. Obsługa odbywa się za pomocą specjalnych kontrolerów trzymanyh w rękach lub systemów śledzących ruchy palców, co pozwala na intuicyjne sterowanie bez fizycznych przycisków.

Z technicznego punktu widzenia systemy AR i VR coraz częściej korzystają z tych samych podzespołów:

procesorów mobilnych (SoC), układów graficznych (GPU) oraz mechanizmów sztucznej inteligencji do rozpoznawania gestów, obiektów i mowy. W rozwiązaniach wysokiej klasy integracja sensorów i oprogramowania zarządzającego pozwala na bardzo niskie opóźnienia oraz kontekstową adaptację wyświetlanych treści.

Co ciekawe, obie technologie ewoluują w kierunku rozszerzonej rzeczywistości mieszanej (Extended Reality, XR), w której granice między AR a VR są płynne, a urządzenia potrafią dynamicznie przełączać się między trybami dzięki transparentnym wyświetlaczom i inteligentnemu rozpoznawaniu kontekstu.

OD WYKŁADÓW PO OPERACJE

Początkowy zachwyty nad systemami AR i VR z ostatnich lat nieco wygasł. Dość niesłusznie prognozowano ich powszechne wykorzystanie w wojskowości lub rozrywce (gry i... filmy dla dorosłych). Natomiast dynamicznie rozwija się wykorzystanie techniki rozszerzonej i wirtualnej rzeczywistości w edukacji medycznej. Dzięki symulacjom VR studenci medycyny i młodzi lekarze mogą ćwiczyć zabiegi chirurgiczne, badania fizykalne czy procedury ratunkowe w realistycznym środowisku cyfrowym bez narażania pacjentów.

Rozwiązania oferowane przez polskie firmy, takie jak InventionMed czy EPIC VR, pozwalają na wielokrotne powtarzanie trudnych procedur i natychmiastową analizę błędów. AR natomiast wspiera naukę anatomii i patologii, umożliwiając interakcję z trójwymiarowymi modelami struktur anatomicznych w czasie rzeczywistym.

Nie mniej istotnym obszarem jest wykorzystanie AR w salach operacyjnych. Chirurg, zakładając gogle, może nałożyć obrazy diagnostyczne (z np. tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego) bezpośrednio na ciało pacjenta. Umożliwia to precyzyjną lokalizację zmian i minimalizację ryzyka błędów.

Systemy takie jak CarnaLife Holo – rozwijane przez polską firmę MedApp – oferują interaktywną wizualizację danych medycznych w trójwymiarze i w czasie rzeczywistym. W praktyce przekłada się to na skrócenie czasu operacji, większą dokładność oraz bezpieczeństwo pacjenta. Co więcej, dzięki AR lekarz może korzystać z danych bez odrywania wzroku od pola

operacyjnego, co znacznie zwiększa ergonomię pracy.

SPOSÓB NA LĘK

Technologie immersyjne zmieniają także oblicze terapii i rehabilitacji. Wirtualna rzeczywistość z powodzeniem wspomaga leczenie zaburzeń depresyjnych, stanów lękowych, PTSD, a także rehabilitację neurologiczną i ortopedyczną. Systemy takie jak VR TierOne wykorzystują immersyjne środowiska terapeutyczne, które angażują pacjenta emocjonalnie i poznawczo, poprawiając efektywność terapii.

VR staje się też coraz popularniejszym narzędziem terapeutycznym w psychiatrii i neurologii. W terapii fobii, zaburzeń lękowych i uzależnień umożliwia przeprowadzenie kontrolowanej ekspozycji na bodźce w bezpiecznym środowisku. W leczeniu bólu (zwłaszcza przewlekłego) VR wspomaga dzięki mechanizmom odwracania uwagi relaksa-

pozwała na lepsze zrozumienie złożonych przypadków. Ułatwia to podejmowanie decyzji terapeutycznych i umożliwia precyzyjne zaplanowanie interwencji chirurgicznych lub zabiegów interwencyjnych. Co istotne, technologia AR może być także wykorzystana w komunikacji z pacjentem – wizualizacja choroby i planu leczenia w postaci interaktywnej prezentacji znacznie ułatwia zrozumienie i akceptację terapii.

CO DALEJ?

Drzwi do zupełnie nowego podejścia do medycyny – bardziej precyzyjnej, spersonalizowanej i efektywnej kosztowo – otwiera natomiast zintegrowanie technologii AR/VR z istniejącą infrastrukturą medyczną, systemami AI i urządzeniami typu wearable (np. sensory, EEG, EMG). W perspektywie kilku lat można spodziewać się powszechnego wdrożenia tego typu immersyjnych rozwiązań zarówno w dużych szpitalach, jak i prywatnych gabinetach, zwłaszcza w obszarach chirurgii, fizjoterapii, psychoterapii oraz edukacji.

Dla lekarzy AR i VR to nie tylko narzędzia wspomagające pracę. To technologie, które realnie poprawiają jakość leczenia, skracają czas procedur, redukują stres pacjenta, a także oferują nowe możliwości rozwoju zawodowego. Warto już teraz zainteresować się tymi rozwiązaniami i rozważyć ich wdrożenie w codziennej praktyce – tym bardziej że wiele z nich jest opracowywanych w Polsce i dostępnych w języku polskim, przy wsparciu krajowych producentów.

Wirtualne technologie znajdują już też praktyczne zastosowanie. Studenci Śląskiego Uniwersytetu Medycznego uczą się anatomii z wykorzystaniem wirtualnego stołu, co pozwala na interaktywne poznanie struktury ludzkiego ciała. Naukowcy z Uniwersytetu Wrocławskiego stosują gogle VR w terapii zespołów bólowych. Natomiast Instytut Kardiologii w Aninie wykorzystuje okulary AR podczas zabiegów operacyjnych. ●

Autor jest redaktorem magazynu CRN, specjalizującym się w tematyce cyfrowego bezpieczeństwa i zaawansowanych rozwiązań IT

Technologie znane z gier dziś pomagają leczyć, szkolić i rehabilitować

cję i stymulację poznawczą. Z kolei w neurorehabilitacji po udarach lub urazach mózgu zastosowanie mają zadania VR aktywizujące pamięć, uwagę, koordynację i funkcje wykonawcze. Lekarzom zapewnia to dostęp do nowoczesnych, atrakcyjnych dla pacjenta i często tańszych metod terapeutycznych.

W rehabilitacji poudarowej VR umożliwia realizację ćwiczeń ruchowych w atrakcyjnej, gamifikowanej (wprowadzającej elementy gry) formie, co zwiększa motywację i zaangażowanie pacjenta. Z perspektywy lekarza to narzędzie pozwalające nie tylko zwiększyć skuteczność leczenia, ale również monitorować postępy i dostosowywać terapię w czasie rzeczywistym.

Technologie AR/VR zaczynają również odgrywać istotną rolę w planowaniu leczenia i diagnostyce. Możliwość interaktywnego oglądania struktur anatomicznych w trójwymiarze, obracania ich, analizowania przekrojów oraz nakładania danych z różnych badań

NIL NA SZYBKO

Kiedy system *no fault*?

Musimy przekonać polityków, że na klauzuli wyższego dobra skorzystają przede wszystkim pacjenci.

JAKUB KOSIKOWSKI
RZECZNIK NACZELNEJ IZBY
LEKARSKIEJ



Na początek informacja sportowa. Udało się dojść do porozumienia i tegoroczne Igrzyska Lekarskie odbędą się w dniach 10-13 września w Zakopanem. Edycja 2026 będzie miała miejsce w Cetniewie. Postaramy się, by obie imprezy miały porównywalną oprawę co Cetniewo 2024 oraz wyciągniemy wnioski z niedociągnięć. Zapraszamy więc w tym roku w góry i przepraszamy za zamieszanie – wynikało ono z chęci zorganizowania jak najlepszej imprezy dla was, lekarzy sportowców, i waszych rodzin. Niech wygra zdrowa sportowa rywalizacja.

Wracamy do polityki: w Senacie powstał Parlamentarny Zespół ds. Bezpieczeństwa Medyków. Chodzi o zaprojektowanie i wdrożenie zmian przepisów oraz funkcjonowania podmiotów w obrębie ochrony zdrowia, by poprawić bezpieczeństwo personelu medycznego pracującego z pacjentem. Liczymy, że zespół nie będzie jedynie wydmuszką, by uspokoić sumienie rządzących, a wypracowane rozwiązania zostaną faktycznie wdrożone i poprawią nasze bezpieczeństwo w ZRM, szpitalach i poradniach.

W decydującą fazę wchodzi również walka o klauzulę wyższego dobra,

inaczej zwaną systemem *no fault*. Przy Ministerstwie Zdrowia powstał zespół, który ma na celu „opracowanie koncepcji rozwiązań w zakresie odpowiedzialności lekarzy, służących wzmocnieniu bezpieczeństwa pacjentów oraz ograniczeniu występowania zdarzeń niepożądanych przy leczeniu, w tym błędów medycznych”. Jego członkami z ramienia samorządu zostali prezes Łukasz Jankowski i wiceprezes Klaudiusz Komor. Zespół na starcie zaliczył falfstart, bo jego nazwa „Zespół do spraw Odpowiedzialności Zawodowej Lekarzy i Lekarzy Dentystów” brzmiała, jakby chodziło o karanie nas, a przecież cel jest zupełnie inny. Po proteście prezesów NRL nazwę zmieniono.

Niestety, cały czas musimy walczyć, by uzmysłwić politykom, że na wprowadzeniu *no fault* zyskają przede wszystkim pacjenci. Szybkie odszkodowania, unikanie powielania błędów medycznych, zmniejszanie ryzyka zdarzeń i ograniczenie medycyny defensywnej wyjdzie nam wszystkim na zdrowie. Tylko czemu to musi tyle trwać? ●

O TYM SIĘ MÓWI

Zmiany w składzie Prezydium NRL

Podczas posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej 9 maja 2025 r. ze składu Prezydium został odwołany Piotr Kalkowski. Procedurę przeprowadziła Krajowa Komisja Wyborcza, a zakończyła się ona wynikiem 50 głosów „za” odwołaniem i siedem „przeciw”. W uzasadnieniu wniosku o odwołanie zaznaczono fakt utraty zaufania do Piotra Kalkowskiego, który – jak podkreślali autorzy – podejmował działania zmierzające do destabilizacji sytuacji samorządu zawodowego, naruszając jednocześnie zasady wyrażone w Kodeksie Etyki Lekarskiej przez formułowanie nieprawdziwych i krzywdzących zarzutów pod adresem Naczelnej Izby Lekarskiej. Wnioskodawcy podnieśli również, iż Piotr Kalkowski nie wywiązywał się ze swoich obowiązków względem samorządu, uczestnicząc jedynie w mniej niż połowie posiedzeń Prezydium NRL. Do Krajowej Komisji Wyborczej wpłynął formalny protest Piotra Kalkowskiego dotyczący przebiegu procedury odwołania go z funkcji członka Prezydium. Komisja zaopiniowała protest negatywnie, a Naczelny Sąd Lekarski ostatecznie protest odrzucił. Wyrok ten jest prawomocny, co oznacza, że odwołania dokonano w sposób prawidłowy. Uzupełnienie składu Prezydium ma nastąpić podczas najbliższego posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej.

Paweł Doczekalski

Powstał nowy zespół

Podczas konferencji prasowej 12 czerwca prezes NRL Lekarskiej Łukasz Jankowski, wiceprezes NRL Klaudiusz Komor wraz z senatorami Agnieszką Gorgoń-Komor, Moniką Piątkowską i Władysławem Komarnickim oraz sekretarzem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Kamillą Gólc i przedstawicielką Krajowej Izby Fizjoterapeutów Elżbietą Skorupską ogłosili powołanie Parlamentarnego Zespołu ds. Bezpieczeństwa Medyków. – Mamy swoje propozycje. To nie tylko klauzula wyższego dobra, ale przede wszystkim realne działania, które mają przelożyć się na bezpieczeństwo medyków. Chcemy mówić

o rejestrze agresji w ochronie zdrowia, o statusie funkcjonariusza publicznego dla wszystkich lekarzy i wszystkich medyków niezależnie od miejsca pracy. Chcemy wreszcie mówić o przebudowie infrastruktury szpitali i przychodni, tak żeby zapewniała bezpieczeństwo lekarzom i pacjentom – zaznaczył prezes Łukasz Jankowski.

Bezpieczeństwo w centrum uwagi

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Łukasz Jankowski spotkał się z prezesem Urzędu Ochrony Danych Osobowych Mirosławem Wróblewskim, aby omówić istotne kwestie związane z bezpieczeństwem lekarzy. Rozmawiano o systemowych rozwiązaniach, w tym postulatach samorządu lekarskiego. – Współpraca z urzędami i instytucjami państwowymi jest kluczowa dla zapewnienia bezpieczeństwa lekarzy we wszystkich jego formach: fizycznej, prawnej i cyfrowej. Razem możemy tworzyć środowisko, w którym zawód medyczny będzie wykonywany w warunkach pełnego szacunku i ochrony – ocenia prezes Jankowski.

Ochrona lekarzy

Prezidium Naczelnej Rady Lekarskiej apeluje do ministra zdrowia o podjęcie działań legislacyjnych zmierzających do zmiany przepisów przyznających lekarzowi ochronę należną funkcjonariuszowi publicznemu. Chodzi o to, by ochrona ta nie była ograniczona wyłącznie do sytuacji, gdy lekarz wykonuje zawód w podmiocie, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – czytamy w apelu z 5 czerwca 2025 r.

Potrzebna klauzula no fault

Sekretarz NRL Grzegorz Wrona wystąpił podczas XXVII Ogólnopolskiej Konferencji „Jakość w Opiece Zdrowotnej”, poruszając kluczowe kwestie związane z bezpieczeństwem personelu medycznego oraz jakością świadczonych usług zdrowotnych. – Chcemy,

aby klauzula wyższego dobra była fundamentem bardziej przyjaznego i sprawiedliwego systemu, w którym lekarze nie będą odciągani od pacjentów przez prokuraturę czy procesy sądowe, nadmierną biurokrację, presję systemową lub obawę przed sankcjami karnymi. Naszym celem jest stworzenie warunków, w których lekarze będą mogli bez obaw podejmować ryzykowne decyzje diagnostyczno-lecznicze, co jest nieodzownym elementem medycyny i walki o zdrowie pacjenta. Bez bezpieczeństwa personelu medycznego nie zagwarantujemy bezpieczeństwa pacjentom – powiedział Grzegorz Wrona.

NRL o higienistkach

Prezidium NRL wyraziło zdecydowany sprzeciw wobec rozporządzenia ministra zdrowia z 22 kwietnia 2025 r., które rozszerza katalog czynności zawodowych higienistek stomatologicznych. Zdaniem samorządu lekarskiego nowe przepisy przyznają zbyt szerokie uprawnienia osobom bez odpowiedniego przygotowania medycznego, co może prowadzić do zagrożenia dla pacjentów. – Nie negujemy roli higienistek stomatologicznych w zespole terapeutycznym. Jednak za leczenie i jego efekty zawsze odpowiada lekarz dentysta. Nie można powierzać samodzielnych decyzji terapeutycznych osobom, które ukończyły jedynie dwuletnią szkołę policealną – podkreśla Paweł Barucha, wiceprezes NRL.

Spotkanie z RPO

Naczelna Izba Lekarska podjęła szereg działań na rzecz wzmocnienia standardów bezpieczeństwa pracowników ochrony zdrowia w ich miejscach pracy. O postulatach samorządu lekarskiego z rzecznikiem praw obywatelskich Marcinem Wiąckiem rozmawiali prezes NRL Łukasz Jankowski oraz sekretarz NRL Grzegorz Wrona. Spotkanie dotyczyło aktualnych wyzwań związanych z zapewnieniem bezpieczeństwa lekarzom i pozostałym pracownikom ochrony zdrowia.

MÓWIĄ O NAS

Oszczędności kosztem płac

Dla portalu RynekZdrowia.pl prezes NRL Łukasz Jankowski komentował sprawę corocznych podwyżek wynagrodzeń w ochronie zdrowia. „Jeżeli celem zmian są oszczędności, a nie zmiana myślenia o pracy medyków, to w ogóle rozpoczynanie tej dyskusji nie ma sensu. Jesteśmy gotowi do rozmów, ale środowisko nie może na tym stracić finansowo” – zaznaczał w rozmowie Łukasz Jankowski.

Doktor Google

Obardzo popularnej tendencji sprawdzania informacji na temat różnych chorób w internecie mówił w TVN24 wiceprezes NRL Klaudiusz Komor. „Jeżeli pacjent nie zrozumie dokładnie zalecenia lekarza, nie zostaną mu one wytłumaczone, to wtedy albo szuka wiedzy w internecie, która może być niepełna, albo pyta znajomych, albo robi po swojemu. Albo po prostu o lekach zapomina. Widząc brak efektów, bo pacjent nie brał leków na nadciśnienie, choć mówi, że brał, zwiększam dawkę” – tłumaczył wiceprezes NRL.

Nie dla zrównania zawodów

Na łamach serwisu Infodent 24.pl wiceprezes NRL Paweł Barucha odniósł się do pomysłów poszerzenia kompetencji higienistek stomatologicznych. „Wyznaczono kierunek, w którym zawód higienistki stomatologicznej próbuje się zrównać z zawodem lekarza dentysty. Przez – świadomie lub nieświadomie – spreparowany wyłom przedostawać się będą coraz to nowe szkodliwe pomysły, interpretacje i wykładnie. Będziemy stanowczo je piętnować i blokować” – zaznaczył przewodniczący Komisji Stomatologicznej NRL. Oprac. Adrian Boguski

OŚRODEK KSZTAŁCENIA

Nie tylko opatrunek

Leczenie ran wymaga aktualnej wiedzy i praktycznych umiejętności. O tym, co powinien wiedzieć lekarz POZ i jak zmieniają się standardy postępowania, mówi mgr **Sylvia Rogowska**, specjalistka pielęgniarstwa i opieki paliatywnej, prowadząca Gabinet Leczenia Ran w Koninie, w rozmowie z Lucyną Krysiak.

W lipcu i w sierpniu COBIK NIL organizuje webinary dla lekarzy POZ dotyczące zasad postępowania z ranami ostrymi, oparzeniami słonecznymi, ranami przewlekłymi oraz operacyjnymi. Cieszą się one zainteresowaniem?

Wiedza na temat leczenia ran wśród lekarzy ma zazwyczaj charakter akademicki, dlatego trzeba ją stale poszerzać, weryfikować i aktualizować. W tej dziedzinie bardzo wiele się zmienia. Tego rodzaju szkolenia dla lekarzy POZ prowadziłam już wcześniej w różnych miejscach i zawsze wzbudzały one ogromne zainteresowanie. Byłam pozytywnie zaskoczona przygotowaniem uczestników – zadawali wiele konkretnych pytań.

Opracowywane są nowe wytyczne, pojawiają się nowe preparaty, opatrunki i trzeba o tym nie tylko informować, ale też uczyć, jak je stosować w praktyce. Rodzajów ran jest wiele i antyseptyki należy dobierać pod kątem ich etiologii – inne będą odpowiednie do ran pourazowych, inne do pooperacyjnych czy oparzeniowych. Oprócz ran pooperacyjnych i ginekologicznych mamy także rany będące wynikiem leczenia onkologicznego, np. po radioterapii, rany oparzeniowe, odleżynowe, rany w przebiegu cukrzycowej choroby stóp, przetoki... Dziś nie wystarczy już aseptyczny gazik – suchy czy mokry – trzeba wiedzieć, jaki konkretny opatrunek zastosować i czy nie wchodzi on w interakcje z innymi opatrunkami, np. zawierającymi srebro czy jod.

Także żele stosowane do leczenia ran różnią się od siebie – i również w tym przypadku niezbędna jest wiedza, który z nich wybrać w zależności od rodzaju rany i jej stanu.

Dlaczego tak duży nacisk kładzie się na umiejętności praktyczne w leczeniu ran?

W naszych szkoleniach chodzi nie tylko o to, by uczestnicy wysłuchali wykładów – choć i to jest ważne, również z punktu



fot.: archiwum prywatne

widzenia uzyskiwania punktów edukacyjnych – ale przede wszystkim o to, aby pacjent mógł uzyskać konkretną pomoc, niezależnie od tego, gdzie się znajduje. Chcemy, by lekarz nie tylko wiedział, czym ranę zaopatrzyć, ale też umiał to zrobić. To przekłada się na realną pomoc – zarówno w nagłych przypadkach, jak i w leczeniu ran przewlekłych.

Pomocny w tym jest m.in. projekt „Rany pod kontrolą”, skierowany nie tylko do lekarzy i pielęgniarek, ale także farmaceutów – a więc mający szeroki zasięg. Jego celem jest jak najszybsze udzielenie pomocy pacjentowi, zanim trafi on do poradni specjalistycznej, w której zwykle trzeba długo czekać na wizytę.

W sytuacjach, kiedy pacjent jest daleko od domu, możliwość uzyskania pomocy od farmaceuty, pielęgniarki czy lekarza POZ bywa zbawienna. Ale taka pomoc musi być poprzedzona właściwą oceną. Umiejętności praktyczne są tu kluczowe.

Czy sezon urlopowy jest szczególnie trudny dla leczenia ran?

Wakacje i wysokie temperatury sprzyjają urazom, pokąsaniom,

◀ Chcemy, by lekarz nie tylko wiedział, czym ranę zaopatrzyć, ale też umiał to zrobić – mówi mgr **Sylvia Rogowska**

oparzeniom słonecznym. Dodatkowo, ciepło i wilgoć przyspieszają rozwój biofilmu w ranach, co prowadzi do zaostrzeń w przebiegu ran przewlekłych, takich jak np. owrzodzenia żyłne czy przetoki. Takie przypadki będą wymagały szczególnego postępowania.

Pacjent z raną może w sezonie urlopowym trafić do lekarza POZ poza miejscem swojego zamieszkania. Kiedyś lekarze podstawowej opieki zdrowotnej mieli do czynienia z ranami wybiórczymi, dziś muszą mierzyć się z pełnym przekrojem przypadków – od drobnych skaleczeń po skomplikowane rany przewlekłe.

Podstawą postępowania w antyseptyce są wytyczne opracowane przez profesora Kramera i Polskie Towarzystwo Leczenia Ran, ale dziedzina ta dynamicznie się rozwija. Stale doskonalone są metody, materiały i opatrunki, które dobieramy w zależności od rodzaju rany, jej głębokości i wysięku.

Oferta rynkowa, jeśli chodzi o opatrunki, jest bardzo szeroka. Zachęcam lekarzy POZ do korzystania ze sprzętu, który staje się coraz bardziej dostępny i który może wspomagać leczenie ran. Mam tu na myśli ozon stomatologiczny, laser, zimną plazmę czy urządzenia do pomiaru ABI. Narzędzia te pozwalają ocenić, co dzieje się nie tylko w obrębie rany, ale także poza nią – i dzięki temu są doskonałym wsparciem w podejmowaniu trafnych decyzji terapeutycznych. •

Webinary organizowane są we współpracy z OPPM Technomed.

Ośrodek Kształcenia

Naczelnej Izby Lekarskiej

Wakacyjny kalendarz szkoleń

W lipcu i sierpniu Ośrodek Kształcenia NIL oferuje szkolenia wspierające zdrowie psychiczne, obejmujące tematykę odporności psychicznej, wypalenia zawodowego, stresu, lęku oraz asertywności.

To dobra okazja, by połączyć wakacyjny wypoczynek z rozwojem osobistym.

- **09.07.2025** - Jak wprowadzić innowację komunikacyjną w swojej praktyce lekarskiej.
- **22.07.2025** - Wypalenie zawodowe w medycynie - przyczyny, radzenie sobie i profilaktyka.
- **31.07.2025** - Budowanie efektywnej współpracy w zróżnicowanym kulturowo zespole medycznym. *
- **05.08.2025** - Jestem, towarzyszę, cierpię. Jak dbać o siebie i się nie wypalić?
- **08 - 10.08.2025** - 3 dniowe warsztaty Radzenie sobie z lękiem, stresem i budowanie odporności psychicznej. *
- **22.08.2025** - Job crafting dla lekarza: jak dostosować pracę do swoich potrzeb i wartości, aby zwiększyć satysfakcję zawodową.

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

- **02.07.2025** - Prawne i etyczne aspekty prowadzenia badań klinicznych.
- **03.07.2025** - Planowanie finansowe dla Lekarzy.
- **07.07.2025** - Prawa pacjenta w dobie cyfryzacji w ochronie zdrowia.
- **10.07.2025** - Mononeuropatie, radikulopatie - obraz kliniczny, różnicowanie, przydatność badań elektrofizjologicznych.
- **11.07.2025** - Miejsce patomorfologa w diagnostyce chorób narządu rodowego.
- **14.07.2025** - Zabieg medyczny upiększający - czy i w jakich warunkach lekarz odpowiada za efekt.
- **16.07.2025** - Marketing medyczny w świetle prawa: Dopuszczalne formy promocji podmiotów leczniczych.
- **17.07.2025** - Rana ostra, oparzenie słoneczne, rana pooperacyjna - zasady postępowania i antyseptyki w gabinecie POZ zgodnie z nowym konsensusem antyseptyki 2023.
- **18.07.2025** - Patomorfologia najczęstszych zmian nowotworowych i nienowotworowych w przewodzie pokarmowym.
- **23.07.2025** - Rozwój e-zdrowia aspekty prawno - systemowe.
- **24.07.2025** - Zrozumiałe i kompleksowe rozpoznanie patomorfologiczne warunkiem podjęcia odpowiedniego leczenia.
- **25.07.2025** - Zarządzanie zmianą w organizacji: umiejętność wprowadzania zmian. *
- **28.07.2025** - Przewlekła obturacyjna choroba płuc - rozpoznawanie i leczenie w świetle najnowszych wytycznych.
- **04.08.2025** - Bóle krzyża.
- **06.08.2025** - Nowoczesne technologie w leczeniu ran u diabetyków i osób leżących.
- **07.08.2025** - Chirurgia stomatologiczna dzieci z chorobami ogólnoustrojowymi.
- **11.08.2025** - Niefarmakologiczne metody leczenia bólu.
- **18.08.2025** - Odpowiedzialność prawna lekarza dentystry.
- **19.08.2025** - Antyseptyka i terapia ran w gabinecie lekarskim w świetle nowego konsensusu antyseptyki.
- **21.08.2025** - Opieka nad kobietami, które doświadczyły przemocy seksualnej. *
- **25.08.2025** - Chory neuronu ruchowego klinika i badania elektrofizjologiczne oraz Uszkodzenia splotu ramienne - diagnostyka kliniczna i elektrofizjologiczna.
- **28.08.2025** - Diagnostyka andrologiczna niepłodności męskiej.
- **29.08.2025** - Patomorfologia zmian w przebiegu chorób układu oddechowego.

*szkolenia stacjonarne

Zapisy na szkolenia:

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



szkolenia@nil.org.pl



(22) 559 13 00 wew. 507



EPIKRYZA (149)

Wyzwolenie

„W tym akcie maski znaczyć mają takich, co myśl swą ukrywają i nigdy jej nie stawiają jasno, cudzą jest, czyli ich jest własną” – mówi Konrad w „Wyzwoleniu” Stanisława Wyspiańskiego. Szukając w tej zawilej frazie sensów na dziś, budzi się we mnie smutne przekonanie, że nie zawsze wiemy, kto jest kim.

W ostatni dzień maja pojechałem do Gdańska, aby po półtora roku od premiery obejrzeć młodopolski mit w reżyserii Jana Klaty. Symboliczny wybór tytułu z okazji oddania dużej sceny Teatru Wybrzeże po generalnym remoncie związane w październiku 2023 r. z oczekiwaniem zmian polityczno-społecznych. W takim tonie pojawiły się również recenzje krytyków, którzy doszukiwali się za dramaturgicznymi maskami wizjonerstwa, nowego otwarcia i potrzeby zmiany. Tym razem było podobnie, ale maska, jak to maska, niespodziewanie się odwróciła.

Czy teatr powinien angażować do boju, a może raczej wyzwalać ze złudzeń? Dla dużej części widowni takie pytania nie istnieją. Chcą się przede wszystkim odprężyć, oglądając komedię, słuchać piosenek musicalowych czy arii operowych, bić brawo z całych sił i wstać na koniec, udowadniając samemu sobie, że warto było wydać pieniądze i poświęcić wieczorny czas. Chcą rozrywki, a zatem propozycja intelektualnej gry słów, odczytywanie kodów artystycznych, wypatrywanie sedna i wyciąganie wniosków w dyskusji po przedstawieniu zajmują tylko pasjonatów. Tak było i tym razem, tylko jeszcze bardziej...

Nie lubię pisać streszczeń. Skrót „Wyzwolenia” w translacji Jana Klaty jest dla mnie nie do przekalkowania, zwłaszcza że sam dramat, tworzony przez umierającego, rozgorączkowanego Wyspiańskiego, jest zbiorem myśli sprzecznych, bełkotliwych, niezrozumiałych i pokretnych. Jeśli doda się do tego współczesne aluzje i łysych aktorów w kostiumie nagości, poruszających się w pokraccznych pozach japońskiego tańca Butō, surową scenografię obitą blachą i zaskakujące efekty z płonącymi pochodniami, widowisko staje się gęste i duszne. Całość jest na dokładkę

JAROSŁAW WANECKI
PEDIATRA, FELIETONISTA



teatrem w teatrze, co w ostatnim akcie pozwala odetchnąć i zdębieć jednocześnie, gdy „przede wszystkim trzeba tu odróżnić, co jest twoją myślą, a co moją”. A przecież w Konrada głowie toczy się wojna tak jak w głowach Konradów, którymi jesteśmy w kolejnym pokoleniu. Nieustanna walka o prawdę ma nas wyzwolić z traum stereotypów i mitologii przeznaczenia. W chocholim tańcu masek. W rozdarciu pół na pół.

W białoczerwonym programie do gdańskiego spektaklu Klaty Radosław Paczocha podejmuje próby cząstkowych wyjaśnień, które stają się w moim odbiorze nowym zaciemnieniem. Czytam jednak jak urzeczony: „*Nic* – słowo, które wielokrotnie pada z ust bohaterów Wyspiańskiego i umożliwia pocie stworzenie wielu efektownych rytmów męskich, jest jednocześnie słowem pełnym najboleśniejszych znaczeń, drapieżnie dobijającym się do polskiej świadomości. *Nic* jest, jakżeby inaczej, nicością, nic jest bezruchem, snem, stagnacją, wielkim niczym jest *nic*. Jest stanem, z którego musimy się wybudzić, wyzwolić z pęt słowiańskiej bezpłodności i bylejałości. Nawet tak znane i często powtarzane zdanie: *Musimy coś zrobić, co by od nas*

*zależało, zważywszy, że dzieje się tak dużo, co nie zależy od nikogo, nawet takie zdanie dotknięte jest nicością. Dzieje się dużo, ale nie zależy to dużo od nikogo, więc tak jakby *nic* się nie wydarzyło”.*

Na scenie liczonej dwudziestoma krokami wzdłuż i wszerz można zagrać wszystko, nawet narodowy dramat. Ale zaraz potem trzeba zdjąć kostium, zmyć makijaż i przyjąć rolę w farsie, która da lepsze pieniądze i popularność, wyzwalając z artystycznej biedy. Podobnie dzieje się poza teatrem. Nieustannie żyjemy w bańce liczonej procentami słupków sondażowych, wewnątrz której można powiedzieć wszystko, cytując najważniejsze nakazy lekarskiego kodeksu. Ale zaraz potem przystosowujemy się, przyjmując rolę w farsie zdemoralizowanego systemu ochrony zdrowia, który pozwala na „robienie dobrej miny do złej gry” i „racjonalizację zysków”, wyzwalając z wyrzutów sumienia, że cokolwiek zależy od nas.

I na koniec zdania najtrudniejsze: „Nienawiść jest potężniejsza niż miłość. Na nienawiść trzeba się zdobyć! Nienawidzimy się wzajem i to nie jest nasze najgorsze złe. Niemal to jest nasze najlepsze”.

Czy to Polska właśnie? ●



◀ Positano to jedno z najbardziej fotogenicznych miejsc we Włoszech

PO GODZINACH – PODRÓŻE

Boskie Wybrzeże i wyspa marzeń

JOANNA BON

Czy istnieje miejsce, w którym górskie ścieżki spotykają się z morskim horyzontem, a w powietrzu unosi się zapach cytryn, soli i kwiatów? Okazuje się, że wystarczy podążać na południe Włoch – ku wybrzeżu Amalfi i wyspie Capri. To podróż nie tylko przez przestrzeń, ale i przez zmysły.

Włosi nazywają to miejsce „Divina Costiera” – Boskim Wybrzeżem. I trudno się dziwić. Malownicze miasteczka zawieszone na skalnych zboczach, wąskie serpentyny wijące się między klifami, romantyczne zatoczki i kryształiczna woda – wszystko tu zdaje się być dziełem sztuki. Wybrzeże Amalfi to nie tylko hit Instagramu, ale też raj dla tych, którzy szukają autentyczności,

zachwytu i ciszy. Najlepiej z filiżanką espresso w dłoni i słońcem na twarzy.

VIETRI, CETARA I PIERWSZE ZACHWYTY

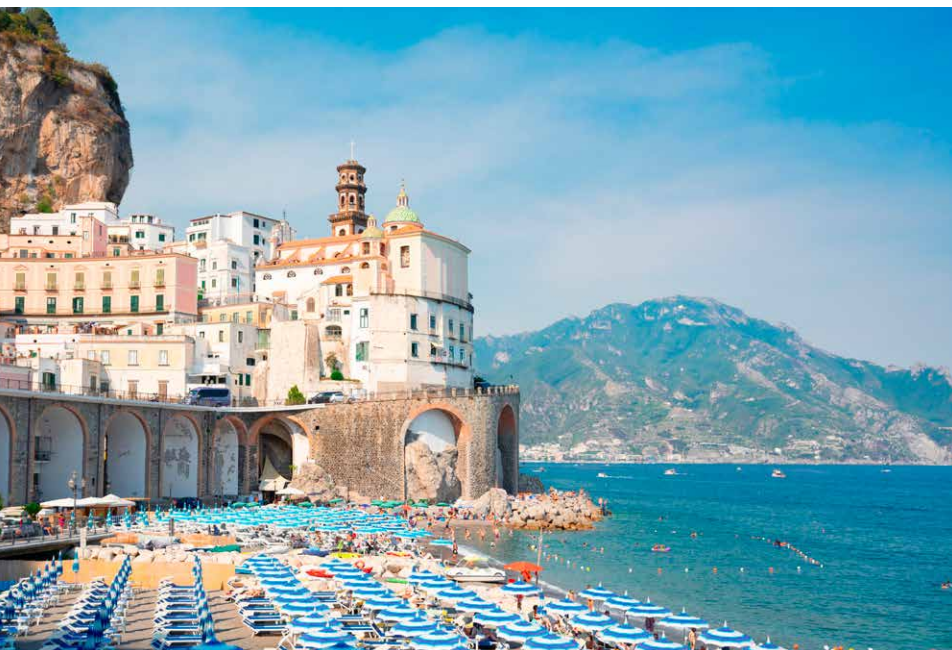
Podróż warto zacząć w Vietri sul Mare – bramie do wybrzeża Amalfi. Miasteczko słynie z ręcznie malowanej ceramiki, która zdobi domy, schody i place. Vietri jest

spokojniejsze i mniej zatłoczone niż jego słynniejsi sąsiedzi, co czyni je idealną bazą wypadową. Już pierwsze poranne światło odbijające się od kolorowych mozaik sprawia, że mamy ochotę po prostu spacerować bez celu, chłonąć każdy detal i dać się porwać włoskiemu dolce far niente.

Stąd łatwo dotrzemy do Cetary – niewielkiej osady rybackiej, w której czas płynie wolniej. To tu spróbujemy lokalnego przysmaku – colatura di alici, aromatycznego sosu z anchois, którego receptura sięga czasów rzymskich. Długie, leniwe popołudnie w trattorii nad brzegiem morza i spacer plażą wśród palm – takie chwile zostają z nami na zawsze. Cisza, spokój, woda muskająca brzeg. Tylko my i zapach soli.

AMALFI I BALKON NAD MORZEM

Chociaż Amalfi jest głównym punktem orientacyjnym regionu, ukrytym skarbem jest Atrani – najmniejsze miasteczko we Włoszech, ciasno wciśnięte między skały. Wąskie zaułki, pranie suszące się w oknach, miejscowi mieszkańcy rozmawiający na ławeczkach



◀ Atrani jest ukrytym skarbem, to najmniejsze miasteczko we Włoszech, ciasno wciśnięte między skały



▲ Grotta Azzurra na Capri to magiczna jaskinia, do której wpływa się tylko niewielką łodzią

– wszystko tu przypomina o prostocie i pięknie włoskiej codzienności. Tu czujemy, że nie jesteśmy tylko turystami, ale też częścią większej opowieści. To jeden z tych zakątków, gdzie nawet godzina bez telefonu i planu dnia staje się cenniejsza niż tysiąc zdjęć.

Z kolei Amalfi – pełne życia i kolorów – zachwyca monumentalną katedrą Sant'Andrea, malowniczym portem i cytrynowym aromatem unoszącym się w powietrzu. Obowiązkowym deserem jest tu granita podawana w wydrążonych cytrynach – orzeźwiająca rozkosz, idealna po spacerze brukowanymi uliczkami. A gdy wieczorem usiądziemy na schodach katedry z widokiem na mieniące się w świetle latarni palmy, zrozumiemy, że właśnie tu bije serce wybrzeża.

Z Amalfi warto wybrać się pieszo lub autobusem do Ravello – miasteczka artystów i romantyków. Tu na Tarasie Nieśkończoności w ogrodach Villi Cimbrone świat zdaje się zatrzymać. Widok na klif i lazurową taflę morza zapiera dech – i na długo zostaje w pamięci. Wśród ciszy ogrodów łatwo zrozumieć, dlaczego Gustav Klimt, Virginia Woolf czy Richard Wagner właśnie tu szukali natchnienia.

Ravello to także eleganckie place, dziedziny, ogrody pełne róż i wiecznie zielonych cyprysów. Warto odwiedzić również średniowieczną Villa Rufolo – z jej wieżą, tarasem i magicznym ogrodem. A kiedy ostatni promień słońca zgaśnie za horyzontem, Ravello



odślania swoje najpiękniejsze oblicze – spokojne, intymne, poetyckie. To miejsce, w którym nawet cisza ma muzykę.

LA DOLCE VITA NA KLIFACH

Nie sposób pominąć Positano – kolorowej kaskady domów, która zdaje się spływać ku morzu. To jedno z najbardziej fotogenicznych miejsc we Włoszech, ale też idealna przestrzeń na romantyczne spacery i długie kolacje przy dźwiękach muzyki i zapachu bazylii. Tu dolce

▲ Kiedy ostatni promień słońca zgaśnie za horyzontem, Ravello odślania swoje najpiękniejsze oblicze

vita nie jest sloganem – to styl życia. I zachwyt, który trwa od pierwszego do ostatniego spojrzenia.

Z Positano niedaleko do Furore – ukrytej zatoczki z kamiennym mostem łączącym dwa klify. To miejsce, gdzie natura stworzyła własną scenę – teatralną, intymną, bajkową. Schodząc po ścieżce do plaży i słysząc tylko

► Tzw. Amalfitana jest tylko dla doświadczonych kierowców: wąska, kręta i zatłoczona

WYBRZEŻE AMALFI I CAPRI W PIGUŁCE

Jak dotrzeć?

Najwygodniej samolotem do Neapolu. Z lotniska kolejką do Salerno, skąd są autobusy SITA lub promy łączące miasteczka wybrzeża. Alternatywnie: lot do Rzymu + pociąg do Salerno.

Transport lokalny:

Autobusy SITA, statki, promy i prywatne łódki (szczególnie polecane między Amalfi, Positano i Capri).

W sezonie warto kupować bilety z wyprzedzeniem – tłumy są spore!

Samochód?

Tylko dla doświadczonych kierowców! Droga SS163 (tzw. Amalfitana) jest wąska, kręta i zatłoczona. Problemem są też parkingi – drogie i ograniczone. Lepiej przemieszczać się lokalnym transportem.

Co koniecznie spróbować?

- Limoncello – likier z lokalnych cytryn
- Delizia al limone – cytrynowy deser marzenie
- Spaghetti con colatura di alici – makaron z esencją anchois
- Granita di limone – najlepsza w Amalfi
- Świeże owoce morza i lokalne białe wino

Najlepszy czas na wyjazd:

Maj–czerwiec i wrzesień–październik – ciepło, ale bez tłumów. Lipiec i sierpień są najdroższe i najbardziej zatłoczone. Listopad zaskakuje ciszą i spokojem – idealny na romantyczne spacery i zwiedzanie bez pośpiechu.

Co zobaczyć koniecznie?

- Katedra w Amalfi
- Taras Nieskończoności w Ravello
- Plaża w Positano
- Fiordo di Furore
- Monte Solaro (Capri)
- Ogrody Augusta i Grotta Azzurra
- Spacer Schodami Fenickimi
- Villa San Michele w Anacapri

Dodatkowa rada:

Nie planuj zbyt intensywnie – najlepsze wspomnienia tworzą się wtedy, gdy pozwolisz sobie po prostu iść bez celu i chłonąć piękno chwili.



foto: Shutterstock.com

szum wody oraz własne myśli, trudno nie poczuć wdzięczności za możliwość bycia właśnie tu.

GDZIE MIT SPOTYKA RZECZYWISTOŚĆ

Jeśli ktoś pragnie uciec od ładu, powinien popłynąć na Capri. Wyspa, która od czasów cesarzy inspirowała poetów, malarzy i zakochanych, łączy w sobie dzikość natury i nutę luksusu. Przypływając do portu Marina Grande, trafiamy w sam środek zgiełku, ale wystarczy kilka kroków, by znaleźć zaciszne alejki i tarasy widokowe.

Capri dzieli się na dwa światy: eleganckie miasteczko Capri i spokojniejsze, bardziej autentyczne Anacapri. To właśnie w Anacapri znajdziemy najpiękniejsze widoki – z Monte Solaro, najwyższego punktu wyspy, oraz z tarasu Villi San Michele. Wjazd kolejką krzesłkową sam w sobie jest atrakcją – unosimy się ponad gajami cytrynowymi i opuncjami, chłonąc błękit morza aż po horyzont.

Zejście w dół Schodami Fenickimi to podróż przez historię i krajobraz – z widokiem na zatokę i morze mieniające się odcieniami szmaragdu i lazuru. Po drodze mijamy krzyże wykute w skale – pamiątki po dawnych mnichach, którzy modlili się tu o ochronę przed spadającymi kamieniami. Mistycyzm i natura w idealnej harmonii.

W centrum Capri warto usiąść na Piazzetcie – sercu wyspy, skąd odchodzą eleganckie uliczki pełne butików, perfumerii i małych galerii. To miejsce spotkań, obserwacji i... marzeń. Stąd już tylko kilka minut dzieli nas od Ogrodów Augusta i słynnej Via Krupp – wijącej się zygzakami drogi, zawieszanej nad morzem jak wstęga wiatru. Nawet jeśli jest zamknięta, widok z góry zapiera dech.

A jeśli chcemy doświadczyć magii Capri naprawdę – nie można pominąć Grotta Azzurra. Magiczna jaskinia, do której wpływa się tylko niewielką łodzią, przechyliwszy głowę, by zmieścić się w niskim wejściu. W środku – ciemność i nieziemski błękit, który wydaje się pochodzić z innego świata. To doświadczenie, które zostaje w sercu jak echo wakacyjnej miłości.

Capri i Amalfi to podróż w stronę piękna. To czas, który płynie wolniej – między espresso a kieliszkiem limoncello, w cieniu bugenwilli i cytrynowych drzew. To miejsce, gdzie nawet lekarz może zapomnieć o codziennych obowiązkach i zacho-chać się w krajobrazie, w kuchni, w spokoju.

Jeśli więc szukasz destynacji, która pobudzi zmysły, wyciszy myśli i przypomni, że warto się zatrzymać – Amalfi i Capri czekają z otwartymi ramionami. Wystarczy dać się porwać.

PO GODZINACH – BŁĄD MALARSKI

Trzy po trzy

Piękne, wdzięczne i radosne kobiety. Do tego ze zbytkiem biżuterii i brakiem ubrań. Czego chcieć więcej? Nic dziwnego, że temat trzech Gracji podejmowało wielu malarzy. Zrobił to i Rubens. Ale pod jego pędzlem zyskały one mistrzowską wielowymiarowość.



Obraz: Peter Paul Rubens, „Trzy Gracje”, 1630-1635, Prado, Madryt

Według greckiej mitologii trzy Charyty, później przemianowane na rzymskie Gracje, to boginki piękna, wdzięku i radości. Znanie z zamięłowania do sztuk i tańca, często pokazywane są w ruchu. Rubens podjął ten sposób portretowania, dodając do niego swoje umiłowanie obfitości.

W ciasnym objęciu trzy Gracje zdają się być pogrążone w intymnej rozmowie. Patrzą sobie głęboko w oczy. Widz, podążając za tą wymianą spojrzeń, zaczyna wciągać się w kolisty ruch sceny. Ustawienie stóp kobiet również sugeruje delikatny ruch, niczym taniec. Kół i obłości u Rubensa nie brakuje: kobiety ustawione są w coś na kształt koła, scenę flankując z jednej strony gałąź drzewa, z drugiej róg obfitości trzymany przez puszyste putto czy samego Erosa. Ciała kobiet to

AGATA MORKA
DOKTOR HISTORII SZTUKI



również symfonia krągłości: począwszy od miękkich pukli włosów, poprzez łuki piersi, a na zaokrągleniach pośladków skończywszy.

Coś w ich aparycji zaalarmowało badaczy do tego stopnia, że u Rubensowskich Gracji zdiagnozowano poważne schorzenia. W palcach Gracji z lewej strony obrazu dopatrywano się symptomów reumatoidalnego zapalenia stawów. Środkowa ma ponoć zespół hipermobilności oraz

zaawansowaną skoliozę. Z kolei piersi Gracji z prawej strony obrazu zainspirowały do dalszych przemyśleń i hipotezy, że cierpiała ona na raka piersi.

Patrząc na Gracje Rubensa przez te lekarskie soczewki i pomagając mi one głębiej zobaczyć ten obraz. Trzy kobiety, trzy choroby. Boginki z reumatyzmem, skoliozą i rakiem stają się nagle mniej doskonałe, a bardziej skomplikowane i ludzkie. ●

Rozwiązanie zagadki z „GL” 6/2025

Szczegóły różniące obrazy:

1. Zmiana koloru okularów na czarne.

Mocne oprawki są znakiem rozpoznawczym Hockneya. Obecnie nosi żółte okulary.

2. Dodanie w tle pomarańczowego pasa.

Hockney nawiązuje w tym obrazie do autoportretów van Gogha z obciętym uchem, zatem taka kompozycja tła nie byłaby nieuzasadniona.

3. Usunięcie czerwonych linii – zmarszczek z czoła malarza.

Hockney malował ten autoportret w trudnym dla siebie czasie, naznaczonym kłopotami ze zdrowiem jego matki oraz śmiercią bliskiego przyjaciela. Jego stan psychiczny podkreślają bruzdy na twarzy.

4. Dodanie szelek na koszuli.

Hockney znany jest z ekstrawaganckiego sposobu ubierania, szelki są jednym z jego często używanych akcesoriów.



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

WSKAŹ ORYGINAŁ I ZNAJDŹ CZTERY SZCZEGÓŁY RÓŻNIĄCE OBRAZY.

Odpowiedź prześlij na bladmalarski@gazetalekarska.pl do 15 sierpnia 2025 r.

W temacie maila należy wpisać GL07-08 oraz podać dane do kontaktu (imię i nazwisko, adres, telefon). Jedna osoba może przesłać jedną odpowiedź.

NAGRODZENI „GL” 06/2025

Voucher do Hotelu Prezydent **** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje Jakub Kowalski (Zielona Góra)

Nagrody dodatkowe: Wojciech Stolarczyk (Zakopane), Joanna Klimkiewicz (Białystok), Joanna Czech (Bydgoszcz)

Dla jednej z osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi

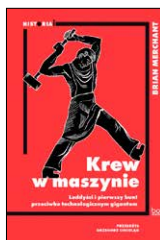
★★★★
HOTEL PREZYDENT
MEDICAL SPA & WELLNESS
HOTEL PRZYJAZNY DOROSŁYM

 WYDAWNICTWO
UNIwersYTETU
JAGIELLOŃSKIEGO
www.wuj.pl

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

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

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



KLAUZULA INFORMACYJNA

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

PO GODZINACH – KULTURA

Wena. To był maj!

JAROSŁAW WANECKI

OŚRODEK KULTURY I DZIEDZICTWA HISTORYCZNEGO NACZELNEJ IZBY LEKARSKIEJ

Po raz czternasty wręczono nagrody Ogólnopolskiego Konkursu Literackiego im. Profesora Andrzeja Szczeklika „Przychodzi wena do lekarza”. Statuetki akrobatów trafiły do zwycięzców w kategoriach: poezja, proza i student medycyny. Uroczystość połączono z galą konkursu dla osób z niepełnosprawnościami „Słowa, dobrze, że jesteście”.



fot.: Magda Rymarz



fot.: Magda Rymarz

▲ Koncert zespołu
Raz Dwa Trzy

◀ Nagroda specjalna Bronisława
Maja dla studentki Ireny
Przyłuckiej

Gali w Narodowym Starym Teatrze towarzyszyły dwa koncerty. W pierwszej części wystąpili laureaci Festiwalu Zaczarowanej Piosenki organizowanego przez Fundację Anny Dymnej „Mimo Wszystko” – partnera konkursu. Publiczność usłyszała Aleksandrę Nykiel i Grzegorza Dowgiałę. Po przerwie wystąpił zespół Raz Dwa Trzy, proponując utwory z tekstami Agnieszki Osieckiej i Wojciecha Młynarskiego.

Zgodnie z konkursowym protokołem „Weny” w kategorii poezja zwyciężyła Patrycja Sidło („Matka od aniołów”). Drugie miejsce zajął Artur Szczesny („Buty”). Trzecia lokata przypadła Katarzynie Wierzbickiej („Ochra”). Konkurs prozy wygrała

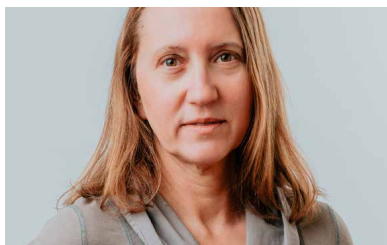
Joanna Mazurek („Zapiski na receptach”). Na drugim stopniu podium stanęli ex aequo Maciej Adamiec („Notatki z niewydarzeń”) i Katarzyna Wierzbicka („Pióro”), a na trzecim: Anna Pysz („Rzeki Edenu”). Nagrodę studencką otrzymał Jakub Rewiuk („Spinozaur z Genui”). „Medycyna Praktyczna” zebrała wszystkie prace we wspólnym tomiku wraz z utworami konkursu dla osób z niepełnosprawnościami „Słowa, dobrze, że jesteście”. Na scenie zwycięskie teksty przeczytali Anna Dymna oraz Julia Piotrowska i Julian Boduszek, studenci III roku Akademii Sztuk Teatralnych w Krakowie.

W tym roku nad scenariuszem koncertu czuwał Bronisław Maj – profesor Akademii Sztuk Teatralnych, poeta i eseista „Medycyny Praktycznej”, który postanowił przyznać studentce Irenie Przyłuckiej nagrodę specjalną za „Balladę o dwóch braciach”. Mistrzowska recytacja wiersza wywołała na sali salwy śmiechu.

XV Gala odbędzie się za rok w Teatrze Słowackiego. Ciekawe, czy oprócz deszczu nagród nad miastem znów będą szaleć burze? Kapryśne są polskie maje. Do zobaczenia pod parasolami słów.

PO GODZINACH – PROZA

JOANNA MAZUREK



fot.: materiały prasowe

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

Jest absolwentką wrocławskiej Akademii Medycznej, doktorem nauk medycznych, specjalistką psychiatrii dorosłych i dzieci oraz psychoterapeutką. Od 10 lat kieruje Oddziałem Leczenia Nerwic w Dolnośląskim Centrum Zdrowia Psychicznego we Wrocławiu, prowadzi również własny gabinet. Zawodowo interesuje się pracą z żałobą u dzieci oraz psychoanalizą, prywatnie – kulturą hiszpańską i językiem hiszpańskim, remontami starych domów oraz morsowaniem. Lubi literaturę, kino i jazdę na rowerze.

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

Zapiski na receptach

(wybrane fragmenty)

Rp.: Parogeni 0,02 in tabl.

No 28

S: 1 tabl. rano, po posiłku

W gabinecie psychiatri

Przerwy między pacjentami są zbyt krótkie. Nie nadążam opróżniać się z rozpaczliwych lub odpychających treści, którymi jestem napelniana. Brak sensu, ból istnienia, mordercze instynkty, perwersje, szalone fantazje, głosy podszeptujące samobójstwo – wszystko to układa się we mnie jak warstwy tortu, którym jestem karmiona przez kolejne osoby poszukujące we mnie zbiornika na swoją niemożliwą do zatrzymania w środku strawę.

Wieczorem czołgam się do nieodległej od gabinetu sypialni wypełniona po brzegi, ciągnąc za sobą tobołki, worki, walizki wszystkich możliwych ludzkich nieszczęść.

Moje Ja nie mieści się już we mnie, nie starcza na mnie miejsca.

– Ma pani bardzo spracowaną duszę – mówi mój terapeuta. – Proszę zwolnić, się zwolnić, uwolnić. Włożyć dwa palce do ust. Się tak nie angażować. Dystansować. Świat jest źle zaprojektowany, a człowiek z natury zepsuty.

Mój terapeuta posiadał tę sztukę:

– Proszę nie zapomnieć zabrać bagażu – upomina mnie, gdy wychodzę.

Rp.: Doxepini 25 mg in tabl.

No 30

S.: 2 tabl. na noc

(...)

Poetka

Moja Przyjaciółka pisze wiersze.

(...)

Bywają mocne, przeszywające albo kruche i niestaranne. Rozedrgane. Jej serce pulsuje miękką, śliską, tętniącą żywoczerwoną tkanką pozbawioną klatki ze skóry, żeber, piersi. Gdy się spotykamy, nie mogę oderwać od niego oczu.

(...)

Nie wiem, jak jej to powiedzieć, że urodziła się ze śmiertelnie niebezpieczną wadą. Że tak dalek się nie da. Że ten wilgotny, tętniący i delikatny strzęp mięsa trzeba pilnie umieścić w jakiejś bezpiecznej, dobrze zakratowanej obudowie. W skorupie, przez którą żaden wiersz się nie prześlizgnie. Jak można nie wiedzieć, że to nie są czasy dla poetów.

Rp.: Abilify 0,01g in tabl.

No 56

S: 1 tabl. na noc

PO GODZINACH – SPORT

Wiatr w żaglach i w sercach

RYSZARD GOLAŃSKI

KOMANDOR KLUBU ŻEGLARSKIEGO SZKWAŁ OIL ŁÓDŹ

Lekarze-żeglarze związani z OIL w Łodzi spotkali się na mazurskich jeziorach, by ścigać się w Regatach o Puchar Prezesa OIL.

Wśród lekarzy nie brakuje zapalnych żeglarzy – świetnym tego przykładem jest Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi. To właśnie tu w roku 2000 z inicjatywy Pawła Susłowskiego i ówczesnego prezesa OIL Ryszarda Golańskiego zorganizowano I Żeglarski Rajd Lekarzy po Wielkich Jeziorach Mazurskich. Dwa lata później powołano do życia Klub Żeglarski Szkwał działający przy łódzkiej Izbie.

Od tamtej pory co roku w maju odbywa się kilkudniowy mazurski rejs, którego kulminacją są Regaty o Puchar Prezesa OIL. To wydarzenie o ugruntowanej tradycji, w którym uczestniczą nie tylko lekarze z Łodzi – żeglują także reprezentanci innych izb, a członkowie klubu zdobywają medale na Żeglarskich Mistrzostwach Polski Lekarzy zarówno w klasie turystycznej, jak i Omega.

W tym roku, 23 maja, odbyła się dwudziesta piąta edycja regat. Do rywalizacji przystąpiło 19 załóg reprezentujących środowiska lekarskie z Łodzi, Częstochowy, Lublina i Warszawy. Bazą wydarzenia był Sunport w Starych Sadach, a areną zmagania



Fot.: Jacek Golański

◀ Co roku w maju odbywa się mazurski rejs zapalnych żeglarzy

– jeziora Tałty i Ryńskie. Pogoda, jak to na Mazurach, była kapryśna.

Po zaciętej walce zwycięzcą XXV Regat został Paweł Susłowski, który odebrał z rąk komandora klubu przechodni puchar – wyróżnienie, które swoją formą przypomina legendarny Puchar Ameryki. Oficjalne wręczenie Pucharu Prezesa nastąpi podczas najbliższego posiedzenia Okręgowej Rady Lekarskiej.

Cieszy rosnącą obecność młodych sterników – wielu z nich

przyjeżdża z rodzinami. W tym roku organizatorzy przygotowali upominki dla 26 najmłodszych uczestników – dzieci lekarskich załóg.

Podsumowanie sezonu żeglarskiego oraz uroczyste wręczenie dyplomów uczestnikom jubileuszowych regat odbędzie się jak co roku w pierwszy piątek października podczas „Wieczoru z szantami” w łódzkim Klubie Lekarza. Gościem specjalnym wydarzenia będzie Marek Szurawski. Już dziś serdecznie zapraszamy!

Szach-mat dla rutyny

W Sielpi Wielkiej spotkali się lekarze różnych pokoleń, by na 64 polach zmierzyć się w królewskiej grze.

XXIII Mistrzostwa Polski Lekarzy i Rodzin Lekarskich w Szachach odbyły się w ośrodku Kuźnica w Sielpi Wielkiej w woj. świętokrzyskim. Młode pokolenie lekarzy szachistów spotkało się z pokoleniem lekarzy już doświadczonych.

W ramach championatu rozegrano turnieje szachów szybkich i błyskawicznych Rapid i Blitz, a obok turniejów głównych dla lekarzy – również turnieje rodzin lekarskich, które cieszyły się dużym zainteresowaniem.

W pierwszym dniu mistrzostw 30 maja rozegrano turniej Blitz. Udział wzięło



Fot.: archiwum prywatne

▲ Spotkanie pokoleń: młodego i doświadczonych lekarzy

17 zawodników reprezentujących dziewięć izb lekarskich. Rewelacją gry w Blitz okazał się Michał Polak, student ostatniego roku Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. W kolejnych dniach mistrzostw

rozegrano turniej szachów szybkich, tzw. Rapid. Rywalizowało w nim 28 zawodników z dziesięciu izb lekarskich. Mistrzem Polski lekarzy w Rapidzie na rok 2025 został Marcin Kostański, a mistrzynią kobiet – Weronika Posuniak.

Prowadzona była również punktacja drużynowa, która pozwoliła wyłonić najaktywniejsze i najlepsze w szachach izby lekarskie. Zdecydowanie wygrała OIL w Krakowie, drugie miejsce zajęła Dolnośląska IL, a trzecie Świętokrzyska IL.

dr Jerzy Pabis, Śląska IL
Janusz Wieczorek, arbiter główny

PO GODZINACH – SPORT

Nie tylko motocykle

PIOTR „MARGOL” MARKOWSKI

W Sopocie DoctorMotoClub znów udowodnił, że podróż to lekcja historii, sztuki i... samego siebie.

Właśnie zakończył się zlot DoctorMotoClubu „Wiosenne Impresje w Sopocie” i znowu na naszej drodze pojawili się pasjonaci. Kapitan Marek Czapiewski opowiedział nam o promie MF „Stena Ebba”, a główny inżynier Oskar Wojciechowski oprowadził nas po maszynie. Z taką pasją opowiadać mogą tylko ludzie, którzy kochają to, co robią. Prof. Jerzy Jankau zaprosił nas na lekcję anatomii i uświadomił, czego – mimo że jesteśmy lekarzami – nie zauważyliśmy na płótnie Hansa Memlinga „Sąd Ostateczny”, a co umknęło nam u Milwitza. Jak mogliśmy nie zauważyć rozszczepów podniebienia, raka skóry i kilkunastu innych szczegółów?



Fot.: archiwum prywatne

▲ Pasjonaci przyciągają pasjonatów motocyklowych eskapad

Inka Niemczewska to skarbnica wiedzy i kolejna pasjonatka, którą spotkaliśmy na naszej drodze.

Mieszkam w Trójmieście od urodzenia, myślałem, że wiem o Gdańsku dużo. Myliłem się... Czy wiecie, że Hitler przemawiał na wiecu w Gdańsku pod Dworem Artusa, mając nad sobą cztery rzeźby (są do dzisiaj), a jedną z nich jest król żydowski Juda Machabeusz?

Pasjonaci przyciągają pasjonatów – to niesamowite, ilu ciekawych ludzi poznaje DoctorMotoClub podczas motocyklowych eskapad. Czy wysłuchalibyśmy koncertu na handpanie Łukasza Oliwkowskiego – człowieka, który odkrył megalityczny grobowiec sprzed 5500 lat? Czy kiedykolwiek przyszłoby nam na myśl, że w zakolu Wisły pod Bydgoszczą spacerować będziemy po terenie osady ludożerców sprzed 2500 lat? Czy dotknęlibyśmy skamieniałych przed 12 mln lat drzew, o których pisał Długość?

Co nas jeszcze czeka w tym roku? Jedziemy na MotoBridge do Baby i w Bieszczady do Sody. Jednego możemy być pewni, znowu spotkamy pasjonatów i dowiemy się, jak mało wiedzieliśmy. Motocykle dają siłę!

PO GODZINACH – CZYTELNI

Jak wyjść z chaosu, który sami tworzymy

Uzależnienie nie zawsze oznacza substancje psychoaktywne – czasem przyjmuje znacznie subtelniejsze formy. Dr Scott Lyons, psycholog kliniczny i założyciel platformy Embody Lab, w książce „Nie rób dramy! Jak wyjść z uzależnienia od kryzysu i chaosu” udowadnia, że można być nałogowo uwikłanym w emocjonalne burze – własne lub cudze.

Autor nie moralizuje – wręcz przeciwnie. Z empatią i osobistym doświadczeniem (jak sam przyznaje, dramatyzowanie było jego sposobem na przetrwanie) tłumaczy, czym jest uzależnienie od dramatu, skąd się bierze i dlaczego niektórzy ludzie nie potrafią funkcjonować bez emocjonalnego zamieszania. Lyons pokazuje, że dramatyczne reakcje to często zakorzeniony w dzieciństwie mechanizm obronny, który chroni przed poczuciem pustki i lękiem.

Książka oparta jest nie tylko na historii autora, lecz także na doświadczeniach jego pacjentów. Znajdziemy tu analizę psychologiczną, przystępne objaśnienie schematów zachowań oraz praktyczne narzędzia do pracy nad sobą. Czytelnik może

samodzielnie sprawdzić, czy problem dotyczy również jego – w książce znajduje się test diagnostyczny. Dodatkowo autor krok po kroku pokazuje, jak wyjść z błędnego koła dramatyzowania, jak się nie „nakręcać” i jak poprawić jakość relacji.

Lyons nie ogranicza się do diagnozy – jego celem jest realna pomoc. Wskazuje konkretne strategie wyciszenia i przywracania emocjonalnej równowagi. Zwraca też uwagę na fizyczne skutki życia w chronicznym stresie – takie jak napięcie, wyczerpanie czy obniżona odporność.

„Nie rób dramy!” to książka, która – mimo lekkiego tytułu – porusza temat poważny i często bagatelizowany. Z jednej strony oferuje solidne psychologiczne podstawy, z drugiej zachęca do refleksji i działania. To lektura wartościowa nie tylko dla osób, które czują, że ich życie to emocjonalna sinusoida, ale też dla tych, którzy chcą lepiej rozumieć zachowania bliskich.

► Dr Scott Lyons „Nie rób dramy! Jak wyjść z uzależnienia od kryzysu i chaosu”
Wydawnictwo Rebis



PO GODZINACH – KULTURA

Sztuka spotkania. Plener Malujących Lekarzy

WŁODZIMIERZ CERAŃSKI

Twórczość, rozmowa, cisza i światło – tak można by streścić atmosferę XXIV Ogólnopolskiego Pleneru Malujących Lekarzy, który odbył się w maju w podwarszawskich Urlach. To wydarzenie wyjątkowe nie tylko dla lekarzy artystów, ale i dla lokalnej społeczności, która coraz chętniej dołącza do wspólnego święta sztuki.

Fot.: archiwum prywatne



◀ Uczestnicy pleneru malarskiego



▲ Plenery w naturze przyniosły wiele wartościowych prac

W dniach 19-29 maja 2025 r. w malowniczych Urlach nad Liwcem odbył się XXIV Ogólnopolski Plener Malujących Lekarzy. Gospodarzem wydarzenia był Ośrodek Wypoczynkowy Caritas kierowany przez dyrektora Włodzimierza Wieczorka.

Plener zgromadził 20 lekarzy artystów z całej Polski. Uczestników połączyła nie tylko pasja do malarstwa, ale i wyjątkowa atmosfera – sprzyjająca twórczemu skupieniu, inspirującym rozmowom i integracji środowiska. Pogoda dopisała, a plenery w naturze przyniosły wiele wartościowych prac.

Na szczególne wyróżnienie zasłużyły ikony pisane w tradycji bizantyjskiej autorstwa Joli Silskiej-Hańupki i jej męża. Mieczysław Chruściel zachwyił kunsztem portretowym, natomiast Jacek Ciekowicz poruszył widzów malarstwem psychodelicznym, które skłaniało do refleksji.

W ramach wydarzenia odbył się również III Ogólnopolski Plener Malarski „Urłańskie Klimaty”, zorganizowany przez Teresę Urbanowską z udziałem Danuty Rasińskiej i Gabrieli Czarneckiej. Program wzbogaciły warsztaty artystyczne: malowanie na porcelanie, wycinanka ludowa oraz dwudniowe zajęcia z akwareli prowadzone z wykorzystaniem materiałów Pracowni Artystycznych Wyzwań. Te ostatnie cieszyły się szczególnym zainteresowaniem – pozwalały uczestnikom spróbować sił w nowych technikach i rozwijać artystyczny warsztat.

Z cenną inicjatywą wystąpiła również dyrekcja Gminnego Ośrodka Kultury w Jadowie, zapraszając uczestników pleneru na warsztaty tworzenia kwiatów z materiałów artystycznych. Zajęcia poprowadziły dyrektor GOK, Magdalena Donoch, oraz instruktorka Diana.

Kulminacją wydarzenia były dwie wystawy poplenerowe:

- plenerowa prezentacja prac w zał. pałacu w Chrzęsnem,
- wernisaż w Jadowie z udziałem lokalnych władz i społeczności.

Podczas wernisażu zaprezentowano 170 prac wykonanych w różnych technikach – od oleju i akrylu po pastele, gwasze, akwarele i rysunek. W wydarzeniu uczestniczyli m.in. burmistrz Jadowa Rafał Rozpara oraz dyrektor GOK Magdalena Donoch, którzy podkreślali wagę współpracy artystycznej i docenili poziom prezentowanych dzieł.

Tegoroczny plener potwierdził, że Urtle to miejsce szczególne – sprzyjające sztuce, refleksji i budowaniu wspólnoty. Dzięki zaangażowaniu organizatorów i uczestników powstała przestrzeń, w której sztuka lekarska i malarska mogły spotkać się na równych prawach.

Pożegnanie

Z głębokim smutkiem i żalem
w dniu 3 czerwca br. pożegnaliśmy
Panią dr Renatę Błażejewską.

Zarząd Nowego Szpitala w Świebodzinie
i Współpracownicy składają Córkom
– Agacie i Marcie, najszczersze wyrazy
współczucia.

Sprostowanie

W czerwcowym wydaniu „Gazety lekarskiej”
błędnie podaliśmy, że autorem tekstu
„Radom inspiruje do zdjęć” jest Mirosław
Zydecki. Tymczasem jest on autorem zdjęcia
ilustrującego tekst, zaś sam tekst napisała
Bożena Hoffman-Golańska.

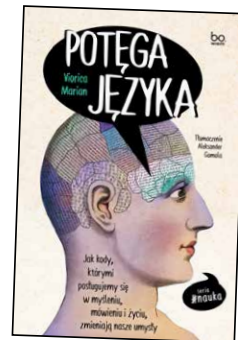
Za pomyłkę przepraszamy.

Redakcja

PO GODZINACH – CZYTELNIĄ

Powiedz „kocham” w kilku językach

Język może fascynować nie tylko językoznawców, ale każdego z nas. Przekonuje o tym książka „Potęga języka”. Autokar zaprasza w niej w podróż, która całkowicie zmienia spojrzenie na związki języka z myśleniem i emocjami. To wyprawa, z której nikt nie wraca taki sam. Viorica Marian przekonuje, że wielojęzyczność zwiększa kreatywność i koncentrację oraz rozwija umiejętności krytycznego rozumowania. Może też opóźnić rozwój demencji czy choroby Alzheimera o kilka lat. To opowieść o przekraczaniu granic i otwieraniu się na inne kultury, doświadczenia i sposoby myślenia. To również okazja, by dowiedzieć się, że np. słowo „kocham” wypowiedziane w języku ojczystym ma większy ładunek emocjonalny, niż w obcym.

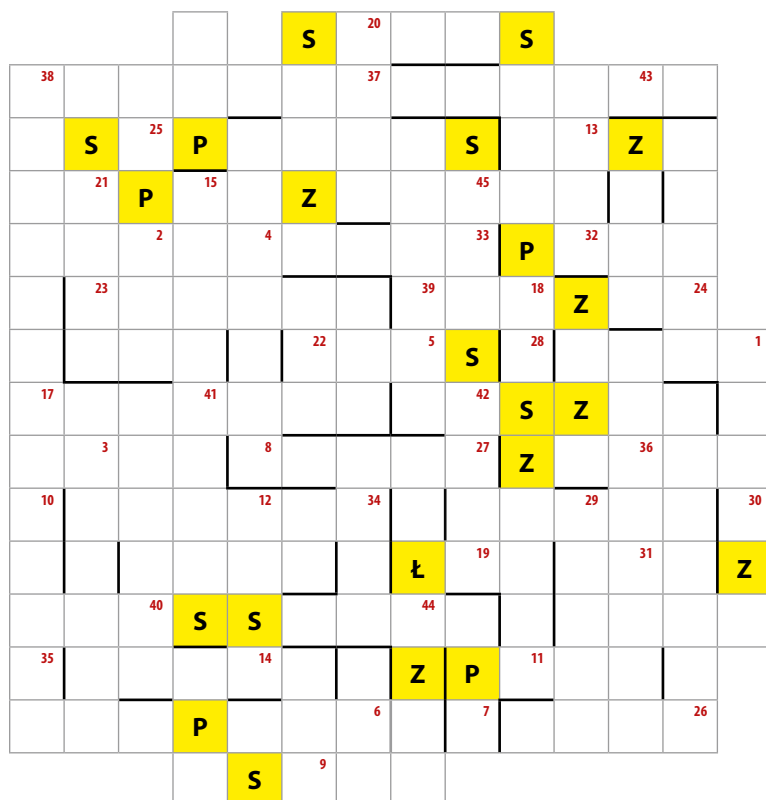


▲ „Potęga języka”,
Viorica Marian,
Wydawnictwo Bo.wiem



NIL Naczelna
Izba Lekarska

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 skróćów, adiacji, zmiany tytułów. Redakcja nie odpowiada za treść reklam i ogłoszeń. Autorów prosimy o przysyłanie tekstów zapisanych na CD, e-mail w edytorze pracującym w środowisku Windows. Publikacja ta przeznaczona jest tylko dla osób uprawnionych do wystawiania recept oraz osób prowadzących obrót produktami leczniczymi w rozumieniu przepisów ustawy z 6 września 2011 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz.U. nr 126, poz. 1381, z późn. zmianami i rozporządzeniami).



Klauzula informacyjna na str. 73/ Regulamin konkursu dostępny na www.gazetalekarska.pl

