

GAZETA L E K A R S K A

**PISMO IZB
LEKARSKICH**



DANE, PACJENTÓW W NIEBEZPIECZEŃSTWIE

Odbudujmy zaufanie do e-zdrowia

ŁUKASZ JANKOWSKI
PREZES NACZELNEJ RADY
LEKARSKIEJ



W ostatnich dniach po raz pierwszy spotkaliśmy się z nową Panią Minister Zdrowia Katarzyną Sójką i przekazaliśmy jej dokument nazwany przez nas „Siódemką NIL” (#7NIL), w którym zawarliśmy siedem konkretnych kroków, których wdrożenia oczekujemy od ministra zdrowia. Nie ma tu miejsca na typowe w takich sytuacjach negocjacje czy próby przedłużania terminu wprowadzenia zmian. Wszyscy mamy świadomość, że nie da się uzdrowić ochrony zdrowia w ciągu kilku tygodni, które pozostały do wyborów. Uważamy jednak, że pewne działania wymagają niezwłocznego wdrożenia.

Oczekujemy, że Pani Minister niezwłocznie zrealizuje nasze postulaty, a samorząd lekarski ze swojej strony zadeklarował wsparcie eksperckie i wolę pogłębionej współpracy z resortem. Myślę, że to nowa jakość, którą będziemy chcieli podtrzymywać – jasne wyartykułowanie możliwych do spełnienia, koniecznych i oczekiwanych przez środowisko zmian, których wykaz wręczamy ministrowi natychmiast po objęciu przez niego urzędu. Lekarze jako praktycy systemu zawsze są i będą surowymi recenzentami pracy resortu, jednak klarowne zarysowanie oczekiwań i widoczne efekty działań Ministerstwa Zdrowia mogą sprawić, że ta recenzja będzie dla resortu pozytywna.

Do rozmów z Panią Minister przystępujemy zjednoczeni jako środowisko, czemu daliśmy wyraz, stając murem za naszym kolegą lekarzem, jednocześnie pokazując pacjentom, że tajemnica lekarska jest dla nas najwyższą wartością i będziemy stać na straży jej przestrzegania.

Bardzo dziękuję wszystkim tym, którzy nie bali się zabrać głosu w tym czasie – śmiało można go określić kryzysem zaufania do systemu ochrony zdrowia. Tym, dzięki którym w przestrzeni publicznej wybrzmiała zawsze aktualna maksyma, że bezpieczeństwo pacjenta i bezpieczeństwa lekarza są ze sobą nierozdzielnie związane, a w konfrontacji z systemem stoimy zawsze po tej samej stronie.

Kandydując na stanowisko pre-

Środowisko lekarskie pokazało pacjentom,
że tajemnica lekarska jest dla niego
najwyższą wartością i będzie stać na straży jej
przestrzegania

zesa Naczelnej Rady Lekarskiej, deklarowałem, że samorząd powinien słuchać, angażować się i skutecznie działać. Po nieco ponad roku wspólnej pracy dzięki ogromnemu zaangażowaniu wielu osób deklaracja ta znajduje odzwierciedlenie w rzeczywistości.

Takie działania są niezbędne wobec pojawiających się nowych wyzwań, ale także dewastujących dla nas i niezrozumiałych ruchów rządzących. Po karygodnym ujawnieniu danych pacjenta i wprowadzaniu w sposób centralistyczny i często bezprawnie zmian w systemie

e-zdrowia dowiedzieliśmy się o kolejnej luce w systemie, spowodowanej bezpośrednio wprowadzanymi wcześniej zmianami i próbami ich korygowania.

Wszystkim nam zależy na odbudowaniu zaufania do systemu e-zdrowia. W dotychczasowej formie, przed wprowadzonymi tego lata zmianami, był bowiem użytecznym narzędziem naszej pracy. Niestety, jeśli pojawiają się informacje o przypadkach utraty bądź kradzieży dostępu do systemu e-zdrowia przez osoby postronne, a jednocześnie dostęp taki możliwy jest tylko na podstawie numeru PESEL i umożliwia historyczny wgląd we wszystkie recepty danego pacjenta, to pojawiają się pytania nie tylko o bezpieczeństwo danych pacjenta, ale także całego kraju. Nietrudno bowiem sobie wyobrazić, że z luk tej będą chcieli skorzystać hakerzy z krajów ościennych i zdobyte dane medyczne ujawnić bądź używać ich w celach wywierania wpływu.

Wszystkie podejmowane przez nas działania służące przejrzystości i bezpieczeństwu pacjentów są przez nich zauważane. Z ostatnich badań Instytutu Finansów, przeprowadzonych już po ujawnieniu danych lekarza pacjenta i naszej reakcji na to, widać, że zaufanie do lekarzy stale rośnie i deklaruje je najwięcej do tej pory spośród badanych, bo aż 72 proc.

To informacje, które w tych trudnych czasach napawają jednak optymizmem. ●

- 3 **Odbudujmy zaufanie do e-zdrowia**
Łukasz Jankowski
- 6 **Co z tymi umiejętnościami?**
Klaudiusz Komor

TEMAT NUMERU

- 7 **Dane pacjentów w niebezpieczeństwie**
Skandal z ujawnieniem danych lekarza i jednocześnie pacjenta pokazał dobitnie, dlaczego ministrowi i – szerzej – rządzącym nie w smak silny i niezależny samorząd zawodowy lekarzy i lekarzy dentystów

- 14 **Prawnicy komentują**

WAŻNE SPRAWY

- 16 **Bez bezpiecznych systemów jesteśmy bezbronni**
- 20 **Pieniądzy w szpitalach ciągle za mało**
Z finansami publicznych placówek nie jest tak dobrze, jak przedstawia to resort zdrowia

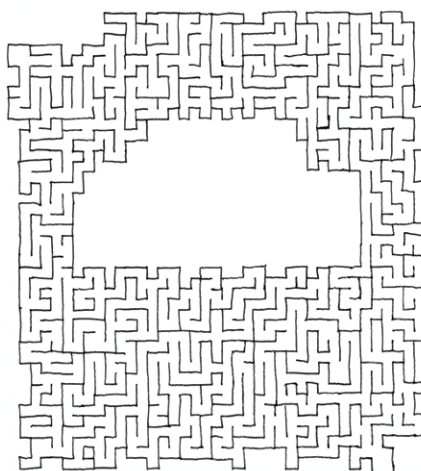
PRAWO I MEDYCYNĄ

- 24 **Spróbujmy się porozumieć**
- 26 **Żądał łapówki za przyspieszenie zabiegu**
Uzależnienie przyjęcia do szpitala publicznego lub wykonania operacji od uprzedniego wręczenia korzyści majątkowej jest skrajnym naruszeniem norm etycznych

- 28 **Recepty na masową skalę i uduszenie żony**

PODATKI I FINANSE

- 29 **Można oddać mniej fiskusowi**
Dobre wiadomości dla lekarzy wynajmujących posiadane nieruchomości. Małżonkowie wyliczą podatek według stawki 12,5 proc. dopiero po przekroczeniu 200 tys. zł, zamiast 100 tys. zł.
- 30 **Lekarze pytają, urzędnicy wyjaśniają**



DANE, PACJENTÓW W NIEBEZPIECZEŃSTWIE

TEMAT NUMERU
strony 7-14

Wszyscy się zgodzimy, że dane dotyczące przyjmowanych leków czy pośrednio wskazujące na kategorie dolegliwości zdrowotnych to najbardziej sensytywne dane

Reakcja samorządu lekarskiego była tak szybka i tak jednoznaczna, że chyba po raz pierwszy opinia publiczna stanęła po stronie lekarzy

PRAKTYKA LEKARSKA

- 32 **Dajmy zdrowiu szansę**
Paweł Barucha
- 32 **Stomatolog zostanie psychoterapeutą**
- 34 **Czy do pracy w ratownictwie wystarczy pieczętka?**
Jakub Sieczko
- 36 **Kiedy dziecko za szybko dojrzeje**
- 40 **Specjalista powinien być nadal internistą**
- 43 **Różnice studiów i szkoleń**
Mariusz Politowicz
- 44 **Wygrana chirurgów**
- 48 **Gruźlica nie odpuszcza**
- 50 **Pułapki w diagnostyce radiologicznej**
- 52 **Ze świata**
- 53 **Traktuj ludzi dobrze**
Anna Gołębicka
- 54 **Lekarz – pacjent. Relacja partnerska**
- 56 **Można się nauczyć, jak rozmawiać z pacjentem**
- 59 **List do redakcji**

SAMORZĄD ZAWODOWY

- 60 **Mówmy publicznie o wadach systemu**
Jakub Kosikowski
- 60 **O tym się mówi**

PO GODZINACH

- 66 **Podróże – Miasto światła z ciemną mocą**
Po Lizbonie wciąż można spacerować bez tłumów. Wystarczy pójść trochę wyżej, zejść z oczywistych szlaków
- 70 **Błąd malarski – Po czasie**
Salvadora Dalego przedstawiać nie trzeba. To jedna z postaci sztuki XX wieku, która oprócz talentu miała również pociąg do pieniędzy i sławy, a do tego wyjątkową osobowość
- 72 **Sen nocy letniej**
Jarosław Wanecki
- 73 **Przychodzi wena do lekarza – Bardzo krótka historia o synku**
- 74 **Kultura**
- 75 **Sport**
- 76 **Ogłoszenia**
- 82 **Jolka lekarska**



ZMIENIA SIĘ DLA CZYTELNIKÓW

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

e-wydania dla lekarzy i lekarzy dentystów do 69. roku życia
(dostarczana do skrzynek mailowych)

papierowej dla lekarzy i lekarzy dentystów 70+
(dostarczana do skrzynek pocztowych)

**JEŚLI NIE JESTEŚ ZADOWOLONY/A Z TAKIEGO KOLPORTAŻU
MOŻESZ TO ZMIENIĆ**

Nie czekaj – zdecyduj już teraz,
jakie wydanie „Gazety Lekarskiej”
chcesz mieć

TO ZAJMIE TYLKO 1 MINUTĘ

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

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



JEDNYM GŁOSEM

Co z tymi umiejętnościami?

Jeszcze długo poczekamy, zanim ktokolwiek zacznie swoją drogę do uzyskania certyfikatu.

8 lipca 2023 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 13 czerwca 2023 r. w sprawie umiejętności zawodowych lekarzy i lekarzy dentystów. Rozporządzenie to, bardzo krótkie w treści, zawiera dwa bardzo istotne załączniki. W pierwszym wymienione jest aż 57 umiejętności (wstępne wersje mówiły o 37), które może zdobyć lekarz lub lekarz dentysta, a w drugim określone są kwalifikacje lekarza i lekarza dentysty, będące warunkiem do ubiegania się o daną umiejętność.

Temat umiejętności lekarskich nie jest, wbrew pozorom, sprawą nową. Obecne rozporządzenie stanowi tylko uzupełnienie zapisów ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty, gdzie już od dłuższego czasu w artykule 17 są właśnie umiejętności zdefiniowane. W tym samym artykule znajdują się przepisy określające sposób i tryb ich uzyskiwania. Warto zadać sobie pytanie: co teraz? Czy można już zdobywać umiejętności z listy?

Otóż nie, sprawa nie wygląda tak prosto. Pierwszym problemem jest brak jeszcze jednego załącznika w rozporządzeniu, w którym określone byłyby specjalizacje, w których posiadanie poszczególnych umiejętności będzie uznawane z automatu (np. umiejętność echokardiografii miałby uznaną z automatu każdy specjalista kardiolog, ponieważ program specjalizacji z zakresu kardiologii zawiera w sobie zakres wiedzy i praktyki wymaganej dla tej umiejętności). W projekcie, który był przesłany wcześniej do konsultacji, taka dodatkowa tabela się znajdowała, jednak w wersji ostatecznej jej zabrakło.

Drugim problemem jest brak zdefiniowania jakichkolwiek korzyści z posiadania danej umiejętności. Nie ma na razie informacji, czy np. NFZ będzie lepiej wyceniał procedury wykonywane przez

lekarzy z daną umiejętnością. Przypomnijmy, że obecnie w polskim prawie poza nielicznymi wyjątkami nie ma ograniczeń czynności dla lekarzy. Każdy lekarz może wykonać każdy zabieg czy badanie, niezależnie od posiadania jakiegokolwiek specjalizacji, pod warunkiem że potrafi ją wykonać i weźmie za nią pełną odpowiedzialność.

Podobnie wygląda sprawa z umiejętnościami. Każdy będzie mógł wykonać wspomnianą echokardiografię niezależnie od tego, czy umiejętność echokardiografii będzie posiadał, czy nie. Pytanie: po co w ogóle te umiejętności wprowadzono? Tłumaczenie Ministerstwa Zdrowia, że miałyby one zastąpić część specjalizacji jest zupełnie nielogiczne i mało wiarygodne, bo w zakresie specjalizacji akurat żadnych zmian nie wprowadzono. Czyli tak naprawdę sztuka dla sztuki...

Wracając do samego procesu przyznawania umiejętności, to dokładnie określa go wspomniany art. 17 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty, zgodnie z którym certyfikaty umiejętności zawodowych będą przyznawać towarzystwa naukowe o zasięgu krajowym albo państwowe instytuty badawcze, właściwe dla danej umiejętności



KLAUDIUSZ KOMOR
WICEPREZES NACZELNEJ
RADY LEKARSKIEJ

zawodowej i wpisane do rejestru prowadzonego w formie ewidencyjno-informatycznej przez dyrektora CMKP. Wpis do tego rejestru będzie się odbywał na podstawie odpowiedniego wniosku, a dyrektor CMKP będzie miał możliwość kontroli wszystkich wpisanych do niego podmiotów.

Zeby jednak nie doszło do istotnych różnic w zakresie procesu certyfikacji, najpierw minister zdrowia zleci instytutowi badawczemu uczestniczącemu w systemie ochrony zdrowia oraz prowadzącemu działalność medyczną i naukową właściwą dla danej umiejętności zawodowej opracowanie minimalnych standardów obejmujących zagadnienia, na podstawie których będzie prowadzona jej certyfikacja. Reasumując – najpierw wskazane przez ministra instytuty muszą opracować minimalne standardy umiejętności, a dyrektor CMKP stworzyć wspomniany rejestr podmiotów certyfikujących, zanim ktokolwiek będzie miał możliwość zacząć swoją drogę do uzyskania certyfikatu jakiegokolwiek umiejętności. Sądząc po dotychczasowym trybie prac legislacyjnych nad umiejętnościami, możemy na nie jeszcze długo poczekać...

TEMAT NUMERU

Dane pacjentów w niebezpieczeństwie

Skandal z ujawnieniem danych lekarza i jednocześnie pacjenta pokazał dobitnie, dlaczego ministrowi i szerzej – rządzącym – nie w smak silny i niezależny samorząd zawodowy lekarzy i lekarzy dentyistów.

Nieosiągalne nie istnieje. 4 sierpnia 2023 r. minister zdrowia naruszył tajemnicę medyczną pacjenta i 8 sierpnia stracił stanowisko na nieco dwa miesiące przed wyborami parlamentarnymi. „Sprawa Pisuli” jak w soczewce pokazuje niebezpieczeństwa dwóch procesów, które w systemie ochrony zdrowia zachodziły równocześnie w ostatnich kilku latach: centralizacji i cyfryzacji. Mleko się rozlało tylko dlatego, że minister nie oparł się pokusie pokazania, „kto tu rządzi”. Puszka Pandory została otwarta.

PRYWATNOŚĆ NIE TAK OCZYWISTA

Pytania, czy dane medyczne, agregowane w chmurze, na serwerach i twardych dyskach, są bezpieczne albo raczej, na ile są bezpieczne, pojawiały się w debacie publicznej od lat. Niekiedy uciszane, wręcz z irytacją („taka jest kolej rzeczy”, „postępu nie zatrzymasz”), nie dały się całkiem zagonić do narożnika, ale też nie były w stanie zdominować dyskusji na temat e-zdrowia i jego rozwoju. Zdarzało się, że wybijały się na pierwszy plan, choćby przy okazji tworzenia osławionego „rejestrów ciąż”, gdy spora organizacja kobiecych, ale i prawników, zwracała uwagę na potencjalne implikacje istnienia takiego rejestru. Większość środowisk medycznych podkreślała wówczas pozytywny wymiar zbierania takich danych, korzyści dla zdrowia kobiety i płodu wynikające z faktu, że „gdzieś” zapisana jest informacja o ciąży. Jednak trzeba powiedzieć otwarcie, że do 4 sierpnia tego roku prawo do prywatności danych, do intymności, do zachowania tajemnicy medycznej będącej nie tylko obowiązkiem lekarza czy też specjalisty medycznego, ale przede wszystkim przywilejem pacjenta pozostawało w sferze domniemanej oczywistości. Sól jest słona, cukier słodki, a pacjent był pewny, że nikt publicznie nie wyciągnie jego danych

MAŁGORZATA SOLECKA
DZIENNIKARKA



medycznych i nie ogłosi ich urbi et orbi. 4 sierpnia triada pękła.

Każdy z Czytelników „Gazety Lekarskiej” może sobie sam szczerze odpowiedzieć, co konkretnie pomyślał, gdy dotarła do niego informacja o wpi-

Tweet bijący w lekarza był przełomem, punktem kulminacyjnym drogi, na którą minister Niedzielski wkroczył znacznie wcześniej

sie ministra Adama Niedzielskiego: „Lek. Piotr Pisula, szpital miejski w Poznaniu wczoraj w Faktach TVN: 'żadnemu pacjentowi nie dało się wystawić takiej recepty'. Sprawdziliśmy. Lekarz wystawił wczoraj na siebie receptę na lek z grupy psychotropowych i przeciwbólowych. Takie to FAKTY. Jakie kłamstwa czekają nas dziś?”.

Ale choć to 4 sierpnia zapamiętamy jako TEN dzień, warto pamiętać, że tweet bijący w Piotra Pisulę był właśnie przełomem, punktem kulminacyjnym drogi, na którą minister zdrowia Adam Niedzielski wkroczył znacznie wcześniej. Konkretnie wiosną 2023 r., gdy zdał sobie sprawę, że

reanimowanie domniemanej dycho-
tomii między resortem a środowiskiem lekarzy może stać się kołem zamachowym jego dalszej kariery politycznej. Bo trzeba przyznać, że o ile w 2022 r. duża część przekazu płynącego z Prawa i Sprawiedliwości (PiS), od samego prezesa Jarosława Kaczyńskiego, dotyczyła rzekomych „patologii” w środowisku lekarskim (od zarobków poczynając), o tyle w kolejnych miesiącach ten temat zdawał się wygasać. Przestał, jak to się mówi, „żyć”.

I wtedy resort zdrowia wyciągnął niczym magik chustkę z kapelusza temat receptomatów. Skojarzenie nieprzypadkowe o tyle, że chustka w kapeluszu tkwiła od ponad trzech lat, wystarczyło tylko pomachać różdżką i sięgnąć, co też skwapliwie zrobiono przy akompaniamencie werbli (w tym charakterze ministerstwo zaangażowało część mediów). W kwietniu do Naczelnej Izby Lekarskiej resort zdrowia skierował pierwsze zawiadomienia dotyczące lekarzy, którzy w ciągu roku wystawili rekordowe liczby recept, a już w maju minister zdrowia grzmiał, że samorząd lekarski „nie radzi sobie” z „czarnymi owcami”, nie odbiera (czy też nie zawiesza)



◀ Nikt nie próbował bronić Adama Niedzielskiego. Jego tweet do tego stopnia łamał prawo, że trudno było znaleźć argumenty na obronę ministra

fot.: twittercom/mz_gov_mz

praw wykonywania zawodu, wobec czego niezbędne będą w imię bezpieczeństwa pacjentów decyzje dyscyplinujące ze strony Ministerstwa Zdrowia. Zwracanie uwagi, że postępowania w pionach odpowiedzialności zawodowej i przed sądami lekarskimi muszą trwać, zastrzeżenia co do kierunku zapowiadanych „decyzji dyscyplinujących”, przypomnienia, że to właśnie samorząd lekarski od dawna domaga się wprowadzenia standardu porad teledywnych, co w ogromnym stopniu rozwiązałoby problem patologicznych praktyk związanych z komercyjnym wystawianiem recept – to wszystko zdawało się wpadać w próżnię.

BEZPRAWNE LIMITY

Gdy minister zdrowia 30 czerwca ogłosił w świetle jupiterów, że wobec niezdolności samorządu lekarskiego do samooczyszczenia, w celu walki z receptomatami wprowadzi limit 300 recept na 10 godz. pracy lekarza, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Łukasz Jankowski mówił dziennikarzom, że jeśli takie przepisy zostaną wydane, samorząd natychmiast je zaskarży. Logiczne, bo to jawna ingerencja w wolność wykonywania zawodu – nieuprawniona i nieuzasadniona. Jednak tego, co zrobił minister, nie przewidział nikt: 2 lipca na podstawie „roboczych kontaktów” między urzędnikami Centrum e-Zdrowia

włączyło limity. Lekarze dowiadawali się o tym sukcesywnie w tym samym lub w kolejnym dniu. Samorząd lekarski, a także Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy i Porozumienie Rezydentów OZZL zareagowały natychmiast, choć z powodu braku podstawy prawnej – tu paradoks – trudno było zrealizować plan zaskarżenia wprowadzonych limitów.

Konsekwentnie jednak powtarzano żądania o wycofanie się ministerstwa z bezprawnych rozwiązań łamiących przepisy konstytucyjne i ustawowe. Rzecznik Praw Obywatelskich Marcin Wiącek dwukrotnie w lipcu wystąpił do ministra zdrowia z pytaniami o podstawę prawną wprowadzenia limitów na recepty. Ministerstwo z jednej strony zdawało się być gotowe do zrobienia kroku w tył (decyzja o wyłączeniu z limitów recept na leki refundowane), z drugiej trwało przy swoim: „Jeżeli ktoś pyta, jakim prawem wprowadziliśmy ograniczenia, to odpowiadam: prawem ochrony zdrowia pacjentów, którzy w tzw. receptomatach mogli otrzymać każdy lek bez żadnych konsultacji lekarskich” – mówił Wojciech Andrusiewicz, rzecznik ministra zdrowia i jeden z jego najbliższych współpracowników w resorcie.

Konflikt narastał. Minister oskarżał lekarzy już nie tylko o beczynność, ale wręcz sprzyjanie biznesowi receptowemu, działania lobbystyczne. Lekarze domagali się respektowania zasad państwa prawa, które przesądza, że urzędnicy państwowi, instytucje państwa mogą działać wyłącznie w granicach przepisów i na ich podstawie, zapowiadając (OZZL i PR OZZL) pozwy sądowe za pomówienia o lobbings.

Eskalacja ma to do siebie, że nie może trwać bez końca. Gdy 2 sierpnia weszły w życie przepisy rozporządzenia zmieniające zasady wystawiania recept na leki psychotropowe i przeciwbólowe, lekarze – z równą konsekwencją co uprzednio – wskazywali i nagłaśniali absurdy wprowadzonych rozwiązań oraz (co jeszcze ważniejsze) ich techniczne mankamenty. Techniczne, ale utrudniające pracę lekarzom, a pacjentom blokujące dostęp do niezbędnych leków. Jeśli łont już się tlił, obficie podlały go benzyna „Fakty” TVN, które 3 sierpnia wyemitowały materiał o kolejnych problemach z receptami.

TRUDNY NIEPOKÓJ

– O wpisie dowiedziałem się od znajomych. Właściwie spałem, gdy rozdzwonił się telefon. Najpierw zdziwienie: minister napisał o mnie personalnie w mediach społecznościowych? Później szok, gdy zobaczyłem treść wpisu. W kolejnych godzinach czułem chyba głównie pewien trudny do opisanego niepokój – wspomina 4 sierpnia Piotr Pisula.

– W pierwszej chwili byłem bardzo zaskoczony! Wydawało mi się niemożliwe, że ktoś posunął się do takiego kroku. Jako lekarz zostałem wychowany w wielkim poszanowaniu dla tajemnicy lekarskiej, wielokrotnie w czasie mojej pracy zawodowej – czy to w szpitalu, czy gabinecie – miałem okazję przekonać się, jak ważne jest jej bezwzględne zachowanie. Tymczasem ktoś, i to na dodatek osoba sprawująca bardzo ważne stanowisko publiczne, w mediach społecznościowych pisze otwartym tekstem, że ten a ten lekarz wypisał na siebie jakiś lek, przez co jednocześnie zasugerował, że może mieć chorobę wymagającą tego leku. Wtedy miejsce pierwszego zaskoczenia zajęło oburzenie – opowiada

dr n. med. Klaudiusz Komor, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej.

– Jako strażnicy tajemnicy lekarskiej nie wierzymy, że to w ogóle się stało. Bo to nam, lekarzom, pacjenci powierzają swoje najbardziej głębokie i intymne tajemnice, a my potem przecież te informacje podajemy do systemu – komentował na gorąco na antenie prezes NRL TVN Łukasz Jankowski.

Przemysław Rawa-Kłoczek, adwokat, prawnik Naczelnej Izby Lekarskiej: – Byłem zszokowany. Po raz pierwszy w przestrzeni publicznej tak wysoki rangą urzędnik, minister zdrowia, ujawnił informację dotyczącą osoby prywatnej, którą powziął w związku z wykonywanym stanowiskiem. Informację dotyczącą stanu zdrowia tej osoby. Dane wrażliwe, dotyczące przebiegu leczenia, zażywanych przez Piotra Pisulę leków, informację na temat pacjenta, nie na temat lekarza – tak to natychmiast zdefiniowałem. Zostały ujawnione dane pacjenta Pisuli, nie lekarza Pisuli.

Ujawnione, trzeba powiedzieć, z ogromnym rozmachem: w kolejnych godzinach i dniach z niedowierzaniem można było obserwować, jak tweet Adama Niedzielskiego staje się wiralem, osiągając po weekendzie 4,5 mln wyświetleń. Sprawa zdominowała też media tradycyjne, poza tymi sprzyjającymi rządowi, w których zaległa pełna konsternacji cisza. Trudno się dziwić, skoro jak w soczewce skupiła wymiar środowiskowy, obywatelski, polityczny. I oczywiście prawny.

LEKARZ NIE SKŁAMAŁ

Ten ostatni jest w sumie najprostszy. Trudno byłoby znaleźć prawnika, który stanąłby po stronie Adama Niedzielskiego. Choć, trzeba przyznać, minister sprawiedliwości Zbigniew Ziobro po weekendzie próbował zwracać uwagę na „kontekst” całej sprawy. Minister Niedzielski próbował wyjaśniać – również na Twitterze – że działał w interesie publicznym, dla dobra pacjentów, żeby ich uspokoić i zdemaskować kłamstwa lekarza.

Problem w tym, że lekarz nie skłamał: fakt, że mógł wystawić receptę pro autorem nie dowodzi, że recepty mógł bez problemu wystawiać pacjentom. Ale clou problemu prawnego leży gdzie indziej: nawet gdyby lekarz rzeczywiście minął się z prawdą, minister i tak nie miał prawa ujawnić informacji o nim jako o pacjencie. Gdyby wpis ograniczył się do stwierdzenia, że resort zdrowia ustalił, że lekarz Piotr Pisula wystawił tego dnia receptę na lek z grupy objętej rozporządzeniem, całej sprawy by nie było. Zapewne podniosłyby się głosy,

na jakiej podstawie minister dokonuje takich indywidualnych sprawdzeń, ale temat – z punktu widzenia opinii publicznej – byłby nieistotny. Środowiskowo ważny, prawnie ciekawy, ale niemający potencjału na rozpalenie wyobraźni zbiorowej.

W wymiarze środowiska lekarskiego skandal pokazał chyba po raz pierwszy znaczenie zmiany, jaka dokonała się w samorządzie lekarskim

Lekarze domagali się respektowania zasad państwa prawa, które przesądzają, że urzędnicy państwowi mogą działać wyłącznie w granicach przepisów i na ich podstawie

w maju 2022 r. Jak na ironię zaledwie dwa dni wcześniej Ministerstwo Zdrowia mentorskim tonem pouczało lekarzy z OZZL i Porozumienia Rezydentów OZZL, jak działają media społecznościowe, by po kilkudziesięciu godzinach zaliczyć twarde lądowanie. Bo kto jak kto, ale młodzi lekarze z całą pewnością „w socialach” potrafią lepiej niż najbardziej nawet przekonani o swoich kompetencjach w tej dziedzinie urzędnicy. A pokolenie protestu 2017 r., które przejęło stery

w samorządzie, w niczym młodszym kolegom nie ustępuje.

SAMORZĄD BIEGŁY W SOCIAL MEDIACH

Social media to narzędzie. Istotą jest treść, którą się ma do przekazania. Prezes NRL Łukasz Jankowski praktycznie natychmiast ogłosił publicznie, że Izba udzieli Piotrowi Pisuli każdego możliwego wsparcia, przede wszystkim w zakresie prawnym, a po kilkunastu godzinach dorzucił zarówno zapowiedź skierowania zawiadomień do prokuratury, Urzędu Ochrony Danych Osobowych, Rzecznika Praw Obywatelskich i Rzecznika Praw Pacjenta, jak i – przede wszystkim – fakt skierowania do premiera Mateusza Morawieckiego listu, w którym samorząd lekarski ogłosił brak możliwości kontynuowania współpracy z ministrem zdrowia.

Piotr Pisula, pytany, czy w którymś momencie czuł się osamotniony: – Nie. Cały czas miałem wsparcie bliskich. Bardzo stanowczo i sprawnie zadziałała NRL, za co chciałbym szczerze podziękować. Wsparcie płynęło też z mojej własnej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, ale i OZZL czy zawsze mi bliskiego Porozumienia Rezydentów. Istotne było dla mnie też to, że dostawałem wiele wiadomości od dawnych znajomych

► Piotr Pisula był jednym z liderów protestu medyków przed kancelarią premiera w 2021 r.



i od nieznajomych. Ostatecznie z godziny na godzinę było mi dzięki temu łatwiej, czułem, że wiele osób w całym kraju jest po mojej stronie.

Trudno zaprzeczyć. Nawet najbardziej zdecydowana reakcja samorządu na atak nie byłaby prawdopodobnie wystarczająca, gdyby nie vox populi wyrażony w trendach na Twitterze. W kluczowej pierwszej dobie niemal nie było głosów innych niż oburzenie na czyn Adama Niedzielskiego. Te z prorządowej części internetu uruchomiły się dopiero w niedzielę, ale i tak nie były w stanie przezwyciężyć tonu dyskusji. Wyrok zapadł, zanim wydały go półoficjalnie gremia kierownicze partii rządzącej.

To społeczny, a wręcz obywatelski wymiar afery. Do rangi symbolu urasta fakt, że oprócz samorządu lekarskiego instytucjonalnie w sprawie pierwszy wystąpił Rzecznik Praw Obywatelskich. W istocie doszło bowiem – jak wskazali prawnicy, również RPO – do naruszenia podstawowego prawa każdego obywatela do zachowania prywatności. W myśl „wyjaśnień”, jakie już po swojej dymisji skierował do RPO Adam Niedzielski, Minister Zdrowia jako organ uprawniony do przetwarzania danych zdrowotnych, kierując się interesem publicznym, miałby prawo do publikowania takich informacji w imię „interesu społecznego”.

– Działalem na podstawie i w ramach przepisów – twierdzi były już minister zdrowia, choć każdy racjonalnie myślący i znający podstawy prawa człowiek

(niekoniecznie prawnik) czuje, że to nieprawda.

NADUŻYŁ FUNKCJI MINISTRA

– To, czy Piotr Pisula rzeczywiście sam wystawił dla siebie receptę, czy próbował ją wystawić, by przetestować system, było irrelewantne wobec tego, co zrobił Adam Niedzielski, ewidentnie nadużywając swojej funkcji ministra. Nic nie dało mu prawa ujawnić w przestrzeni publicznej in-

Analiza przepisów, na które powołał się minister, nie powinna prowadzić do wniosku, że ma on prawo dostępu do danych wrażliwych

formacji dotyczącej osoby prywatnej, pacjenta – komentuje Przemysław Rawa-Klocek. – Jaki ważny interes społeczny miałby być chroniony przez ujawnienie, jakiego rodzaju leku potrzebuje X? W mojej ocenie jest wręcz odwrotnie. Swoim wpisem na Twitterze minister naruszył ważny interes społeczny: ujawniając dane konkretnego pacjenta, spowodował niepewność, że każdego z nas może spotkać to samo.

Przemysław Rosati, prezes Naczelnej Rady Adwokackiej, w rozmowie z „Gazetą Lekarską” z 10 sierpnia

komentował: – Zadałem sobie trud przejrzenia podstawy prawnej, na którą pan minister powołał się w swoim oświadczeniu z 5 sierpnia. Uważam, że prawo dostępu do tak sensytywnych danych, nie mówiąc o ich ujawnianiu, powinno być w sposób precyzyjny zapisane w ustawie. Analiza przepisów, na które powołał się minister, nie powinna prowadzić do wniosku, że ma on prawo dostępu do takich danych. Ale nawet jeżeli przyjmemy, że miał prawo dostępu do nich, nie miał żadnej podstawy, by te dane udostępnić.

Dlaczego ta sprawa tak mocno poruszyła internautów, użytkowników mediów społecznościowych? – Bo została podeptana jedna z fundamentalnych wartości – prawo do prywatności. Dziś to pojęcie ma wielkie znaczenie dla obywateli w wielu dziedzinach. Natomiast w ochronie zdrowia ma ono szczególnie miejsce. Przecież wszyscy, pracując na co dzień z tajemnicą lekarską, doskonale to wiemy. I chyba właśnie dlatego sprawa nabrała takiego rozmiaru. Człowiek będący ministrem zdrowia, czyli z założenia stojący na straży kluczowych wartości w ochronie zdrowia, zachował się nie tylko tak, jakby nie miał pojęcia o tych wartościach, ale wręcz im zaprzeczył. To nie do przyjęcia – ocenia Piotr Pisula, wskazując też na istotny wymiar braku umiejętności reagowania na kryzys: – Zamiast się wycofać, Niedzielski szedł w zaparte. Błąd za błędem. Jedną z najważniejszych rzeczy, o których musi pamiętać lider, jest przykład własny. Jeśli minister nie szanuje prywatności obywateli, to jego podwładni też nie będą się nią przejmowali. A drugą – umiejętność przyjęcia krytyki, przyznania się do błędu i zmiany zdania. Tego zabrakło.

Piotr Pisula skierował do ministra zdrowia przedsądowe wezwanie do publikacji przeprosin i wpłaty 100 tys. złotych na wskazane hospicjum. Nie doczekał się żadnej reakcji i, jak sam mówi, sprawy nie uważa za zakończoną.

PREMIER PRZYJĄŁ DYMISJĘ

Vox populi wybrzmiał jednoznacznie. Vox Dei nie mógł rezonować wbrew. Bożek polityki, od którego wszystko, a w każdym razie wiele, w tej sprawie się zaczęło, okazał się bezwzględny.



◀ Prezes NRL skierował do premiera list, w którym ogłosił brak możliwości kontynuowania współpracy z ministrem zdrowia (na zdjęciu od lewej: prezes NRL Łukasz Jankowski, sekretarz NRL Grzegorz Wrona i wiceprezes NRL Klaudiusz Komor)

Piotr Pisula, jak mówi, nie czuł się samotny, natomiast wokół Adama Niedzielskiego wytworzyła się dosłownie czarna dziura – zero wsparcia kolegów z partii i z rządu. – Wydaje się, że praktycznie nikt nie próbował bronić ministra zdrowia, ponieważ jego tweet do tego stopnia łamał prawo, że trudno było znaleźć jakieś argumenty na jego obronę. Poza tym reakcja samorządu lekarskiego była tak szybka i tak jednoznaczna, że chyba po raz pierwszy opinia publiczna stanęła po stronie lekarzy. Poczuję się dumny, kiedy w ogólnopolskiej telewizji, w głównym programie informacyjnym, usłyszałem słowa: „Naczelna Izba Lekarska murem stanęła za lekarzem”. Działając od ponad dwudziestu lat w samorządzie, zawsze czekałem na coś takiego – mówi wiceprezes NRL dr Klaudiusz Komor.

Dopiero w niedzielę wieczorem uruchomił się europoseł Ryszard Czarnecki, wspominając coś o kłamstwach lekarza. W podobnym duchu zabierali głos po weekendzie pojedynczy politycy PiS, w tym posłanka Katarzyna Sójka. Bardziej energicznie pogroził lekarzom minister rozwoju Waldemar Buda: – Lekarzy trzeba niekiedy dyscyplinować.

Jednak to była tylko wodna kurtyna przy szalejącym pożarze, a zwłaszcza głosy kluczowych w obszarze zdrowia posłów PiS i lekarzy, Tomasza Latosa i Bolesława Piechy, którzy wprost mówili o błędzie Niedzielskiego, nie pozostawiały wątpliwości. Pytanie brzmiało nie „czy”, tylko „kiedy” Niedzielski zapłaci stanowiskiem za wyjście przed szereg.

Bo patrząc na sprawę szerzej i uwzględniając to, co wiemy o ambicjach wyborczych ministra, atak na Piotra Pisulę był manifestacją determinacji Niedzielskiego. Kilka dni wcześniej został przez partię pozbawiony złudzeń co do możliwości otrzymania „jedynek” na piłskiej liście do Sejmu. Adam Niedzielski startował z ambicjami znacznie wyżej – jeszcze kilka miesięcy temu przekonywał na Nowogrodzkiej, że może być lokomotywą w Poznaniu. Obietnicami dotyczącymi Piły był mamiony bardzo długo, ale na ostatniej prostej srodze się rozczarował. Szarża z 4 sierpnia, jak można usłyszeć wśród osób zbliżonych do sztabu PiS, to ostatnia próba udowodnienia, że potrafi ostro walczyć. 8 sierpnia premier Mateusz Morawiecki ogłosił, że przyjął dymisję Adama Niedzielskiego.

Były już minister postawił wszystko na jedną kartę. Przegrał, mimowolnie ujawniając skalę zagrożeń związanych

PRZEMYSŁAW ROSATI,
PREZES NACZELNEJ RADY
ADWOKACKIEJ



foto: archiwum prywatne

Nieprawdę się prostuje, a nie tweetuje

Rzecznik Ministerstwa Zdrowia Wojciech Andrusiewicz (9 sierpnia zrezygnował z funkcji) mówił, że lekarz w jednej z większych telewizji w Polsce straszył pacjentów, że nie będą mogli otrzymywać leków. I Adam Niedzielski postanowił udowodnić, że to kłamstwo. Nie przesadził przypadkiem?

Pan rzecznik zademonstrował elementarny brak wiedzy, jeśli chodzi o to, kto w Polsce ma kompetencje do przeprowadzania testu prawdy. Na pewno nie jest to rolą ministra zdrowia. Jeśli minister uznał, że doktor nie ma racji, to proporcjonalnym i adekwatnym sposobem postępowania powinno być wydanie oświadczenia odnoszącego się do meritum sprawy, a nie pisanie twitta, który personalnie atakował lekarza, łamiąc przy okazji prawo do ochrony jego najbardziej wrażliwych danych. Myślę, że wszyscy się zgodzimy, że dane dotyczące przyjmowanych leków czy pośrednio wskazujące na kategorii dolegliwości zdrowotnych to najbardziej sensytywne dane. Minister zachował się w sposób absolutnie nieadekwatny do sytuacji. Jeżeli uznał, że doktor miał rzekomo powiedzieć nieprawdę, wystarczyło to sprostować. Zakładam, że minister, składając takie oświadczenie, uspokoiłby pacjentów – jeśli miał podstawy sądzić, że ktoś może się czuć zaniepokojony. Jeśli zaś uważał, że lekarz pomówił go osobiście jako ministra konstytucyjnego czy też resort, na czele którego stoi, powinien skorzystać z drogi prawnej, jaką jest sąd. Powinien

zachować się tak jak każdy obywatel w tym kraju. Tymczasem stykając się z krytyką, automatycznie podjął działania odwetowe, sięgając po broń atomową, jaką jest ujawnianie wrażliwych danych.

Czas pomiędzy wpisem ministra a momentem, gdy doktor Pisula mógł się odnieść i wyjaśnić przede wszystkim swoim pacjentom, że nie przyjmuje leków psychotropowych, tylko przeciwbólowe, był niezwykle istotny. Czas ten mógł wywołać, a moim zdaniem na pewno wywołał nieodwracalne szkody, jeśli chodzi o dobre imię Pana doktora. Wiele osób mogło postrzegać w kontekście wpisu ministra, że doktor leczy się na dość poważne choroby. Innymi słowy, sposób, w jaki minister postąpił, doprowadził do swoistej stygmatyzacji doktora przez pryzmat treści zawartych we wpisie. Pomijam, że doktor, chcąc wyjaśnić sprawę, został następnie swoiście zmuszony do wskazania, jakie konkretnie leki sobie wypisał. Minister naruszył jego prawo do prywatności, a cała sytuacja spowodowała, że lekarz, broniąc się, musiał powiedzieć w mediach, jakiego rodzaju środki przyjmuje i z jakiego powodu. Niewyobrażalne.

Not. AW

z prowadzoną konsekwentnie od lat i doprowadzoną przez niego samego niemal do perfekcji centralizacją systemu, który w haśle ma być „pacjentocentryczny”, a jest, co pokazała afera, po której stracił stanowisko, ministrocentryczny.

MINISTER DEFINIUJE

W ciągu dosłownie kilku tygodni okazało się bowiem, że minister działa poza prawem i ponad prawem, definiując samodzielnie takie pojęcia jako „dobro pacjenta”, „interes społeczny” i niczym w ustroju



◀ Prezydent powołał 10 sierpnia nową minister zdrowia Katarzynę Sójkę

foto: MZ

NOWA MINISTER ZDROWIA

Katarzyna Sójka – lekarka, specjalistka chorób wewnętrznych praktykująca jako internistka i lekarka rodzinna w szpitalu w Ostrowie Wielkopolskim i POZ w Mikstacie, 10 sierpnia 2023 r. została powołana na stanowisko ministra zdrowia. Absolwentka Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu oraz leśnictwa na Uniwersytecie Przyrodniczym w Poznaniu (tytuł inżyniera uzyskała w 2013 r.). W 2018 r. wybrana na radną powiatu ostreszowskiego, gdzie pełniła funkcję wiceprzewodniczącej. W 2019 r. uzyskała mandat posłanki na Sejm RP IX kadencji. Jest członkinią Komisji Ochrony Środowiska, Zasobów Naturalnych i Leśnictwa, Ponadto Polityki Społecznej i Rodziny oraz Komisji Zdrowia. Jest również przewodniczącą Parlamentarnego Zespołu ds. Pediatrii, powołanego jesienią ubiegłego roku.

bardzo dawno już minionym bez żadnego trybu podejmuje decyzje, nie przyjmując krytycznych uwag ani najbardziej nawet zasadnych rekomendacji płynących od niezależnych partnerów. Kluczowe jest słowo: niezależnych. Można powiedzieć, że skandal pokazał dobitnie, dlaczego ministrowi i szerzej – rządzącym – nie w smak jest silny i niezależny samorząd zawodowy lekarzy i lekarzy dentystów. Wasalizacja kolejnych gremiów, uzależnianie ich od resortu – również w wymiarze finansowym – gwarantuje spokój i brak reakcji wtedy, gdy jest ona nie na rękę.

Drugi niepożądany z punktu widzenia decydentów efekt skandalu to postawienie w centrum uwagi potencjalnych zagrożeń, jakie niesie ze sobą cyfryzacja ochrony zdrowia. Dr Maria Libura, współautorka raportu poświęconego cyfryzacji, który wiosną opublikowała Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie („Cyfryzacja zdrowia w interesie społecznym”), komentując na gorąco skandal, jako jedna z pierwszych zwracała uwagę na ogromne zagrożenie spadkiem zaufania do bezpieczeństwa danych, które nie tyle obywatele przekazują, co państwo je „zabiera”, agreguje i uważa za własne. Ten wątek bardzo mocno wybrzmiał też w wyjaśnieniach publikowanych przez Niedzielskiego. Można wręcz mówić o etatyzacji danych wrażliwych. Pojawili się w przestrzeni publicznej słuszne postulaty, które w ostatnich latach były formułowane, ale schodziły na dalszy plan: na przykład by każdy pacjent z poziomu IKP miał dostęp do informacji, kto i kiedy sięgał do jego informacji zdrowotnych. Wydaje się, że dyskusja na temat bezpieczeństwa danych, ale też takich wartości jak tajemnica lekarska, tajemnica medyczna czy prawo pacjenta do prywatności będzie się musiała odbyć, tym razem „na serio”, raz jeszcze. Lub po prostu – będzie musiała się odbyć. Istotnym głosem w niej będzie bez wątpienia stanowisko Towarzystw Naukowych.

LUKA W SYSTEMIE

Poprawiając system, by nie blokował możliwości wystawienia pacjentowi recepty na leki psychotropowe i przeciwbólowe, jak to miało miejsce po 2 sierpnia, wprowadzono

rozwiązanie, które umożliwia każdemu zalogowanemu użytkownikowi gabinet.gov.pl sprawdzenie historii leków każdego obywatela. Wystarczy, że zna numer PESEL. Mówiąc w skrócie, każdy lekarz, dysponując takim numerem, może zobaczyć leki osoby, której nigdy nie leczył.

Sprawę 21 sierpnia nagłośniły Fakty TVN razem z Naczelną Izbą Lekarską (NIL). Przed kamerą prezes NRL Łukasz Jankowski sprawdził, że po zalogowaniu się do systemu osoba z uprawnieniami lekarza może dowiedzieć się o przyjmowanych lekach, przepisanych dawkach, a nawet o czasie wykupienia ich w aptece. Dostępny jest także adres zamieszkania oraz imię i nazwisko pacjenta. – Szokujący dostęp do tak naprawdę większości danych medycznych o tym pacjencie. Nie mielibyśmy się w to głowie, że coś takiego może w ogóle funkcjonować – przyznał w rozmowie z reporterem „Faktów”. I dodał: – Uważam, że to jest zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjentów.

Luka pojawiła się po tym, jak 2 sierpnia zmieniły się zasady wystawiania recepty na leki psychotropowe i przeciwbólowe w ramach akcji ówczesnego ministra z tzw. receptomatami. Lekarze, którzy alarmowali o problemach z wystawianiem recepty (również podczas wizyt stacjonarnych), byli oskarżani o kłamstwa, ale równocześnie rozpoczęły się prace nad „poprawianiem” tego, co miało działać bez zarzutu. Jakub Kosikowski, rzecznik samorządu lekarskiego, mówił „Faktom”, że 7 sierpnia, mając problem z wystawianiem recepty został poinformowany, że w systemie pojawi się możliwość zaznaczenia pola „Zgoda pozyskana od pacjenta lub sytuacja zagrożenia życia”. Jak relacjonował lekarz, ta możliwość miała pojawić się 8 lub 9 sierpnia, ponieważ on sam już 10 sierpnia dzięki tej opcji wystawił receptę na określony lek. Wystarczyło samo zaznaczenie odpowiedniego pola, bez konieczności pozyskania realnej zgody pacjenta (o autoryzacji nie mówiąc) na zapoznanie się z jego lekową historią.

Jak twierdzi prezes NIL samorząd poinformował o problemie ministra cyfryzacji Janusza Cieszyńskiego, który 22 sierpnia zamieścił swoje refleksje na Twitterze:

– dostęp do systemu wymaga logowania danymi lekarza. To zabezpieczenie też nie jest idealne, ale z pewnością

**CO SIĘ DZIAŁO PRZED
WPISEM MINISTRA
NIEDZIELSKIEGO?**

- **30 czerwca** – minister zdrowia zapowiada drastyczne działania przeciw receptatom. Pojawiają się pierwsze głosy zaniepokojenia ze strony lekarzy.
- **3 lipca** – wchodzi limit 300 recept na 10 godz. na lekarza, ale brakuje aktu prawnego, który dałby podstawę prawną temu rozwiązaniu. Wielu lekarzy alarmuje, że nie może pomóc pacjentom, m.in. w placówkach POZ.
- **13 lipca** – protest lekarzy przeciwko limitowi pod gmachem Ministerstwa Zdrowia. W odpowiedzi minister zdrowia oskarża lekarzy na Twitterze o czerpanie zysków z receptomatów.
- **15 lipca** – minister zdrowia ogłasza sukces, ale nie podaje danych, które by to potwierdziły. Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy (OZZL) składa wniosek o udostępnienie informacji publicznej.
- **21 lipca** – w odpowiedzi na bezpodstawne oskarżenia ministra zdrowia OZZL składa przedsądowe wezwanie do usunięcia wpisu naruszającego dobra osobiste protestujących lekarzy oraz do przeprosin.
- **28 lipca** – mija czas wezwania. W odpowiedzi na wniosek o udostępnienie informacji publicznej ministerstwo przedłuża czas na odpowiedź do 10 września.
- **2 sierpnia** – odbywa się konferencja prasowa OZZL w związku ze zignorowaniem wezwania i przejściem na drogę sądową.
- **4 sierpnia** – minister zdrowia ujawnia publicznie dane medyczne lekarza. NIL zgłasza sprawę do prokuratury, a prezes NRL Łukasz Jankowski pisze w liście do premiera, że środowisko lekarskie uznaje dalszą współpracę z ministrem zdrowia Adamem Niedzielskim za niemożliwą.
- **8 sierpnia** – Adam Niedzielski składa dymisję z funkcji ministra zdrowia, a premier ją przyjmuje.
- **10 sierpnia** – Katarzyna Sójka, lekarka i posłanka PiS, zostaje nową minister zdrowia.

Źródło: PR OZZL

lepsze niż w czasach, kiedy takie dane były w papierze albo np. w systemie szpitalnym/przychodnianym, nad których działaniem nie było realnej kontroli,

– każda operacja w systemie jest rejestrowana, przez co da się ustalić, kto uzyskał dostęp do naszych danych. Jeśli ktoś zrobił to bezprawnie, można podjąć próbę ustalenia sprawcy, a ślady zazwyczaj zabezpieczyć łatwiej, niż w przypadku dokumentacji papierowej, – kiedy zajmowałem się e-zdrowiem wprowadziłem domyślny dostęp do danych pacjenta dla jego lekarza POZ. Były wtedy obiekcje PUODO, ale uważałem, że dobre leczenie jest ważniejszym dobrem. Wspominam o tym dlatego, że podejście do udostępniania danych w obrębie systemu ochrony zdrowia jest zróżnicowane pomiędzy krajami i jestem prawie pewny,

Reakcja samorządu lekarskiego
była tak szybka i tak jednoznaczna,
że chyba po raz pierwszy opinia publiczna
stanęła po stronie lekarzy

że są kraje w Europie, w których każdy lekarz ma dostęp do danych pacjentów tylko dlatego, że jest lekarzem,

– dostęp w aplikacji Gabinet jest możliwy po zaznaczeniu opcji potwierdzającej, że uzyskuje się go w celu ratowania życia lub po uzyskaniu zgody pacjenta. Z jednej strony – można to łatwo przeklikać. Z drugiej – zastanówmy się, czy to największa krzywda, jaką może nam wyrządzić działający w złej woli medyk. To w żadnym wypadku nie jest przytyk do lekarzy, po prostu warto pamiętać, że zaufanie do działania uprawnionych osób to fundament ochrony zdrowia,

– apeluję do wszystkich mediów, które piszą o sprawie, o odpowiedzialne i oparte na faktach podejście. Tak działa np. @niebezpiecznik, który najpierw informuje o podatności i daje czas na reakcję, a potem publikuje niepoprawiony uszczypliwości artykuł.

Problem w tym, że nie ma sporu wokół tego, czy podgląd leków dla lekarza, który leczy pacjenta, jest potrzebny i korzystny, bo to oczywiste. Natomiast, jeśli dane o wszystkich obywatelach stoją otworem przed wszystkimi osobami z uprawnieniami, niezależnie od tego, czy łączy

ich relacja lekarz-pacjent, czy nie, pojawia się (co najmniej) oczekiwanie, by każdy pacjent z poziomu IKP miał dostęp do informacji, kto i kiedy sprawdzał jego dane medyczne. Ten postulat bardzo mocno wybrzmiał już w trakcie skandalu z wpisem Adama Niedzielskiego, a po materiale „Faktów” powrócił z jeszcze większą mocą. Również dlatego, że zaufanie jest bardzo ważne, ale nie może być jedyną linią obrony przed osobami, które działają w złej wierze (i nie muszą to być bynajmniej lekarze). Trudno zaprzeczyć, że na przykład dane osób publicznych, w tym najważniejszych polityków w państwie, których numery PESEL nie są żadną tajemnicą, mogą paść łupem przestępców.

Ministerstwo Zdrowia 22 sierpnia, po spotkaniu z przedstawicielami samorządu lekarskiego i innych lekarskich organizacji, zapowiedziało zawieszenie możliwości uzyskania przez użytkowników gabinet.gov.pl dostępu do danych w systemach gabinetowych na podstawie numeru PESEL.

Resort zdrowia zwrócił uwagę, że dostęp do danych medycznych o receptach ma upoważniony personel medyczny wystawiający recepty – lekarze, pielęgniarki. – W związku z informacjami, że część z tych osób mogłaby dopuścić się nadużycia w zakresie dostępu do danych, zdecydowaliśmy o czasowym zawieszeniu możliwości uzyskania przez lekarzy dostępu do danych w systemach gabinetowych na podstawie numeru PESEL – poinformowano na Twitterze. – Tu nie chodziło o lekarzy czy pielęgniarki, ale o nieautoryzowany dostęp osób trzecich, np. gdy dostęp zostanie skradziony – zareagował samorząd lekarski.

Dostęp zostanie wstrzymany do czasu uruchomienia przez Centrum e-Zdrowia funkcjonalności prezentującej w IKP informacje o przypadkach wglądu w dane pacjenta.

Drugie ustalenie dotyczy zasad wystawiania recept na leki psychotropowe i przeciwbólowe. Do końca października zawieszone zostało blokowanie możliwości ich wystawiania, jeśli lekarz nie wypełni wszystkich warunków określonych w rozporządzeniu (bądź system, w którym pracuje, jest niedostosowany).

Autorka jest dziennikarką portalu *Medycyna Praktyczna i miesiennika „Służba Zdrowia”* ●

PRAWNICY KOMENTUJĄ



fot.: archiwum prywatne

DR PAWEŁ LITWIŃSKI
ADWOKAT, PARTNER
W KANCELARII BARTA LITWIŃSKI
KANCELARIA RADCÓW
PRAWNYCH I ADWOKATÓW

Zachowanie byłego już ministra zdrowia oceniam jednoznacznie negatywnie, i to zarówno na płaszczyźnie prawnej, jak i społecznej. Ocena na płaszczyźnie prawnej jest zero-jedynkowa. Minister nie miał prawa ujawnić danych niezależnie od tego, jak by się bronił, czyli że zrobił to w interesie społecznym czy podobnym. Mamy informacje dotyczące zdrowia konkretnej osoby fizycznej, jest nią lekarz. Dostęp do takich danych odbywa się nieco inaczej niż do danych dotyczących jednostkowych recept, ale nadal nie ma żadnej podstawy prawnej, która by zezwalała na ich ujawnianie. Dlatego ocena zachowania ministra jest wielowątkowo negatywna – nie tylko na gruncie RODO, ale można też mówić o odpowiedzialności karnej z art. 107 ustawy o ochronie danych osobowych czy z Kodeksu karnego, tzw. przestępstwo urzędnicze.

Fundamentalne pytanie jest takie: kto ujawnił dane, minister czy Adam Niedzielski. Wydaje mi się, że jednak Adam Niedzielski. To był spór twitterowy Adama Niedzielskiego z dziennikarzami i to Adam Niedzielski – według wszelkiego prawdopodobieństwa wydając polecenie pracownikom, co odkryli postowie opozycji – przekroczył swoje uprawnienia.

Bardzo ważna jest też druga płaszczyzna – społeczna. Bardzo nieodpowiedzialne zachowanie jednej osoby potrafi podważyć latami budowane zaufanie do informatyzacji i do rejestrów publicznych, a także do państwa jako depozytariusza informacji na nasz temat. Podważanie zaufania do systemu poprzez ujawnienie danych to strzał w kolano informatyzacji państwa. To dramatycznie nieodpowiedzialne zachowanie. ●

Prawo do prywatności jest podstawową gwarancją ustroju demokratycznego i jego arbitralne naruszanie przez przedstawicieli władzy dla doraźnych celów politycznych godzi w fundamenty tego ustroju, do których należy z jednej strony poszanowanie godności człowieka,

a z drugiej – zakaz arbitralizmu w działaniu władzy. Wartości te, zidentyfikowane przez Trybunał Konstytucyjny w uzasadnieniu wyroku w sprawie o sygnaturze K32/04, zostały w tym przypadku rażąco naruszone. Co więcej, można powiedzieć, że zostały w ten sposób potwierdzone obawy tych

PROF. MACIEJ GUTOWSKI
UNIwersytet im. Adama
Mickiewicza w Poznaniu,
ADWOKAT



fot.: archiwum prywatne

Sprawa jest poważna. Chodzi o dane, do których uzyskuje się dostęp przez System Informacji Medycznej, czyli system teleinformatyczny, którego administratorem w rozumieniu rozporządzenia RODO jest minister. Każdy lekarz ma obowiązek raportowania w czasie rzeczywistym recept i innych danych do systemu, a poszczególni administratorzy mają obowiązek zapewnić ministrowi zdrowia nieodpłatny dostęp do pełnej bazy danych, z tym zastrzeżeniem że dane osobowe podlegają ochronie na podstawie przepisów i są chronione przed dostępem osób nieuprawnionych. Zadaniem administratora jest takie zarządzanie bazą danych, by zapewnić bezpieczeństwo i integralność danych.

W tym przypadku miało dojść do ujawnienia danych wrażliwych, chronionych na podstawie przepisów przez podmiot będący jednocześnie zobowiązanym i uprawnionym do szczególnego ich strzeżenia. Minister może sprawdzić i skorzystać – mając dostęp na podstawie ustawy do systemów teleinformatycznych – w zasadzie z każdej informacji.

Absolutnie nie wolno mu jednak naruszyć bezpieczeństwa przetwarzania tych danych. Może przetwarzać dane tylko w takim zakresie, jaki wynika z upoważnienia ustawowego.

Za ujawnienie danych chronionych rozporządzeniem RODO i ustawą o systemie informacji w ochronie zdrowia, obok odpowiedzialności z tytułu naruszenia dóbr osobistych, w grę wchodzi dodatkowo odpowiedzialność z Kodeksu karnego – gdy ktoś wbrew przepisom ustawy ujawnia informację, z którą zapoznał się w związku z pełnioną funkcją. Minister miał zapoznać się w związku z pełnioną funkcją administratora systemu z danymi i ujawnić dane pacjenta, bo w tym przypadku lekarz jest pacjentem. Nie było mu wolno użyć tych informacji. Mógł sprawdzić informacje jedynie pod takim kątem, czy system działa prawidłowo, i zacytować informacje, czy lekarz może wystawić receptę, czy też nie. I tylko w takim kontekście mógł to zrobić. Natomiast sprawdzanie, czy konkretny lekarz wystawił receptę i dla kogo – to już inne działanie. Ministrowi nic do tego. ●

PROF. RYSZARD PIOTROWSKI
KONSTYTUCJONALISTA,
UNIwersytet Warszawski

fot.: Adrian Gryczuk/CC BY-SA 3.0-pl/
Wikimedia Commons

wszystkich, którzy uważali, że cyfryzacja nie służy w istocie interesom obywateli, ale ma na celu wzmocnienie władzy państwowej. Pozwala bowiem na dowolne użycie zgromadzonych danych nie w interesie obywateli, ale przeciwko nim. ●

Not. AW

WAŻNE SPRAWY

Bez bezpiecznych systemów jesteśmy bezbronni

MAŁGORZATA SOLECKA
DZIENNIKARKA

To wielki dzień dla wszystkich pacjentów – komentował minister zdrowia przyjęcie przez Sejm ustawy o jakości. Trudno jednak mówić o jakości, gdy boleśnie nam uświadomiono, jak decydenci lekko ważą kwestie prawa i procedur.

Sejm 28 lipca przyjął ostatecznie ustawę o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta oraz znowelizowaną ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, czyli tzw. pakiet jakościowy Niedzielskiego. – To wielki dzień dla wszystkich pacjentów – komentował minister zdrowia. Pod koniec lipca nikt nie przypuszczał, że był to łabędzi śpiew byłego już ministra.

JEDYNE SKOŃCZONE DZIEŁO

Ustawy jakościowe to jeden z najdłużej procedowanych projektów, nie tylko w tej kadencji Sejmu. Ich historia przypomina bardziej południowoamerykańską telenowelę niż proces legislacyjny. Wiosenna klęska Adama Niedzielskiego, czyli podtrzymanie weta Senatu przez Sejm, nie wystarczyła. Z pełną determinacją, zgodnie z zapowiedziami, minister postanowił przeforsować najważniejsze, a jak mówią złośliwi, jedyne skończone „dzieło” (nic nie wyszło z ustawy o restrukturyzacji i modernizacji szpitali, niepewny jest los ustawy o niektórych zawodach medycznych), czyszcząc je z części kontrowersyjnych zapisów i – na wszelki wypadek – dzieląc na dwa odrębne projekty.

Tym razem scenariusz nie był zaskoczeniem: obie ustawy dość łatwo przeszły przez Sejm, w Senacie ustawa o prawach pacjenta została poprawiona, zaś ustawa o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta odrzucona w całości. Jak można było usłyszeć w kulisach izby wyższej – dla zasady, ze względu na brak zgodności z konstytucją. Ale

też bez większej wiary, że „cud” w Sejmie się powtórzy: opozycja zdawała sobie sprawę, że tym razem posłowie Prawa i Sprawiedliwości (PiS) nie zawiodą ministra, który – na co wiele wówczas wskazywało – zostanie desygnowany na „jedynekę” listy wyborczej w okręgu piłskim. A nawet jeśli nie będzie jej lokomotywą, z pewnością dostanie dobre miejsce, by rozpoznawalnością (ale też dzięki wykorzystaniu rządowej funkcji) przysporzyć partii głosów i samemu dostać się do Sejmu. Nie poprzec ministra w kwietniu, na pół roku przed wyborami, to

Adam Niedzielski nie uderzył w lekarza, ale w pacjenta wykonującego zawód lekarza.

Podłożył bombę pod cały projekt cyfryzacji usług publicznych, w tym ochrony zdrowia

jedno. Działać przeciw niemu tuż przed ogłoszeniem ostatecznego kształtu list wyborczych – zupełnie co innego.

Triumf nie był okazały – weto Senatu zostało odrzucone pięcioma głosami, jednak wystarczającymi. Tym razem Adam Niedzielski mógł się cieszyć, że cały klub PiS, bez wyjątku, udzielił mu poparcia: stu-procentowa frekwencja i wszystkie głosy za ustawą, przeciw Senatowi. I choć już pod koniec lipca

pojawiały się doniesienia, że „jedyńka” w Pile dla Adama Niedzielskiego jest co najmniej niepewna (sam minister te informacje, oczywiście, publicznie wyśmiewał), wydawało się, że sejmowy sukces to zjazd na autostradę politycznej kariery.

Jednak w polskiej polityce na przemian realizują się scenariusze filmów Stanisława Barei i „Latającego cyrku Monty Pythona”. „Nikt się nie spodziewa hiszpańskiej inkwizycji!” – donośnie rozbrzmiało 4 sierpnia, gdy minister zdrowia postanowił wyłączyć grawitację i zrobić coś, co nie miało się prawa wydarzyć, czyli ujawnić dane wrażliwe pacjenta.

CO ŁĄCZY SKANDAL Z USTAWĄ

Bo wbrew dominującej narracji Adam Niedzielski nie uderzył w lekarza, ale w pacjenta wykonującego zawód lekarza. Szef resortu zdrowia podłożył bombę (z zapalnikiem) zarówno pod cały projekt cyfryzacji usług publicznych (w tym ochrony zdrowia), obnażając iluzoryczność bezpieczeństwa najwrażliwszych danych, jak i zupełnie symbolicznie pod właśnie wywalczoną ustawę, wieńczącą blisko trzy lata jego pracy, czyli ustawę o bezpieczeństwie pacjenta.

O jakim bezpieczeństwie może być mowa, skoro pacjent pozostaje bezbronny wobec systemu i w każdej chwili informacje na temat jego zdrowia mogą być

wykorzystane przeciw niemu? Osławiony pacjentocentryzm, za który minister otrzymywał pochwały i medale, brzmi nie jak postulat, ale groźba. Wielu z nas (bo przecież każdy ma swoją historię chorób i leczenia lub choćby profilaktyki) zadaje sobie pytanie, czy i jak można zrezygnować z wątpliwego przywileju znajdowania się w centrum uwagi nie do końca zidentyfikowanych dysponentów.

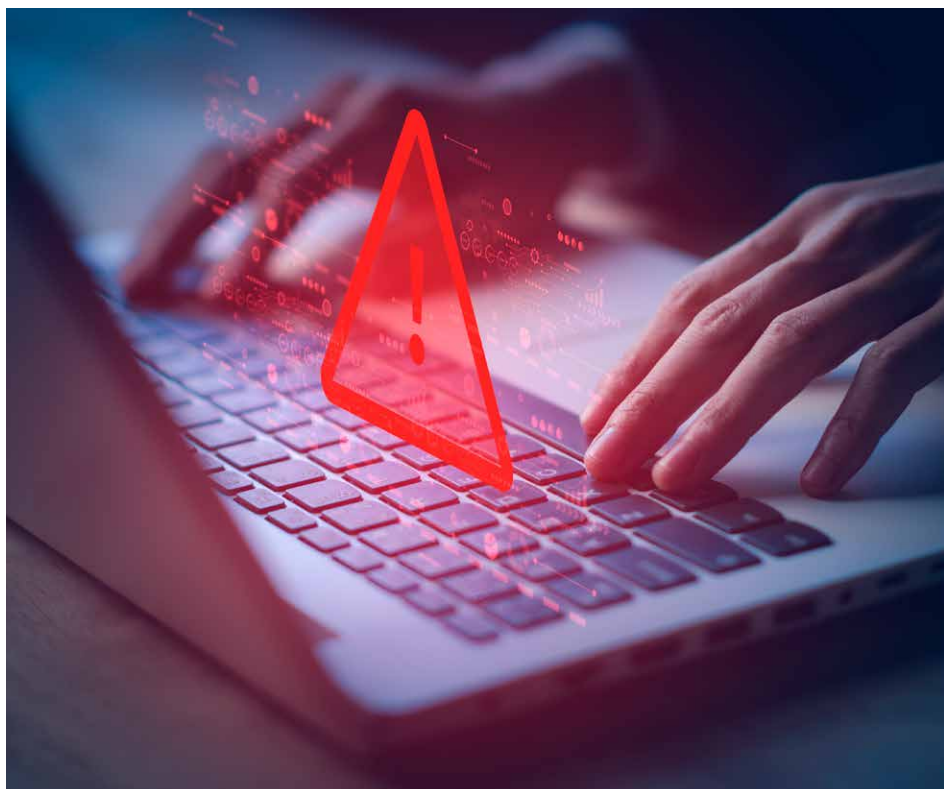
Ustawę o jakości ze skandalem rozpętany przez Adama Niedzielskiego wpisem na Twitterze łączą choćby rejestry medyczne oraz zawieszona w tej chwili w próżni dyskusja nad modelem zgłaszania zdarzeń niepożądanych i w szerszej perspektywie – systemem *no fault*.

ZAZDROŚĆ W NIEMCZECH

Gdy w maju Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie prezentowała wnioski z raportu „Cyfryzacja zdrowia w interesie społecznym”, jednym z kluczowych wątków – również w kontekście tworzenia rejestrów zdarzeń niepożądanych – było bezpieczeństwo gromadzonych i przetwarzanych danych. Wśród rekomendacji wypracowanych przez zespół ekspertów na pierwszym miejscu postawiono właśnie interes społeczny: „Cyfryzacja ma służyć interesowi społecznemu, poprawie jakości opieki zdrowotnej, czyli uzyskiwaniu lepszych wyników leczenia, zwiększeniu bezpieczeństwa pacjentów oraz sprawniejszej organizacji pracy personelu medycznego”. Akcentowano też różne wymiary bezpieczeństwa i poufności danych. Warto w sposób szczególny, w kontekście nie tylko pojedynczego zdarzenia, jakim był wpis ministra zdrowia na Twitterze, ale i procesu centralizacji całego systemu i podporządkowywania go jednej instytucji, zwrócić uwagę na inny punkt rekomendacji: „Należy utworzyć wspólnicę danych zdrowotnych. Rozwój nowoczesnych rozwiązań leczniczych jest uzależniony od dostępu do danych. W odpowiedzi na te potrzeby i presję ze strony regulatora (unijny projekt EHDS) konieczne jest stworzenie polskiej wspólnoty danych zdrowotnych – zaufanej przestrzeni współużytkowania i dostępu do danych zdrowotnych. Taka instytucja powinna powstać w modelu publicznym, ale jednocześnie umożliwiać społeczną kontrolę nad dostępem do danych i korzystanie z praw obywateli do zarządzania danymi”.

Michał Bedlicki, ówczesny i wkrótce potem odwołany przez ministra szef Centrum Monitorowania Jakości

fot.: Shutterstock.com



w Ochronie Zdrowia, współautor projektu, zastanawiał się wprost, kto powinien, a kto rzeczywiście będzie korzystać z informacji zebranych w bazach danych. I do czego mają one mieć zastosowanie. – Czy miałyby służyć poprawie jakości ochrony zdrowia? A może karaniu personelu medycznego? Czy też ułatwiać tworzenie wskaźników jakości-

Jakość to nie tylko przepisy i procedury, choć bez jednych i drugich nie ma mowy o jakości. Konieczne są jeszcze standardy

wych, uwzględnianych w procesie kontraktowania usług przez podmioty medyczne? Jednak chyba w najgorszych snach ani jemu, ani żadnemu ekspertowi nie śniło się, w jaki sposób poufne informacje mogą być i zostaną wykorzystane.

W połowie lipca media obieğa wypowiedź Ewy Wanat, dziennikarki

i byłej redaktor naczelnej TOK FM, mieszkającej w Niemczech, która kojarzona jest raczej z krytyką obecnego obozu rządzącego. Na pytanie, co podoba się jej w Polsce, stwierdziła: „Digitalizacja, na przykład platforma e-Obywatel, profil zaufany, gdzie w jednym miejscu można załatwić prawie wszystkie urzędowe sprawy paroma kliknięciami. To jest niebywałe wręcz ułatwienie i zminimalizowanie stresującego zderzenia z biurokracją. Kiedy opowiadam Niemcom, że w Polsce funkcjonuje taki system, nie mogą uwierzyć. W Niemczech wiele spraw załatwia się osobiście, listonosze dźwigają tony papierów, wielu rzeczy nie da się załatwić nawet mailem. I e-recepta – reakcja to niedowierzanie. Ale że jak? Kod SMS-em? I we wszystkich aptekach go od razu mają? W systemie? W jakim systemie?”.

Wanat obficie cytowały zwłaszcza tzw. media prorządowe. Fakt, że Polacy realizując dogodnie wystawione e-recepty, dopłacają do leków niemal najwięcej w Europie (w relacji do zarobków), a z drugiej strony borykają się z nieznanym choćby w Niemczech zjawiskiem

braku niektórych leków w aptekach, nie wydawał się godny uwagi. Ani też to, że w połowie lipca cały czas zaostrzał się konflikt na tle nie czego innego właśnie jak e-recept, a konkretnie decyzji ministra zdrowia wprowadzających bezprawne ograniczenia na ich wystawianie.

NIE TYLKO PRZEPISY I PROCEDURY

I znów wątki dotyczące cyfryzacji, tzw. walki z tzw. receptomatami, jakości w ochronie zdrowia i tweeta Adama Niedzielskiego się przecinają. Jednym z fundamentów budowania jakości są procedury. Ale jakość to nie tylko przepisy i procedury, choć bez jednych i drugich nie ma mowy o jakości. Dlatego samorząd lekarski jeszcze na długo przed wywołanym przez ministra zdrowia tematem tzw. receptomatów mówił o konieczności opracowania standardów opieki telemedycznej i zawarcia ich w rozporządzeniu ministra zdrowia. Ministerstwo postawiło jednak na ręczne sterowanie i działania – bez żadnych wątpliwości – bezprawne, wydając w drodze „roboczych kontaktów” między urzędnikami ministerstwa a Centrum e-Zdrowia decyzję o wprowadzeniu limitów na wystawianie recept (zaczęły obowiązywać 2 lipca).

Dwukrotna interwencja w tej sprawie Rzecznika Praw Obywatelskich oraz odpowiedź, jaką uzyskał prof. Marcin Wiącek z resortu zdrowia, nie pozostawiają żadnych wątpliwości: minister działał w tej sprawie bez podstawy prawnej, a więc bezprawnie. Samo to powinno być przyczyną jego potężnych kłopotów, również w wymiarze prawnym. Nie było. W zamian cała Polska mogła usłyszeć urzędnika resortu zdrowia mówiącego: – Jeżeli ktoś pyta, jakim prawem wprowadziliśmy ograniczenia, to odpowiadam: prawem ochrony zdrowia pacjentów... To słowa Wojciecha Andrusiewicza, rzecznika prasowego ministra zdrowia, dyrektora Biura Komunikacji i jednego z najbliższych współpracowników ministra, który złożył wypowiedzenie z pracy dzień po odejściu ze stanowiska swojego szefa.

BRAK PROFILAKTYKI

Bezkarność w mniejszych sprawach (choć bezprawne działania urzędnika państwowego, łamiące m.in. konstytucyjne zasady legalizmu i proporcjonalności, trudno uznać za mniejszą sprawę) najczęściej pociąga za sobą kolejne próby przekraczania granic. I te granice Adam Niedzielski – i resort zdrowia,

bo w „wyjaśnienia” zaangażowane były też oficjalne kanały resortu – przekroczył 4 sierpnia, sięgając (znów w drodze ustnych kontaktów roboczych między urzędnikami, jak wykazała poselska kontrola) do danych wrażliwych Piotra Pisuli. Chodziło o zdyskredytowanie lekarza krytykującego ministerstwo za sposób wprowadzenia (tym razem na podstawie rozporządzenia) ograniczeń w wystawianiu leków psychotropowych i przeciwbólowych.

Dokładnie tydzień po wybuchu skandalu z tweetem Niedzielskiego publicznie głos zabrał minister cyfryzacji Janusz Cieszyński, wielokrotnie zresztą wywoływany do tablicy w tej sprawie, między innymi przez przedstawicieli samorządu lekarskiego. Cieszyński nie tylko uchodzi za autora sukcesu cyfryzacji polskiej ochrony zdrowia, ale jest nim faktycznie. Dopiero gdy ówczesny minister

O jakim bezpieczeństwie może być mowa, skoro pacjent pozostaje bezbronny wobec systemu i informacje na temat jego zdrowia w każdej chwili mogą być wykorzystane przeciw niemu?

Łukasz Szumowski powołał go na stanowisko wiceministra i powierzył obszar informatyzacji, proces został uporządkowany i mógł ruszyć z miejsca, a efekty wydawały się spektakularne. Takie zresztą rzeczywiście były, co pokazują choćby raporty OECD i Komisji Europejskiej. Dzięki e-receptom i liberalnym zasadom udzielania teleporad, Polska nie tylko nie odczuła zmniejszenia dostępności do konsultacji lekarskich podczas dwóch lat pandemii, ale ich wskaźnik w przeliczeniu na mieszkańca wzrósł.

– Nie jest prawdą, że można w swobodny sposób sięgnąć do danych dowolnego obywatela. Dostęp do danych jest bardzo ograniczony – zapewniał na antenie RMF FM minister Cieszyński. W jego ocenie opinie ekspertów, przedstawicieli zawodów medycznych, prawników i części organizacji pacjentów, że tweet Adama Niedzielskiego

zniszczył zaufanie do cyfryzacji ochrony zdrowia, są „zbyt daleko idącym wnioskiem”. – Trzeba pamiętać o tym, że system rejestrów państwowych, wszelakich, to jest system, który daje nam jedną fundamentalną rzecz. Tą rzeczą jest rozliczalność, czyli za każdym razem, kiedy ktoś uzyskuje dostęp do jakichkolwiek danych, można to później sprawdzić, zweryfikować – mówił minister.

LEPIEJ ZAPOBIEGAĆ, NIŻ LECZYĆ

Nie dodał jednak, że choć to rzeczywiście jest prawda, afera tweetowa jeszcze raz pokazała, że największą słabością systemu jest brak profilaktyki. Lepiej zapobiegać, niż leczyć. Zapobieganie w tym przypadku oznacza konieczność ścisłego trzymania się procedur, co nie zostało dochowane, a raczej zostało spektakularnie pogwałcone. I pozostał po tym „ślad”, co oznacza, że ujawnienie informacji o pacjencie lekarzu prawdopodobnie pociągnie za sobą dymisje urzędników, którzy wykonali polecenie Adama Niedzielskiego. Czy to rozwiązuje problem? Czy powinno nas jako obywateli, ale też jako interesariuszy systemu ochrony zdrowia, satysfakcjonować, że (jak zapewnia minister Cieszyński) dostęp do rejestrów danych osobowych jest bardzo ograniczony i mają go pojedyncze osoby? Czy jednak powinniśmy się skupić na pytaniach o aktualny wymiar tajemnicy medycznej, tajemnicy lekarskiej i tajemnicy pacjenta, o suwerenność pacjenta/obywatela w obszarze udostępniania informacji na swój temat, o bezpośrednią kontrolę – z poziomu Internetowego Konta Pacjenta (IKP) – nad tym kto, kiedy i w jakich okolicznościach miał dostęp do naszych danych i z tego dostępu korzystał?

Trudno mówić o bezpieczeństwie pacjenta w systemie, gdy nie będzie się on czuł bezpieczny wobec systemu dysponującego kompletem informacji na jego temat. Trudno prowadzić rozważania o jakości, gdy boleśnie nam uświadomiono, jak lekko decydenci ważą kwestie prawa i procedur.

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

ARTYKUŁ SPONSOROWANY – SFINANSOWANO Z FUNDUSZU PROMOCJI ROŚLIN OLEISTYCH

WAŻNE SPRAWY

Pieniędzy w szpitalach ciągle za mało

MAŁGORZATA SOLECKA
DZIENNIKARKA

Z finansami publicznych placówek nie jest tak dobrze, jak przedstawia to resort zdrowia. Eksperti zaś przypominają, że zobowiązania, zwłaszcza wymagalne, to w warunkach wysokiej inflacji i bardzo wysokich stóp procentowych wypompowywanie pieniędzy z publicznego systemu.

Według wstępnych szacunków wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2022 r. wyniosły 205,6 mld zł i były wyższe niż w roku 2021 o około 36,1 mld zł – poinformował w lipcu GUS. Jednak z tej samej informacji wynika, że wzrost oznacza spadek. Podczas gdy wydatki publiczne na zdrowie w 2021 r. stanowiły niemal 5,4 proc. PKB, w 2022 r. wyniosły 4,91 proc.

Pieniądze w ochronie zdrowia (i nie tylko) to szczególnie gorący temat, zwłaszcza przed wyborami. Decydenci dowodzą przy każdej okazji, że w ciągu ośmiu lat rządów Zjednoczonej Prawicy wydatki na zdrowie – oczywiście te ze środków publicznych – się podwoiły. Okazją do tego było choćby opiniowanie przez komisję sejmowe planu finansowego NFZ na 2024 r., zgodnie z którym przychody Funduszu mają przekroczyć 167 mld zł (nie mogło zabraknąć przypomnienia, że w 2015 r. wynosiły one ok. 77 mld zł).

SKĄD TE WZROSTY

Prognozowane przychody ogółem na rok 2024 wynoszą 167 mld 201 mln 609 tys. zł i są o 16 proc. wyższe od kwoty pierwotnie wskazanej w budżecie na 2023 r. – przekonywał podczas posiedzenia sejmowej Komisji Zdrowia wiceminister Waldemar Kraska.

Wzrost przychodów w przyszłym roku NFZ zawdzięczać będzie, jak co roku, przede wszystkim większemu wolumenowi składki zdrowotnej płynącej z ZUS. Nowością będzie – wszystko na

to wskazuje – dotacja podmiotowa z budżetu państwa do NFZ, którą wstępnie minister zdrowia polecił prezesowi NFZ określić na 8 mld zł (o 3-4 mld zł mniej niż wyliczali eksperci jeszcze przed wakacjami jako minimalną wartość, która pozwoliłaby osiągnąć minimalny próg określony w ustawie 7 proc. PKB na zdrowie). Co więcej, jak czytamy w planie finansowym, „jednocześnie Minister zaznaczył, że dotacja ta ma charakter wynikowy i przeznaczona jest na uzupełnienie środków na ochronę zdrowia do wysokości minimalnej, wynikającej

Powiedzieć, że sytuacja szpitali powiatowych się pogorszyła, to nic nie powiedzieć; stratę odnotowało 191 na 211 przebadanych placówek

z obowiązujących przepisów, co oznacza, że do jej ustalenia niezbędna jest znajomość wszystkich składowych określonych w art. 131c ustawy o świadczeniach, w tym również planu kosztów NFZ. W związku z powyższym ww. kwota może ulec zmianie i będzie uzależniona od założeń przyjętych na dalszym etapie prac nad projektem ustawy budżetowej na rok 2024”. Czy ulegnie zwiększeniu? Podczas dyskusji nad planem posłowie formułowali

raczej obawy (i pytania), o ile może ona zostać zmniejszona.

SAMO SIĘ REALIZUJE

Dotacja podmiotowa to obietnica, którą rząd złożył już w 2017 r., gdy uchwalano ustawę 6 proc. PKB na zdrowie. Budżet państwa w miarę zwiększania się odsetka, jaki w PKB miały stanowić wydatki na zdrowie, miał być zobowiązany do uzupełniania różnicy między przychodami NFZ i wydatkami ponoszonymi przez budżet państwa (również w postaci dotacji przedmiotowych do Funduszu, np. na ratownictwo medyczne) a minimalną kwotą konieczną do osiągnięcia progu zawartego w tzw. mapie drogowej. Jednak zastosowanie metodologii n-2 (czyli odnoszenie wydatków na zdrowie do PKB sprzed dwóch lat) przy znaczącym wzroście gospodarczym, a także – zwłaszcza w ostatnich dwóch latach – wysokiej inflacji spowodowało, że przez sześć lat (2018-2023) budżet państwa nie musiał ani razu przekazywać dodatkowych środków, a ustawa 6 proc. (a potem 7 proc.) PKB na zdrowie „realizowała się” sama.

Z jakim skutkiem? Minister zdrowia Adam Niedzielski utrzymywał, że 7 proc. PKB na zdrowie mamy osiągnąć zgodnie z ustawą w 2027 r. – Tempo w ostatnich dwóch latach było szybsze niż zakładane. Do planów dołożyliśmy

dodatkowe ponad 43 mld zł – mówił Niedzielski jesienią 2022 r., „zapominając”, że w lwiej części te miliardy pochodziły ze wzrostu składki zdrowotnej związanego ze wzrostem gospodarczym, dodatkowo powiększonego o rozpędzoną już w 2021 r. inflację, a także – częściowo – z wydatków związanych z COVID-19.

MIKRE POSTĘPY

Ile warte w rzeczywistości są owe miliardy złotych i w jakim stopniu przesunęły nas na mapie drogowej w kierunku 7 proc. PKB na zdrowie, pokazała informacja sygnalna GUS o wydatkach na zdrowie w latach 2021-2022 (obejmująca bieżące wydatki publiczne, jak i zdrowotne). W porównaniu do 2021 r. wydatki te wzrosły o ponad 21 proc., ale choć można w kwotach nominalnych mówić o prawdziwej eksplozji, w odniesieniu do PKB jest zaledwie mikry postęp. W 2022 r. Polska wydała na zdrowie 6,7 proc. (bieżącego) PKB, w 2020 r. było to 6,5 proc., a w 2021 r. – 6,4 proc.

Czyżby Polacy zaczęli oszczędzać na wydatkach prywatnych? Skąd! One od lat utrzymują się na zbliżonym poziomie 1,6-1,8 proc. PKB (w 2022 r. – 1,7 proc. PKB) i stanowią nieco ponad jedną czwartą bieżących wydatków ogółem. Skoro więc wydatki publiczne sukcesywnie, jak zapewnia rząd, się zwiększają – w tym roku przekroczą 6 proc. – a wydatki prywatne utrzymują się na stałym poziomie, jak to możliwe, że globalnie wydajemy 6,7 proc., a nie 7,7 proc. PKB?

BRAK ZASKOCZENIA

Żadnej tajemnicy ani zagadki nie ma. Stosując metodologię międzynarodową – tę, według której GUS raportuje dane do Eurostatu i która jest stosowana w raportach Komisji Europejskiej i OECD, jedyną, która ma sens – widać jak na dłoni, że wydatki publiczne na zdrowie względem PKB nie rosną. Albo inaczej, bardzo powoli pięły się w górę (w ślimaczym tempie) do 2020 r., w 2021 r. wystrzeliły za sprawą dodatkowych wydatków związanych z pandemią, by w 2022 r. zaliczyć potężny spadek o ok. 0,5 punktu procentowego (z 5,39 proc. w 2021 r. do 4,91 proc.). Trudno uznać to za zaskoczenie. Już od wielu miesięcy eksperci przedstawiali i przedstawiają wyliczenia, z których wynika, że udział wydatków na zdrowie w bieżącym PKB w 2022 r. zmalał. Pojawiły się wręcz po dwóch, trzech latach ciszy w tym temacie głosy



rys. Michał Trusz

o konieczności powrotu do dyskusji nad realnym zwiększeniem finansowania publicznego systemu, na przykład przez podniesienie daniny składkowej. W czerwcu publicznie mówiła o tym m.in. dr Małgorzata Gałązka-Sobotka, ekspert Uczelni Łazarskiego oraz wiceprzewodnicząca Rady Narodowego Funduszu Zdrowia. Trudno nie zauważyć jednak, że oficjalny przekaz o „podwojeniu nakładów” (podczas gdy podwojeniu uległa jedynie kwota nominalna) skutecznie blokuje podjęcie rzeczowej dyskusji o teraźniejszości i przyszłości publicznego systemu w jego wymiarze finansowym.

Analizując poziom wydatków publicznych na zdrowie – w kontekście przyszłorocznego planu finansowego NFZ i danych GUS – trudno też nie zauważyć, że zapowiedziana dotacja podmiotowa z budżetu państwa w wysokości 8 mld zł jest niemal identyczna jak kwota, którą w 2023 r. NFZ stracił na decyzji o przeniesieniu do Funduszu wszystkich świadczeń, za które wcześniej – głównie w postaci dotacji przedmiotowej – płacił

budżet państwa (m.in. ratownictwo medyczne, szczepienia ochronne, leki dla seniorów i ciężarnych).

RESORT NIE WIDZI PROBLEMU

Istotnym elementem finansowej układanki są również dane dotyczące zadłużenia publicznych podmiotów. W czerwcu poznaliśmy – po dobrych kilku miesiącach zwłoki – dane po trzecim kwartale 2022 r. (ok. 19 mld zł zobowiązań ogółem), zaś pod koniec lipca – wstępne dane na koniec 2022 r. – 19,4 mld zł. Resort zdrowia nie widzi problemu, choć – patrząc historycznie – zobowiązania ogółem w ostatnich ośmiu latach się niemal podwoiły. Niepokojące jest również to, że choć pieniądze w systemie jest coraz więcej, zobowiązania wymagalne utrzymują się na stałym poziomie: nie rosną dynamicznie, ale skoro kondycja systemu i jednostek się poprawia, powinny ulegać znaczącej redukcji. Bywały już lata, w których zadłużenie wymagalne szpitali na koniec roku kalendarzowego spadało o ok. 25 proc. w stosunku do trzeciego kwartału. W 2022 r. zmniejszyło się, ale o mniej niż 10 proc. Powód?

Z finansami publicznych placówek wcale nie jest tak dobrze, jak przedstawia to resort zdrowia. Eksperci przypominają zaś, że zarówno zobowiązania ogółem, jak i zwłaszcza zobowiązania wymagalne w warunkach wysokiej inflacji i bardzo wysokich stóp procentowych to nic innego jak wypompowywanie pieniędzy z publicznego systemu (koszty obsługi zadłużenia).

W szczególnie trudnej sytuacji są szpitale pierwszego i drugiego stopnia zabezpieczenia. Pod koniec czerwca Związek Powiatów Polskich opublikował raport z badań, jak na ich finanse wpłynęła ubiegłoroczna nowelizacja ustawy o wynagrodzeniu minimalnym pracowników ochrony zdrowia, a w zasadzie nie tyle sama nowelizacja, co mechanizmy finansowania wynikających z niej wyższych kosztów funkcjonowania podmiotów leczniczych. Powiedzieć, że sytuacja szpitali powiatowych się pogorszyła, to nic nie powiedzieć: raport pokazuje, że stratę odnotowało 191 na 211 przebadanych placówek. Zwiększyły się przychody szpitali o nieco ponad miliard złotych, ale koszty działalności podstawowej wzrosły aż o 1,6 mld zł. O przeszło 2 mld zł wzrosły zobowiązania. – Rok temu biliśmy na alarm w sprawie sytuacji szpitali powiatowych i systemu ochrony zdrowia. W tym roku też bijemy na alarm – mówiła wiceprezydent Warszawy Renata Kaznowska.

„W zdecydowanej większości szpitali powiatowych zmiana zasad wyceny świadczeń wskazana w Rekomendacji nr 65/2022 z dnia 13 lipca 2022 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nie pozwoliła na zabezpieczenie środków na sfinansowanie obowiązkowych podwyżek wynagrodzeń oraz pokrycia rosnących cen towarów i usług spowodowanych inflacją. Zdecydowana większość szpitali powiatowych nie osiągnęła wskazanego w Rekomendacji poziomu 22,4 proc. wzrostu wartości umów, tj. poziomu, o jaki wzrosły zobowiązania płatnika. Na taki stan rzeczy miało wpływ wchłonięcie przez nowe wyceny współczynników korygujących, wprowadzanych od 2015 na sfinansowanie podwyżek wynagrodzeń w sektorze ochrony zdrowia w poprzednich latach”. Prof. Ewelina Nojszewska ze Szkoły Głównej Handlowej, kierująca pracami zespołu przygotowującego raport, podkreśla, że 203 na 211 szpitali miało przychody niższe niż owe 22,4 proc., a 178 placówek nie osiągnęło nawet 16 proc. 24 szpitale w ubiegłym roku

zanotowały spadek przychodów. Tylko osiem szpitali powiatowych osiągnęło rekomendowany próg wzrostu wartości umów.

KŁOPOTY SZPITALI POWIATOWYCH

Dyrektorzy dużej części szpitali pierwszego i drugiego stopnia systemu zabezpieczenia obawiają się, że w tym roku sytuacja się powtórzy. Ministerstwo Zdrowia podkreśla, że na realizację podwyżek i sfinansowanie innych rosnących kosztów (podwyższenie umów cywilnoprawnych, rekompensata inflacji, wyższych cen mediów etc.) trafi w skali roku 18 mld zł. Oznacza

Wykonywanie większej liczby źle wycenionych procedur nie rozwiąże problemów szpitali, ale je pogłębi

to przekazanie podmiotom 8 mld zł do końca tego roku, a są duże obawy, że ponownie koszty okażą się wyższe niż przychody i szpitale nie będą w stanie się zbilansować. To może tylko skomplikować ich niełatwą sytuację. Praktycznie nie ma tygodnia, by do opinii publicznej nie trafiły informacje o zawieszeniu lub likwidacji kolejnych oddziałów w szpitalach powiatowych. Dosłownie za chwilę zaś szpitale będą musiały zacząć mierzyć się z wymaganiami wynikającymi z ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, w tym z wymogiem autoryzacji. To, mówią zgodnie eksperci i samorządowcy, może oznaczać faktyczny koniec działalności dla wielu (choć oczywiście nie wszystkich i nawet zapewne nie większości) szpitali powiatowych.

Negatywny scenariusz jest tym bardziej prawdopodobny, że znacząca część dodatkowych środków, które mają trafić do placówek, to pieniądze za wykonanie większej liczby świadczeń. Tymczasem, jak podkreślają dyrektorzy zrzeszeni w Ogólnopolskim Związku Pracodawców Szpitali Powiatowych, wykonywanie większej liczby nierentownych, źle wycenionych procedur, nie tylko nie rozwiąże problemów szpitali, ale je pogłębi

– powiększając straty placówek. Szpitale przy wsparciu Związku Powiatów Polskich domagają się przede wszystkim urealnienia (czyli podwyższenia) przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji wycen znacznie większej liczby świadczeń niż ta, którą w tej chwili zapowiada Ministerstwo Zdrowia w kilku obszarach (interna, chirurgia, ginekologia i położnictwo). Co więcej, samorządy i szpitale jednym głosem żądają, by do ustawy wpisać mechanizm gwarantujący niemal automatyczne (a w każdym razie obligatoryjne) zwiększanie wycen świadczeń na podstawie danych makroekonomicznych, tak by szpitale i inne podmioty działające w systemie publicznym nie musiały się zadłużać i kredytować systemu. Resort zdrowia nie widzi jednak potrzeby takich zmian.

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

CO WYNIKA Z PLANU

Prognozowane koszty świadczeń w 2024 r. sięgną niemal 157 mld zł, co będzie oznaczać wzrost o blisko 15 proc. w stosunku do planu na 2023 r.

Największy wzrost kosztów świadczeń prognozowany jest w:

- ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS) – o 23,11 proc., do kwoty 14 mld 374 mln 343 tys. zł,
- opiece paliatywnej i hospicyjnej – o 35,4 proc., do kwoty 1 mld 507 mln 232 tys. zł,
- świadczeniach stomatologicznych – o 23,7 proc., do kwoty 3 mld 335 mln 356 tys. zł.

Dynamika w obszarach takich jak POZ (ok. 10 proc. wzrostu) i szpitale (13 proc.) oscyluje wokół obecnego poziomu inflacji lub go nieznacznie tylko przekracza.

ARTYKUŁ SPONSOROWANY

PRAWO I MEDYCYNĄ

Spróbujmy się porozumieć

PIOTR RAUSCH

LEKARZ, STUDENT IV ROKU PRAWA

Mediacja skraca czas i zmniejsza koszty postępowania, niwelując stres i emocje. Jest komfortowa, stawia pokrzywdzonego i lekarza na równi, choć wymaga kompromisu, a nieraz skrucy czy ludzkiego podejścia.

Sprawy są wnoszone do sądów często z powodu braku informacji i przepras. Mediacja pomaga zrozumieć błędy w postępowaniu, dzięki czemu w przyszłości można się ich wystrzec. Pozwala normalnie porozmawiać z poszkodowanym pacjentem lub rodziną, która chce przede wszystkim dostać rzetelną informację o chorobie, o tym, co się stało.

Niestety, rzadko obserwuje się kierowanie spraw do mediacji. W latach 2010-2019 okręgowi rzecznicy odpowiedzialności zawodowej (OROZ) skierowali do niej 82 sprawy na ok. 3 tys. wpływających. Tymczasem w Szwecji aż 80 proc. sporów rozstrzyga się właśnie przy udziale mediatorów.

OBIE STRONY MOGĄ ZYSKAĆ

Postępowanie mediacyjne to pozasądowa metoda rozwiązywania sporów, w której osoba trzecia, mediator, pomaga stronom w komunikacji i osiągnięciu porozumienia. Może się ono odbywać na podstawie umowy o mediację (także przed wszczęciem postępowania sądowego) lub na podstawie postanowienia sądu kierującego strony do mediacji (także w trakcie postępowania).

Mediacja ma charakter dobrowolny. Obie strony muszą wyrazić na nią zgodę, w każdym momencie mają także możliwość odstąpienia od niej. Żadna nie może być zmuszona do podjęcia mediacji ani do osiągnięcia porozumienia.

Głównymi zaletami mediacji jest przyspieszenie postępowania między stronami i znacznie niższe koszty. Co ważne, oświadczenia złożone w trakcie postępowania mediacyjnego, a także propozycje ugodowe i wzajemnych ustępstw nie mogą być powoływane przed sądem. Protokół sporządzany przez mediatora nie może zawierać tych informacji, jedynie określone w przepisach dane, takie jak miejsce i czas przeprowadzenia mediacji, imiona

i nazwiska stron (z adresami) oraz mediatora, a ponadto wynik mediacji.

Uгода stanowi załącznik do protokołu. Może mieć ona znacznie szerszy zasięg niż wyrok sądu, który ogranicza się do żądania wyrażonego w pozwie. Nie zawsze wyrok jest pewny dla jednej i drugiej strony. Powód może wygrać sprawę, ale nie uzyskać satysfakcjonującego zadośćuczynienia. Z kolei pozwany, licząc na wygraną, może przegrać i zostać obciążony znaczącymi obciążeniami finansowymi. Mediacja pozwala na zrównoważenie żądań. Stwarza możliwość, strefę porozumienia, czyli obszar, w którym strony mogą uzyskać satysfakcjonujące wnioski.

PROCEDURA W IZBIE LEKARSKIEJ

Do postępowania mediacyjnego strony są kierowane przez rzecznika odpowiedzialności zawodowej lekarzy albo sąd lekarski. Kierują oni pokrzywdzonego i obwinionego w czasie postępowania wyjaśniającego lub w czasie postępowania przed sądem lekarskim. Mediacja w tym trybie nie może się odbyć przed postawieniem zarzutów. Z jej inicjatywą mogą wystąpić obie strony. Zawsze musi się ona odbywać za obopólną zgodą

Mediatorem musi być lekarz, czyli osoba, która ukończyła studia medyczne z tytułem lekarza (lub lekarza medycyny). Przepisy nie wskazują, czy musi to być lekarz praktykujący. Musi jednak być wybrany na okres kadencji, czyli mieć prawo bycia wybranym. Należy zatem rozumieć przez to lekarza, który niekoniecznie jest czynny zawodowo, ale jest członkiem danej izby lekarskiej.

Należy wskazać, iż ustawodawca nie określił jednoznacznie, jakiego

lekarza można uznać za godnego zaufania. Wydaje się, że musi to być lekarz cieszący się w opinii społeczności zaufaniem, taki, któremu nie można zarzucić postępowania sprzecznego z prawem lub zasadami współżycia społecznego. Przykładowo może to być rektor uczelni, dziekan uczelni, profesor, lekarz z długotrwałym stażem. Ustawa zastrzega, że mediatorem nie może być rzecznik odpowiedzialności zawodowej, jego zastępca, a także członek sądu lekarskiego.

NIE KAŻDY MOŻE

Mediator jest wyłączony z tej funkcji wtedy, gdy sprawa dotyczy jego, gdy mediator jest małżonkiem pokrzywdzonego lub obwinionego (ich obrońców, pełnomocników, przedstawicieli ustawowych), gdy pozostaje we wspólnym pożyciu z jedną z tych osób, gdy jest krewnym lub powinowatym w linii prostej, a w linii bocznej aż do stopnia pomiędzy dziećmi rodzeństwa osób wymienionych wcześniej. Mediatorem nie może być także świadek czynu, o który toczy się sprawa, lub gdy brał w niej udział jako prokurator, obrońca, pełnomocnik, przedstawiciel ustawowy strony lub prowadził postępowanie. Ponadto mediator nie może wcześniej brać udziału w wydaniu orzeczenia lub zarządzenia zaskarżonego. Wymienione powody wyłączenia trwają mimo ustania małżeństwa, wspólnego pożycia, przysposobienia, opieki lub kurateli.

Mediator ulega wyłączeniu, jeżeli istnieje okoliczność tego rodzaju, która mogłaby wywołać uzasadnioną wątpliwość co do jego bezstronności w danej sprawie.

Co do zasady postępowanie mediacyjne prowadzone jest we właściwej terenowo izbie lekarskiej, czyli tej, do której należy obwiniony lekarz. Wyłączenie mediatora następuje z urzędu albo na wniosek strony. Gdy mediator stwierdzi zaistnienie przesłanek wymienionych w art. 40 Kodeksu postępowania karnego, winien wyłączyć się sam poprzez złożenie oświadczenia na piśmie do akt. W jego miejsce powinien wstąpić inny mediator i tu ma zastosowanie ustawa o izbach nadająca prawo delegowania mediacji do innej izby lekarskiej. W przypadku złożenia wniosku przez stronę mediator składa wniosek i właściwa terenowo izba również wskazuje inną izbę lekarską.

BEZ PEŁNEGO DOSTĘPU DO AKT

Kodeks postępowania karnego w art. 23a par. 4 mówi o dobrowolności udziału obwinionego i pokrzywdzonego w postępowaniu mediacyjnym. Zgoda na postępowanie mediacyjne powinna być złożona organowi kierującemu sprawę do mediacji lub mediatorowi. Stronie należy wyjaśnić cele i zasady postępowania mediacyjnego oraz pouczyć.

Mediatorowi należy udostępnić akta sprawy w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia mediacji. A to oznacza, że nie ma on pełnego dostępu do akt. W przypadku spraw dyscyplinarnych może to być dokumentacja medyczna, ale niekoniecznie musi być pełna. To organ kierujący na mediację decyduje o tym, które akta są niezbędne dla mediatora, czyli takie, bez których nie może się obyć.

Udostępnienie może nastąpić poprzez umożliwienie bezpośredniego zapoznania się z aktami w obecności pracownika organu prowadzącego postępowanie, wydanie kopii z akt sprawy, zezwolenia na sporządzenie odpisów. Na mediatorze spoczywa obowiązek takiego przechowywania akt, aby uniemożliwić osobom postronnym zapoznanie się z nimi, a po zakończeniu postępowania powinien je zwrócić.

LISTA OBOWIĄZKÓW

Procedura postępowania mediacyjnego zawarta jest w rozporządzeniu ministra sprawiedliwości z 25 maja 2015 r. Mediator nawiązuje niezwłocznie kontakt z obwinionym i pokrzywdzonym i ustala termin i miejsce spotkania z każdym z nich. Następnie przeprowadza spotkania wstępne indywidualne lub wspólne. Jego obowiązkiem jest wyjaśnienie celów i zasad postępowania mediacyjnego, pouczenie o możliwości cofnięcia zgody na mediację, a także odebranie zgody na nią, jeżeli nie została ona odebrana przez organ



foto: Freepik.com

kierujący. Mediator po przeprowadzeniu spotkań pomaga w sformułowaniu treści ugody między stronami i może sprawdzić wykonanie tych zobowiązań.

Kolejnym obowiązkiem mediatora jest sporządzenie po przeprowadzeniu

Mediator nie może być przesłuchiwany w charakterze świadka co do faktów, o których dowiedział się od obwinionego lub pokrzywdzonego, prowadząc postępowanie mediacyjne

postępowania mediacyjnego sprawozdania z jego przebiegu. Do akt sprawy należy dołączyć ewentualną ugodę zawartą przez obwinionego i pokrzywdzonego.

NA KONIEC UGODA

Ostatnią kwestią jest zatwierdzenie ugody zawartej przed mediatorem. W postępowaniu cywilnym zatwierdzenie ugody następuje przez sąd właściwy dla rozpoznania sprawy (w przypadku mediacji umownej) lub sąd, który na mediację skierował w drodze nadania klauzuli

wykonalności, gdy ugoda nadaje się do wykonania w drodze egzekucji albo postanowienia o jej zatwierdzeniu.

W postępowaniu dyscyplinarnym, które toczy się na podstawie Kodeksu postępowania karnego, zatwierdzenie ugody ma inny charakter. Sąd rozpatrujący sprawę, który kierował stroną do mediacji, bierze jej wynik pod uwagę, lecz niekoniecznie musi się do niej zastosować. W postępowaniu karnym zawarta ugoda może powodować umorzenie postępowania przez prokuratora lub sąd. Sąd również może nadać ugodzie klauzulę wykonalności, gdy ustalenia polegają na wykonaniu w drodze egzekucji.

Orzeczenia nakładające obowiązek naprawienia szkody lub zadośćuczynienie za doznaną krzywdę oraz nawiązkę na rzecz pokrzywdzonego uważa się za roszczenia majątkowe wtedy, gdy nadają się do egzekucji w myśl Kodeksu postępowania cywilnego. Sąd lekarski nie ma kompetencji do nadawania klauzul wykonalności. Ustawa o izbach lekarskich nie przewiduje także możliwości umorzenia postępowania w przypadku zawarcia ugody. To jeden z powodów, dla których mediacje w sprawach dyscyplinarnych nie cieszą się popularnością. ●

PRAWO I MEDYCyna

Żądał łapówki za przyspieszenie zabiegu

Uzależnienie przyjęcia do szpitala publicznego lub wykonania operacji od uprzedniego wręczenia korzyści majątkowej jest skrajnym naruszeniem norm etycznych. Takie zachowanie narusza społeczne zaufanie do lekarzy.

Okręgowy sąd lekarski (OSL) uznał za winnego lekarza z tytułem profesora, kierującego kliniką o profilu zabiegowym. Oskarżono go o to, że w ciągu pięciu lat uzależniał przyjęcie do kliniki i wykonanie zabiegów od uzyskania korzyści majątkowych. OSL wymierzył mu karę pieniężną. Wcześniej, w postępowaniu karnym, za ten sam czyn został skazany na pięć lat więzienia (z art. 228 Kodeksu karnego – sprzedajność, czyli korupcja bierna).

NI EWSPÓŁMIERNIE NISKA KARA

Od orzeczenia odwołał się do Naczelnego Sądu Lekarskiego (NSL) Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej, i to na niekorzyść obwinionego. Uważał karę za niewspółmiernie niską w stosunku do przypisanego obwinienia.

NSL uznał odwołanie za zasadne. Pomijając nawet fakt, iż takie postępowanie obwinionego godzi w dobre imię, wizerunek i zaufanie, jakim pacjenci powinni darzyć lekarza, uzależnienie przyjęcia do kliniki lub wykonania zabiegu od wręczenia łapówki jest skrajnym naruszeniem norm etycznych i powinno być karane z wszelką surowością – uzasadnił NSL.

Powszechnym i akceptowanym społecznie w Polsce zjawiskiem jest sytuacja, w której niektórzy pacjenci odwiedzają lekarzy i dziękując za pomoc, wręczają im jako wyraz wdzięczności upominki po zakończonym procesie leczenia. Kodeks karny nie definiuje jednak w ścisły sposób różnicę pomiędzy łapówką a podziękowaniem. Pomocne w takich przypadkach bywa orzecznictwo. Przepisy penalizują korupcję tylko wtedy, gdy korzyść majątkowa wręczana jest

JACEK MIARKA
PRZEWODNICZĄCY
NACZELNEGO SĄDU LEKARSKIEGO



w związku z pełnioną funkcją publiczną (tzw. korupcja urzędnicza). W myśl orzecznictwa dotyczy to ordynatora, ale też wszystkich lekarzy wykonujących świadczenia opłacane przez NFZ.

Przyjmowanie łapówki przez lekarza jest żerowaniem na ludzkiej krzywdzie i nieszczęściu

KIEDY PACJENT DAJE PREZENT

Aktualna doktryna prawa karnego wypracowała cztery zasadnicze kryteria rozróżnienia prezentu od łapówki.

Po pierwsze, czas jego wręczenia: łapówka jest wręczana przed podjęciem się leczenia, prezent zaś po zakończeniu tego procesu.

Po drugie, rodzaj prezentu: istnieje tu kryterium proporcjonalności, ale zwykle kwiat, książka, czekoladki, poczęstunek są uważane za prezent i akceptowane, natomiast koperta z pieniędzmi będzie kwalifikowana jako łapówka.

Po trzecie, wartość przedmiotu: nie powinna przekraczać według np.

prawa farmaceutycznego 150 zł, ale można się tu odwołać do kryterium proporcjonalności, zwłaszcza tam, gdzie stawką było życie pacjenta.

Wreszcie po czwarte, cel wręczenia prezentu, co jest w mojej opinii

W MYŚL PRZEPISÓW

- art. 68 Kodeksu Etyki Lekarskiej:

Jeżeli z zatrudnienia lekarza wynika, że winien on spełniać swe obowiązki wobec powierzonych jego opiece chorych bez świadczeń finansowych z ich strony, to nie może żądać od tych chorych wynagrodzenia w jakiegokolwiek formie ani też uzależniać leczenia od uzyskania materialnych korzyści.

- art. 1 pkt. 3 Kodeksu Etyki Lekarskiej:

Naruszeniem godności zawodu jest każde postępowanie lekarza, które podważa zaufanie do zawodu.

decydujące. Jeśli celem wręczającego było rzeczywiście wyrażenie wdzięczności, to nawet prezent większej wartości może być akceptowany. Warto jednak pamiętać, że to sąd w każdym przypadku indywidualnie ocenia okoliczności.

Czymś zupełnie innym od wyrażenia wdzięczności jest natomiast uzależnienie przyjęcia do szpitala publicznego, przyspieszenie terminu wykonania zabiegu lub osobiste wykonanie operacji od uprzedniego wręczenia korzyści majątkowej. A tak było przez wiele lat w klinice uniwersyteckiej kierowanej przez obwinionego.

MECHANIZMY KORUPCYJNE

Przepisy Kodeksu Etyki Lekarskiej są jasne. Z art. 68 jednoznacznie wynika, że lekarz powinien traktować wszystkich pacjentów jednakowo, bez względu na ich sytuację majątkową. Co więcej, istnieje także konstytucyjny obowiązek zapewnienia dostępu do świadczeń finansowanych ze środków publicznych (art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji RP), za które pacjenci (oprócz składki na ubezpieczenie zdrowotne) nie powinni uiszczać obowiązkowych opłat.

Niestety, zła organizacja ochrony zdrowia, niedoszacowanie większości procedur i narastające w konsekwencji zadłużenie placówek medycznych, przede wszystkim szpitali powiatowych, będą prowadzić do coraz trudniejszego dostępu do świadczeń i tworzenia długich kolejek. A to leży u podstawy powstawania mechanizmów korupcyjnych, na które niestety również w naszym środowisku znajdują się podatne osoby.

Linia orzecznicza NSL jest w tych sprawach utrwalona. W ubiegłorocznym

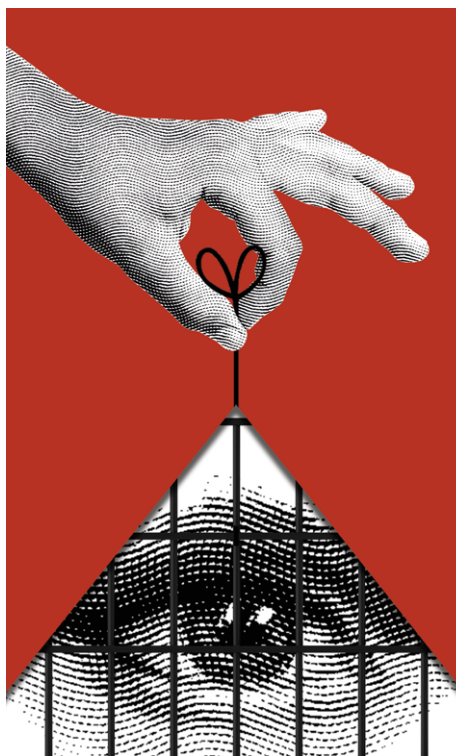


foto: Freepik.com

orzeczeniu w podobnej sprawie NSL stwierdził, że przyjmowanie łapówki przez lekarza jest w istocie żerowaniem na ludzkiej krzywdzie i nieszczęściu, co jest oceniane jako szczególnie negatywne przez nasze środowisko i społeczeństwo.

Nie może stanowić merytorycznego uzasadnienia fakt nieadekwatnego wynagrodzenia lekarzy w stosunku do ich ciężkiej pracy i wysokich kompetencji zawodowych, co powoli się zmienia, szczególnie w placówkach prywatnych.

Mocno zakotwiczony w Polsce „judymowski” wzorzec lekarza, opierający się na silnym przekonaniu, że powinność lekarza to szczególnie misja, a nie tylko zawód, uległ w ostatnich latach pewnej erozji – szczególnie pod wpływem młodszych pokoleń lekarzy, akcentujących, że lekarz to też człowiek. Ma rodzinę, zobowiązania i oprócz niezwykle obciążającej pracy powinien mieć zapewniony odpowiedni standard życia.

NIE DLA PATOLOGII

Wracając do sprawy, NSL uznał, że w związku z ogromną skalą nieetycznej działalności lekarza z tytułem naukowym (w postępowaniu karnym udowodniono mu 82 zarzuty), wysoką pozycją zawodową i złym wpływem tego postępowania na młode pokolenie lekarzy, dla których powinien być wzorem, oraz wyjątkową arogancją wobec zasad etyki i prawa spowodowaną jednoznacznie merkantylną postawą, kara pieniężna wymierzona przez OSL jest całkowicie niewspółmierna i nie spełnia ustawowych dyrektyw kary. W związku z tym NSL wymierzył karę zawieszenia prawa wykonywania zawodu na pięć lat, uznając, że swoim niegodziwym postępowaniem obwiniony rażąco uchybił godności stanu lekarskiego.

Zadaniem samorządu lekarskiego jest eliminowanie takich patologicznych działań lekarzy. Zachowanie obwinionego rzutuje na całe środowisko lekarskie i narusza istotnie społeczne zaufanie do lekarzy.

REKLAMA



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



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

Nr konta: 31 1240 6263 1111 0010 4779 2541

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

Mariusz Janikowski, prezes zarządu Fundacji Lekarze Lekarzom

PRAWO I MEDYCYNĄ

Recepty na masową skalę i uduszenie żony

Jak wielka musi być wina lekarza czy też jak niespotykane przewinienie zawodowe, aby sąd zdecydował się na orzeczenie kary pozbawienia prawa wykonywania zawodu, pokazują konkretne przykłady.

Pisząc o karach zawieszenia prawa wykonywania zawodu, stwierdziłem, że ich orzekanie przez sądy lekarskie wiąże się z winą, której stopień należy uznać za rażący.

Według mojej wiedzy sądy lekarskie pozbawiły skutecznie prawa wykonywania zawodu 19 lekarzy. W Centralnym Rejestrze Lekarzy (CRL) prawo do wykonywania zawodu ma ponad 200 tys. osób, a lekarskie sądy orzekają od 33 lat. Orzeczeń pozbawiających prawa wykonywania zawodu wydanych przez okręgowe sądy lekarskie było oczywiście więcej niż 19 (o dwóch ostatnich nieco dalej). Większość była zaskarzana do Naczelnego Sądu Lekarskiego (NSL) i część złagodzone, a nawet jeśli NSL utrzymywał je w mocy, nie wszystkie poddane ocenie sądów powszechnych (kiedyś apelacyjnych, dziś Sądu Najwyższego) się utrzymały.

Postępowanie dotyczące odpowiedzialności zawodowej nie jest postępowaniem karnym. Sąd lekarski zawsze musi rozważać represyjność kary, która nie mogła i nie może być nadmierna w stosunku do przewinienia. Co więcej, czy w sytuacji, gdy sąd powszechny może zakazać wykonywania zawodu lekarza „na zawsze” jedynie w bardzo określonym przypadku, uprawnienie sądu lekarskiego do orzekania tej kary jest zasadne? Argumenty te przytaczam dla tych, którzy albo uważają, że sądy lekarskie są nazbyt łagodne, albo kwestionują prawo samorządu do usuwania ze swoich szeregów osób niegodnych wykonywania zawodu lekarza. Odsyłam też do piśmiennictwa, gdzie opisywano prawomocne pozbawienia prawa wykonywania zawodu (https://nil.org.pl/uploaded_files/1579510028_10-reshef.pdf).

NATYCHMIASTOWE SKUTKI

Użyłem stwierdzenia „skutecznie pozbawiły”. Orzeczenie NSL jest prawomocne z chwilą ogłoszenia, czyli od dnia rozprawy. Potem NSL ma dwa miesiące na

GRZEGORZ WRONA
SEKRETARZ
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ



sporządzenie uzasadnienia, które przesyła do stron, do prezesa NRL i do ministra zdrowia z pouczeniem o prawie do złożenia kasacji do Sądu Najwyższego (SN). Na złożenie kasacji są dwa miesiące od otrzymania orzeczenia wraz z uzasadnieniem. O terminie kasacji decyduje SN, a jeśli wpłynie wniosek, może postanowić o wstrzymaniu wykonywania kary do czasu rozpoznania kasacji.

Prawomocne orzeczenie NSL przesyła do prezesa okręgowej rady lekarskiej celem wykonania i do prezesa NRL celem umieszczenia wzmianki o ukaraniu w Rejestrze Ukaranych Lekarzy. Wzmianka ta może być usunięta jedynie w razie uchylecia orzeczenia NSL przez SN. Natomiast prezes okręgowej rady lekarskiej jest zobowiązany niezwłocznie wydać zarządzenie o zmianie numeru rejestru ukaranego lekarza i wówczas w CRL (ograniczone ustawą dane powszechnie dostępne) znajdujemy adnotację o przeniesieniu danych lekarza do tzw. archiwum z powodu pozbawienia prawa wykonywania zawodu. Oczywiście lekarz jest wzywany do złożenia dokumentu prawo wykonywania zawodu, a o orzeczeniu niezwłocznie powiadamiany jest ZUS, NFZ, wojewoda i pracodawcy ujawnieni w rejestrze. Orzeczenie skutkuje natychmiastowym rozwiązaniem umów o pracę, a także

wykreśleniem prowadzonego prywatnego gabinetu z rejestru praktyk. Takie decyzje dotyczyły w ostatnim czasie dwóch lekarzy. W obu przypadkach karę pozbawienia prawa wykonywania zawodu orzekał okręgowy sąd lekarski w pierwszej instancji.

MOCNY MATERIAŁ DOWODOWY

W pierwszym rzecznik odpowiedzialności zawodowej postawił zarzut, że w praktyce lekarskiej, wykorzystując bez wiedzy swoich pacjentów ich dane, lekarka wystawiała masowo recepty na substancje psychotropowe. Czyniła tak nadal pomimo wiedzy o toczącym się postępowaniu lekarskim i równoległym postępowaniu karnym. Zarzucany przez rzecznika czyn miał związek z uczestnictwem lekarki w zorganizowanej grupie przestępczej. Sąd lekarski orzekł o najwyższym możliwym wymiarze kary. Lekarka nie złożyła w terminie odwołania od orzeczenia, stąd stało się prawomocne.

W drugim przypadku rzecznik zarzucił lekarzowi, że działając umyślnie, wykonał czynności, które doprowadziły do śmierci (żony lekarza) wskutek uduszenia gwałtownego. I tu sąd lekarski, zapoznając się z zebraniem materiałem dowodowym, zdecydował się na orzeczenie najwyższego możliwego wymiaru kary. Lekarz nie odwołał się do NSL. ●

PODATKI I FINANSE

Można oddać mniej fiskusowi

ANNA WOJDA

Dobre wiadomości dla lekarzy wynajmujących posiadane nieruchomości. Małżonkowie wyliczą podatek według stawki 12,5 proc. dopiero po przekroczeniu 200 tys. zł, zamiast 100 tys. zł. Zmiany obowiązują od 1 lipca, ale dotyczą przychodów uzyskanych od stycznia.

Prychody z najmu, zgodnie ze zmianami wprowadzonymi przez Polski Ład, są od 1 stycznia 2023 r. opodatkowane ryczałtem. Nie ma już możliwości stosowania innych form opodatkowania. Do 100 tys. zł stawka ryczałtu wynosi 8,5 proc. Po przekroczeniu tej kwoty podatek wyliczany jest według stawki 12,5 proc.

Do 30 czerwca przepisy mówiły, że limit 100 tys. zł dotyczy obojga małżonków. Od 1 lipca limit przychodów wzrósł do 200 tys. i odnosi się do małżonków posiadających wspólność majątkową, którzy złożyli oświadczenie o opodatkowaniu przychodów z najmu wspólnej nieruchomości przez jednego z nich. Podatek według stawki 12,5 proc. zapłacą dopiero od nadwyżki ponad 200 tys. zł.

Jeśli małżonkowie mają rozdzielność majątkową, każdy z nich opodatkowuje dochody z najmu oddzielnie. W takim przypadku każdy ma odrębny limit w wysokości 100 tys. zł ze stawką 8,5 proc. i dopiero po jego przekroczeniu płaci 12,5 proc. ryczałtu.

– Od 1 lipca wzrósł limit przychodów z najmu opodatkowanych stawką 8,5 proc.

Zmiana dotyczy jednak wyłącznie małżonków, między którymi istnieje wspólność majątkowa i którzy mają wspólne nieruchomości oraz tylko jeden z nich opodatkowuje całość przychodów z najmu. Zmiana może mieć znaczenie dla tych małżonków, którzy osiągają wysokie przychody z najmu i już płacili 12,5 proc. po-

Podniesienie progu przychodów to realne oszczędności dla małżeństw – maksymalna korzyść może wynieść do 4 tys. zł rocznie

datku od nadwyżki ponad 100 tys. zł, pod warunkiem że uprzednio złożyli oświadczenie o opodatkowaniu przychodów z najmu przez jednego z nich. Na koniec roku będą mieli nadpłatę, którą rozliczą w zeznaniu rocznym – komentuje Anna Misiak, doradca podatkowy, partner i szef Zespołu Podatków Osobistych i Doradztwa dla Pracodawców

MDDP. I dodaje: – Warto podkreślić, że oświadczenia o opodatkowaniu najmu przez jednego z małżonków, gdy przychody są uzyskiwane od początku roku, nie można złożyć w trakcie roku.

Co do zasady małżonkowie mający wspólność majątkową i posiadający wspólnie nieruchomości są obowiązani rozliczać przychody z najmu po połowie. Mogą jednak złożyć oświadczenie o opodatkowaniu przychodu w całości przez jednego z nich. Powinni to zrobić do 20. dnia miesiąca następującego po tym, w którym osiągnęli pierwszy w danym roku przychód z najmu lub do końca roku – jeśli przychód został osiągnięty w grudniu.

Wejście w życie przepisów w połowie roku mogło u niektórych podatników spowodować zamieszanie. Jeśli limit przychodów 200 tys. zł przekroczyli przed lipcem i zapłacili 12,5 proc. ryczałtu (choć mają prawo do 8,5 proc.), nadpłatę będą mogli odzyskać w rozliczeniu ryczałtu za 2023 r. ●



online
28-30.09.2023

9th Central European Congress
on Osteoporosis and Osteoarthritis

21st Congress
of the Polish Society of Osteoarthrology



**FREE
ADMISSION**



Fot.: Freepik

PODATKI I FINANSE

Lekarze pytają, urzędnicy wyjaśniają

ANNA WOJDA

Każdy, kto ma wątpliwości dotyczące prawidłowości swoich rozliczeń, może wystąpić z wnioskiem o interpretację podatkową. Odpowiedź zostanie bez zbędnej zwłoki, nie później niż w ciągu trzech miesięcy od otrzymania pytania.

Zarówno lekarze, jak i lekarze dentyści mają czasami wątpliwości. Dotyczą prostych spraw, na przykład czy mogą zaliczyć ponoszone wydatki do kosztów podatkowych albo czy mogą zmienić formę opodatkowania. Jeśli nie mamy pewności, warto zapytać fiskusa. Wniosek o wydanie interpretacji to wydatek 40 zł od każdego stanu faktycznego (czyli tego, co budzi nasz niepokój) lub zdarzenia przyszłego (czyli tego, co planujemy zrobić). Jeśli we wniosku zadajemy kilka pytań, płacimy za każde z nich.

Aby uzyskać interpretację indywidualną, trzeba złożyć wniosek ORD-IN. W wielu wypadkach warto się o nią postarać. Ma ona tę zaletę, że chroni lekarza czy lekarza dentystę niezależnie od tego, czy zawarte w niej postanowienia zostałyby podważone przez inne organy.

Poniżej przykładowe pytania i odpowiedzi, jakie udzielili urzędnicy.

BEZ POSILKU, NAWET GDY DYŻUR TRWA 50 GODZIN

Lekarka, która prowadzi jednoosobową działalność gospodarczą i wykonuje usługi medyczne w szpitalu, zapytała, czy może rozliczyć w kosztach podatkowych wydatki na jedzenie. Dyżury w szpitalu trwają nieprzerwanie od 24 do 55 godzin. W tym czasie nie ma możliwości przygotowania posiłków, nie może opuścić oddziału, a coś musi jeść. Zamawia więc catering.

Co na to fiskus? Uznał, że każdy musi coś jeść, niezależnie od tego, czy prowadzi działalność gospodarczą. Zakup cateringu to wydatek osobisty i zdaniem urzędników nie można uznać, że został poniesiony w celu uzyskania firmowych przychodów (a tylko taki może

zwiększyć koszty podatkowe). Lekarka nie może zatem rozliczyć w kosztach podatkowych cateringu (interpretacja numer 0112-KDIL2-2.4011.298.2023.1.EB).

TECHNIK NIE MOŻE BYĆ GŁODNY

Na rozliczenie w kosztach podatkowych wydatków na zakup posiłków fiskus zgodził się w innej interpretacji (numer 0112-KDIL2-2.4011.178.2023.3.AG). W tym przypadku chodziło o praktykę dentystyczną. Lekarka zatrudnia na pół etatu technika analityki medycznej. Kupuje dla niego catering, by zapewnić mu posiłki w pracy (uważa, że zadowolony pracownik nie będzie szukał innej pracy).

Fiskus przyznał jej rację. Stwierdził, że zadowolenie pracownika może się przełożyć na uzyskiwane przez lekarkę dentystkę przychody. Może zatem rozliczyć w kosztach podatkowych wydatki na zakup posiłków dla technika.

TEN SAM GABINET, ALE USŁUGI MUSZĄ BYĆ INNE

Są też pytania o plany na przyszłość. Tak było w przypadku lekarza, który prowadzi działalność gospodarczą i przez trzy dni w tygodniu na podstawie umowy cywilnoprawnej wykonuje usługi jako chirurg naczyń. Jednocześnie w ramach umowy o pracę z tym samym podmiotem przyjmuje pacjentów jako lekarz podstawowej opieki zdrowotnej. Zapytał, czy od 1 stycznia 2024 r. będzie mógł opodatkować przychody z działalności gospodarczej ryczałtem ewidencjonowanym (teraz płaci podatek według stawek ze skali podatkowej). Jego zdaniem może zmienić formę opodatkowania, bo usługi wykonywane w ramach umowy cywilnoprawnej nie są tożsame z tymi na etacie (a wtedy nie ma możliwości, by rozliczać się ryczałtem).

Fiskus się na to zgodził. Stwierdził, że skoro świadczone przez lekarza usługi w ramach działalności gospodarczej są inne niż te, które wykonuje w ramach umowy o pracę z pracodawcą – nie ma przeszkód, by zdecydował się na opłacanie ryczałtu. Ważne tylko, by złożył na czas oświadczenie o wyborze formy opodatkowania (numer interpretacji 0114-KDWP.4011.31.2023.2.AS).

LICENCJA PILOTA MOŻE SIĘ PRZYDAĆ DENTYŚCIE

Niektórzy lekarze decydują się na rozszerzenie prowadzonej dotychczas działalności. Tak było w przypadku stomatologa, który – choć prowadził praktykę lekarską – odliczył wydatki na kurs pilotowania samolotów. Twierdził, że zawodowe latanie ma być dla niego dodatkowym źródłem przychodów. We wniosku o interpretację napisał, że chciałby rozszerzyć działalność gospodarczą o nowe usługi. Wcześniej musi jednak ponieść wydatki na licencję pilota. Całkowity koszt uzyskania uprawnień szacował na 100-110 tys. zł.

Dentysta twierdził, że wydatki na szkolenie będą miały związek z uzyskiwaniem przychodów z usług odpłatnego pilotowania samolotów pasażerskich. Są bowiem niezbędne dla prowadzenia działalności gospodarczej w tym zakresie.

Jak pokazuje interpretacja o numerze 0112-KDIL3-3.4011.385.2018.2.DS jego argumenty przekonały fiskusa. Ten zgodził się bowiem, że lekarz ma prawo rozszerzyć praktykę o świadczenie usług lekarskich i wydatki na licencję pilota zaliczyć do kosztów podatkowych.

W ostatnim czasie decyzje skarbowe są korzystne dla podatników, i to nie tylko dla lekarzy. Przykładem jest

interpretacja o numerze 0113-KDIP2-1.4011.434.2023.1.HJ, w której fiskus pozwolił na rozliczenie w kosztach podatkowych wydatków na licencję pilota prawnikowi. Nie zawsze jednak tak było. Pokazuje to interpretacja o numerze 0113-KDIP3.4011.254.2017.2.MH, w której fiskus odmówił przedsiębiorcy możliwości rozliczenia poniesionych wydatków, choć przedstawiane argumenty były bardzo podobne do tych, których użył lekarz dentysta.

WAŻNE TO, CO NAPISZEMY WE WNIOSKU

Występując o interpretację podatkową, musimy przedstawić własne stanowisko w sprawie, czyli pokazać fiskusowi, dlaczego powinien przyznać nam rację. Pamiętajmy zatem, że w przypadku działalności gospodarczej kosztami uzyskania przychodów są racjonalne i gospodarczo uzasadnione wydatki związane z tą działalnością. Z oceny związku ponieszonego wydatku z prowadzoną działalnością powinno zatem wynikać, że może on obiektywnie przyczynić się do osiągnięcia (lub zwiększenia) przychodów z danego źródła. ●

KIEDY WYJAŚNIENIA PRZESTANĄ BYĆ AKTUALNE

Interpretacja indywidualna to swego rodzaju opinia o tym, jak interpretować przepisy prawa podatkowego, sformułowana przez dyrektora Krajowej Informacji Skarbowej. To, że dostaliśmy interpretację, nie oznacza jednak, że nie może się ona zmienić. Jeśli zmieni się linia interpretacyjna w Ministerstwie Finansów, zmieni się również nasza interpretacja, czyli wyjaśnienia, które otrzymaliśmy nie będą już aktualne. Odpowiedź udzielona lekarzowi może też wygasnąć. Stanie się tak w przypadku zmiany przepisów, które były przedmiotem interpretacji. Występując o interpretację, musimy też pamiętać, by prawidłowo opisać to, o co pytamy (jeśli fiskus dojdzie do wniosku, że w naszym opisie są nieścisłości, może się okazać, że interpretacja nie będzie nas chroniła).

Patronat Gazety Lekarskiej

WARSZAWA

W stolicy o jakości w patomorfologii

O projekcie, którego zwieńczeniem jest podniesienie jakości badań patomorfologicznych, a tym samym bezpieczeństwa pacjenta, 19 września opowiedzą jego autorzy oraz realizatorzy i beneficjenci podczas konferencji „Wsparcie procesu poprawy jakości w patomorfologii poprzez wdrożenie standardów akredytacyjnych oraz wzmocnienie kompetencji kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi”.

Jeszcze cztery lata temu koszty procedury z patomorfologii, a więc także rozpoznania nowotworów, zaszyte były w kosztach procedur chirurgicznych. Wiele szpitali próbowało oszczędzać,

zlecając diagnostykę patomorfologiczną podmiotom zewnętrznym. Te zaś oszczędzały na badaniach, chcąc zaproponować szpitalom jak najatrakcyjniejszą cenę. Dochodziło do tego, że badanie organu z nowotworem wyceniano na kilkadziesiąt złotych, co nie pokrywało nawet kosztów przygotowania materiału do oceny pod mikroskopem. Nie mówiąc już o 10 razy droższych badaniach immunohistochemicznych. W efekcie wielu pacjentów traciło szansę na optymalne leczenie.

W 2019 r. z inicjatywy ówczesnego prezesa Polskiego Towarzystwa Patologów (PolPat), prof. Andrzeja Marszałka, konsultanta krajowego patomorfologii, rozpoczęto prace nad wyceną procedur w patomorfologii, tzw. JGPato, i wypracowaniem standardów akredytacyjnych dla zakładów patomorfologii. Podczas warszawskiej konferencji zaprezentowane zostaną wyniki trzyletniego projektu, który sprawił, że polska

patomorfologia dorównała światowym standardom.

– Zaprezentujemy historię zmian, których beneficjentem jest pacjent – mówi prof. Andrzej Marszałek. – Udało się zdefiniować środowisko pracy patomorfologów i wprowadzić jednolite w całej Polsce zasady opracowania materiałów, formułowania rozpoznania patomorfologicznego i zasady funkcjonowania jednostek diagnostyki patomorfologicznej – tłumaczy.

Udział w wydarzeniu wezmą prezes PolPat prof. Renata Langfort, prezes Polskiego Towarzystwa Onkologicznego (PTO) prof. Piotr Rutkowski, prof. Stanisław Góźdz, past-prezes PTO prof. Adam Maciejczyk oraz prof. Andrzej Marszałek, a także przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia oraz CMJ.

Konferencja odbędzie się 19 września 2023 r. w Hotelu Marriott w Warszawie (Al. Jerozolimskie 65/79, 00-697 Warszawa). Info: standardywpatomorfologii.pl ●

Dajmy zdrowiu szansę

Tylko zwiększenie nakładów na leczenie stomatologiczne jest w stanie odbudować zdrowie zębów Polaków.

PAWEŁ BARUCHA
WICEPREZES NACZELNEJ
RADY LEKARSKIEJ



Piąty z postulatów Siódemki NIL (#7NIL), czyli przekazanej nowej minister zdrowia listy zmian wymagających pilnego wdrożenia, dotyczy stomatologii. „Przekazanie fundusze regionalnym środkom na realizację zmian finansowania w stomatologii” to warunek konieczny dla poprawy leczenia stomatologicznego w Polsce.

Wydaje się on tym istotniejszy dzisiaj, niemal rok po tym, jak Rada ds. Rozwoju Stomatologii przy Ministrze Zdrowia zwróciła się do Ministerstwa Zdrowia z postulatem zmiany wyceny usług stomatologicznych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Na pierwszy ogień pójść miała protetyka jako najprostsza ze względu na niewielką liczbę siedmiu procedur.

Jesienią ubiegłego roku członkowie Rady usłyszeli, że propozycja nowych wycen, wyliczonych przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) i zatwierdzonych przez Ministerstwo Zdrowia, gotowa będzie pod koniec ubiegłego roku. Tymczasem poznali ją dopiero w czerwcu. W dodatku taryfy nijak nie przystają do rzeczywistych kosztów, jakie ponoszą

lekarze dentyści. Co więcej, ich lektura prowadzi do jednego niewesołego wniosku: lepiej naprawić starą protezę, niż robić nową.

To o tyle niepokojące, że w protetyce ze środków publicznych finansowanych jest zaledwie siedem procedur. Tymczasem w stomatologii dziecięcej, która jest przecież kluczowa, jeśli chodzi o stan zdrowia przyszłych pokoleń, mamy ich n razy więcej. Jeśli retaryfikacja siedmiu procedur w stomatologii zajęła urzędnikom więcej niż osiem miesięcy, wycena stomatologii dziecięcej zajmie chyba osiem lat.

Uważamy, że nowa minister zdrowia powinna uznać stomatologię za jeden ze swoich priorytetów. Wraz z innymi członkami Rady ds. Rozwoju Stomatologii przy Ministrze Zdrowia – i zapewne wieloma lekarzami dentydami w Polsce – jesteśmy też przekonani, że tylko zwiększenie nakładów na leczenie stomatologiczne finansowane ze środków publicznych jest w stanie odbudować zdrowie zębów i jamy ustnej Polaków. •

Nowe uprawnienia daje im rozporządzenie w sprawie specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia z 20 czerwca 2023 r. Dotychczas obejmowało ono absolwentów m.in. wydziałów lekarskich, pielęgniarstwa, położnictwa, psychologii, pedagogiki, pracy socjalnej, socjologii, resocjalizacji i nauk o rodzinie. Umieszczenie stomatologii na liście kierunków uprawniających do specjalizowania się w psychoterapii poszerza możliwości wykonywania zawodu lekarza dentysty. Stomatolodzy zabiegali o ten wpis od dawna. Ślali do Ministerstwa Zdrowia pisma i apele, ale cel osiągnięto dopiero, gdy zdecydowane stanowisko w tej sprawie zajął samorząd lekarski.

MIEĆ WYBÓR

W opublikowanym w listopadzie 2022 r. projekcie nowelizacji rozporządzenia dotyczącej specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia, wprowadzającej psychoterapię jako nową specjalność, nie uwzględniono dentyistów. Decyzja ta spotkała się z ostrym sprzeciwem tej grupy zawodowej.

Równie zdecydowana była reakcja członków Naczelnej Rady Lekarskiej (NRL). – To bardzo ważny zapis, ponieważ poszerza przestrzeń dla działań zawodowych stomatologów. Ukończenie specjalizacji z psychoterapii umożliwi im lepszą komunikację z pacjentem, nawiązanie z nim szczególnej relacji i rozwiązywanie problemów psychosomatycznych, które często pojawiają się w praktyce lekarza dentyisty – podkreśla Paweł Barucha, wiceprezes i przewodniczący Komisji Stomatologicznej NRL.

Dzięki nowej specjalizacji stomatolodzy, którzy z różnych powodów zdrowotnych nie mogą pracować przy fotelu dentyistycznym, nie muszą rezygnować z pracy, a na usługi psychoterapeuty jest obecnie ogromne zapotrzebowanie. Problem nie jest marginalny, o czym dyskutuje się przy okazji różnego rodzaju posiedzeń i konferencji. Lekarze dentyści są narażeni na choroby kręgosłupa (wymuszona pozycja przy pacjencie powoduje zwyrodnienia tego narządu),

UPRAWNIENIA

Stomatolog zostanie psychoterapeutą

LUCYNA KRYSIAK
DZIENNIKARKA

Lekarze dentyści również zaczną specjalizować się w psychoterapii.
Dotychczas taką możliwość mieli lekarze, psycholodzy, a nawet socjolodzy.

coraz częściej zdarzają się też alergie na różnego rodzaju formy lateksu czy choroby nowotworowe. Stomatolodzy bywają również ofiarami wypadków komunikacyjnych, w wyniku których nie zawsze wracają do pełnej sprawności. – Dzięki możliwości specjalizowania się w psychoterapii i uzyskania dodatkowych kwalifikacji mają wybór. Choć nie mogą już wykonywać zawodu dentystry, nie muszą rezygnować z pracy, a ponieważ są lekarzami, mogą rozwijać się w dziedzinach spokrewnionych z medycyną – zaznacza Paweł Barucha.

NIE TYLKO JAMA USTNA

Do gabinetu stomatologicznego wprawdzie przychodzi się leczyć zęby i schorzenia jamy ustnej, ale pacjenci lekarzy dentystrów mogą jednocześnie cierpieć m.in. na cukrzycę, miażdżycę, depresję, zespół jelita drażliwego, choroby nowotworowe, demencję starczą czy różnego rodzaju zaburzenia psychosomatyczne i emocjonalne. Stomatolog ze specjalizacją z psychoterapii potrafi rozpoznać je w swoim gabinecie i wybrać sposób leczenia uwzględniający stan psychiki pacjenta.

– Jako nauczyciel akademicki dostrzegam, że w dzisiejszych czasach, kiedy mamy do czynienia z wielochorobowością, dla stomatologa dodatkowa

specjalizacja z psychoterapii może być bardzo przydatna. Nasz zawód łączy się z wykonywaniem wielu bolesnych zabiegów, a mimo znieczulenia pacjent często reaguje na nie napięciem, niepokojem i lękiem. Te reakcje emocjonalne są najczęściej nieadekwatne do

Lekarze dentyści są narażeni na choroby kręgosłupa, coraz częściej zdarzają się też alergie na różnego rodzaju formy lateksu czy choroby nowotworowe

siły działającego bodźca, ale osoba emocjonalnie labilna ma tendencje do wyolbrzymiania, jest drażliwa, gorzej radzi sobie ze stresem i wymaga specjalnego traktowania i empatycznego podejścia – tłumaczy prof. Halina Borgiel-Marek, członkini Prezydium NRL oraz Komisji Stomatologicznej NRL.

Jej zdaniem zajęcia z psychoterapii powinny znajdować się w programie studiów medycznych. Obecnie przyszłych lekarzy nie szkoli się w tym kierunku. Psychoterapii nie ma też w programach szkoleń prowadzonych

w ramach kształcenia podyplomowego. Zdaniem prof. Borgiel-Marek możliwość specjalizowania się stomatologów w psychoterapii otwiera wiele furtek, a stomatolog psychoterapeuta, który z powodów zdrowotnych nie może dłużej wykonywać zawodu dentystry, może pracować w oddziałach onkologicznych, których pacjenci wymagają szczególnej troski w związku z towarzyszącymi schorzeniami jamy ustnej, a także szczególnego podejścia. Stąd ogromna potrzeba prowadzenia psychoterapii. Lekarz nie traci kontaktu z medycyną, a chory na raka lepiej znosi stosowane leczenie i jego działania niepożądane.

WYMIERNE WSPARCIE

Na fotel dentystryczny trafiają pacjenci onkologiczni po operacjach w obrębie głowy i szyi obejmujących jamę ustną. Często są one rozległe, okaleczające i odbijają się na stanie psychicznym pacjenta. Podejście lekarza dentystry powinno być nacechowane nie tylko empatią, ale też wykształcać w pacjencie nowe wzorce przeżywania, poznawania i reagowania, co prowadzi do poprawy jego stanu psychicznego.

– Możliwość specjalizowania się w psychoterapii jest ważna i potrzebna zarówno dla lekarzy, jak i pacjentów z wielu powodów. Lekarz dentysta w swojej praktyce zawodowej powinien dążyć do tego, by swoje umiejętności nie tylko utrzymywać na wysokim poziomie, ale także stale je rozwijać – mówi dr Anna Lella, członkini zarządu Światowej Federacji Dentystrycznej oraz prezeska Warmińsko-Mazurskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Olsztynie. Uważa, że dodatkowe kompetencje mogą być cenne przy prowadzeniu pacjentów np. periodontologicznych, z chorobami przewlekłymi, u których szczególnie istotny jest dobór metod motywujących do przebudowy zachowań na bardziej prozdrowotne.

Resort zdrowia zapowiada, że szkolenie specjalizacyjne z psychoterapii ma być prowadzone w jednostkach akredytowanych w oparciu o program specjalizacji zatwierdzony przez ministra zdrowia. ●

FELIETON

Czy do pracy w ratownictwie wystarczy pieczętka?

Z polską medycyną ratunkową coś poszło nie tak. Z karetek i SOR-ów zrobiono miejsca wprost stworzone do tego, żeby wypalać pracowników zawodowo, a wakaty zapewnia się często tymi, którzy ratownictwem medycznym nie powinni się zajmować.

Wstacji pogotowia ratunkowego w dużym polskim mieście pewnego dnia zapanowało przerażenie. Płatnik zagroził, że jeśli nie zostaną obsadzone dyżury lekarskie w zespołach specjalistycznych, stacja ta będzie musiała zapłacić dotkliwą karę. W mieście rozdzwoniły się telefony. Dzwoniono do wszystkich lekarzy i lekarek, z którymi zdecydowano jakiś czas temu zakończyć współpracę. Propozycję powrotu do funkcji kierownika zespołu „S” otrzymali więc ci, których prześladowały demony alkoholowe czy narkotyczne, ci, którym stan zdrowia nie pozwalał wejść na drugie piętro (a czasem w ogóle wyjść z karetki), wreszcie ci, którzy zapracowali podczas swoich dyżurów na całkiem pokazywany stos skarg od pacjentów bądź wezwań do prokuratury. Część lekarzy i lekarek telefonów nie odebrała, część całkiem rozsądnie powrotu do pracy odmówiła, ale w końcu – coś za szczęście – pewna pani doktor zgodziła się znów dyżurować. W stacji pogotowia zapanowała radość, szczególnie że pani doktor zadeklarowała, że dyżurów może wziąć całkiem dużo. Wizja zapelnienia prawie wszystkich dziur grafików i oddalenia groźby dotkliwej kary zaczęła już majaczyć na horyzoncie. Pani doktor miała tylko jeden warunek dotyczący powrotu do pracy. Brzmiał on: „Bez intubacji”.

Tak – szanowne koleżanki i szanowni koledzy – przeczytaliście dobrze. Pani doktor dyżurować w pogotowiu ratunkowym, owszem, mogła, ale odmawiała wykonywania intubacji dotchawiczej. Bo nie i już.

I choć historia ta (prawdziwa – opowiadała mi ją wysoko postawiona pracownica wspomnianego pogotowia) funkcjonuje w środowisku ratowniczym jako anegdota, to spróbujmy pominąć jej humorystyczny

JAKUB SIECZKO
ANESTEZJOLOG



aspekt i zastanowić się, dlaczego doszło do sytuacji, w której wspomniana lekarka w ogóle mogła taką propozycję złożyć? Trudno bowiem sobie wyobrazić, żeby na przykład endokrynolog chcący zatrudnić się

Polska medycyna ratunkowa nie wygląda jak „Ostry dyżur”. Karetka pogotowia i szpitalne oddziały ratunkowe stały się trochę śmietnikiem, do którego wrzucić można wszystko

w poradni deklarował, że „nadnercza i przysadka – nie bardzo; tarczycza – owszem, ale tylko nadczynności”, albo chirurg proponował swoje usługi szpitalowi, jednak bez appendektomii.

Pracuję w systemie ratownictwa medycznego od dziesięciu lat, od trzynastu zajmuję się anestezjologią i intensywną terapią. Spotykam zespoły ratownictwa medycznego w terenie podczas wspólnych akcji, przekazuję pacjentów personelowi SOR, a gdy dyżuruję w OIT, to SOR chce czasem pacjenta mi przekazać. Miałem okazję

obserwować pracę około czterdziestu oddziałów ratunkowych w siedmiu województwach. Widziałem niezliczoną liczbę zespołów ratownictwa medycznego w akcji. Po tych wszystkich latach stwierdzam: polska medycyna ratunkowa ma ogromny problem z częścią kadry lekarskiej. Zbyt często, prawdopodobnie częściej niż gdzie indziej, kompetencje zawodowe i/lub kultura osobista lekarzy i lekarek (podkreślam – niektórych!) pracujących w karetkach bądź na SOR-ach są nieakceptowalnie niskie. Nie mam tu na myśli tylko (a może nawet nie głównie) specjalistów czy rezydentów medycyny ratunkowej. Spotkać można bowiem w ambulansach i oddziałach ratunkowych prawie każdego – i wspaniałego specjalistę medycyny ratunkowej, i zapomnianego internistę, i emerytowanego ortopedę. Gdy byłem nastolatkiem, kochałem: „Ostry dyżur”. To była prawdziwa medycyna ratunkowa, którą robili prawdziwi bohaterowie! Konikotomie, torakotomie ratunkowe, defibrylacje, manewry Valsalvy. Pacjenci postrzeleni, pacjenci zatruci, zatrzymania krążenia i resuscytacje (zwykle skuteczne). Marzyłem o takiej

pracy – może po części dlatego pracuję w systemie ratownictwa medycznego od dekady, choć naprawdę już nie muszę? Na bloku operacyjnym spokojniej – deszcz nie pada na głowę, pacjent zwykle trzeźwy, nie trzeba włączyć w błoto w jakimś przydrożnym rowie.

Polska medycyna ratunkowa niestety – oględnie mówiąc – nie wygląda jak „Ostry dyżur”. Karetki pogotowia i szpitalne oddziały ratunkowe stały się trochę śmietnikiem, do którego wrzucić można wszystko. Odbijający się od niewydolnego systemu ochrony zdrowia pacjenci (czekający miesiące czy lata na wizytę w poradni bądź przyjęcie na oddział zabiegowy) zgłaszają się albo do operatora numeru alarmowego, albo na najbliższy SOR z problemami, które powinno się rozwiązywać ambulatoryjnie. Każdy, kto przepracował w pogotowiu czy na oddziale ratunkowym choćby kilka miesięcy, zna ten kłopot. Gdzie, do diabła, jest to ratowanie życia? Prawie go nie ma, są za to góry papierów, ludzie, których realne i dotkliwe problemy zdrowotne powinien rozwiązywać kto inny i gdzie indziej, a także na absolutnie każdym dyżurze solidna porcja chorych, których rozpoznanie oznacza się w klasyfikacji ICD-10 kodem Y91.

Praca na SOR czy w pogotowiu ratunkowym nie jest więc – łagodnie mówiąc – szczególnie komfortowa. Przyciąga, jak wynika z moich obserwacji, kilka typów lekarzy i lekarek. Chciałbym opisać trzy z nich.

Są więc pasjonaci – ludzie, którzy zdecydowali się wybrać takie miejsce realizowania ścieżki zawodowej, bo ideę ratowania ludzkiego życia i ducha przygody związanego z taką pracą mają głęboko wpojone. Zazwyczaj świetnie radzą sobie ze stanami zagrożenia życia, pozostają na bieżąco z najnowszymi ratowniczymi trendami, czerpią satysfakcję z dobrze wykonanej roboty. Cenią ich i szanują współpracownicy i współpracownice – ratownicy medyczni czy pielęgniarki. Bywa, że żar pasjonatów związany jest z ich dość jeszcze młodym wiekiem, często jednak nie przemija z biegiem lat. Znam pięćdziesięcioletnich, a nawet o dekadę starszych doskonałych specjalistów z tej grupy. Spotkać ich można wszędzie – w karetkach naziemnych i latających czy w drzwiach SOR oczekujących w pełnej gotowości na przyjazd (bądź przylot) pacjenta w ciężkim stanie. Podziwiam ich szczególnie za to, że system ich jeszcze nie przemielił. Praca z nimi to sama przyjemność.

Kolejna grupa – może największa – to ludzie, którzy po prostu rzetelnie



foto: Shutterstock.com

i akceptowalnie wykonują swoją pracę. Nie spędzają być może całych dyżurów na wertowaniu najnowszego numeru magazynu „Na ratunek”, ale zapewniają pacjentom opiekę na dobrym poziomie.

Jest też inna grupa. Chciałbym użyć eleganckiego określenia na jej nazwanie – niech więc będzie, że to lekarze i lekarki, którzy swojego zawodowego szczęścia nie odnaleźli gdzie indziej, więc SOR czy pogotowie pozostaje dla nich ostatnim z wyborów. Te miejsca pracy są często jak miłośni ojciec z przypowieści o synu marnotrawnym – przyjmą każdego, niezależnie od historii życia czy poziomu kompetencji. Jest pieczętka, nie zabrali prawa wykonywania zawodu, znajdzie się więc dla lekarskiego rozbitka i dwieście godzin dyżurów w miesiącu. Trzeba trzysta? Będzie i trzysta, a i czterysta się wygospodaruje.

Mamy więc w polskiej medycynie ratunkowej miejsca, w których do pracy przyjmuje się prawie każdego z numerem lekarskiego PWZ na pieczętce i spełnionymi (niezbyt wyśrubowanymi) kryteriami bycia lekarzem w systemie. Nieważne kompetencje, nieważna kultura osobista. Lekarz jest lekarz. Sztuka jest sztuka. Grafik prawie zawsze napięty jest do granic możliwości – ogromną ulgą jest, kiedy wreszcie udaje się go sklecić. Nie wiem, czy ci, którzy swojego zawodowego szczęścia nie znaleźli gdzie indziej, stanowią dwa czy trzydzieści procent wśród lekarzy i lekarek pracujących w systemie ratownictwa

medycznego. Wiem natomiast, że mam dość współpracy z nimi, dość mają też często choćby ratownicy medyczni. Rozumiem, że nie przed wszystkimi gabinetami ordynatorów SOR-ów stoją kolejki chętnych do pracy. Uważam jednak, że z polską medycyną ratunkową coś poszło bardzo, bardzo nie tak. Dostaje się jej najbardziej za cały niewydolny system ochrony zdrowia – zrobiono z karetek i SOR-ów miejsca wprost stworzone do tego, żeby wypalać pracowników zawodowo, a wakaty zapewnia się zbyt często tymi, którzy ratownictwem medycznym (a czasem w ogóle medycyną) nie powinni się zajmować. W niektórych miejscach nie ma przestrzeni na prawie żadną selekcję przyjmowanych do pracy, na szkolenia, na stawianie wymagań. Lekarz czy lekarka, do którego/której ktokolwiek będzie miał pretensje, zawsze może odpowiedzieć argumentem, że owszem – można jego czy ją zwolnić. Jest siedem innych placówek, które tylko czekają z odpowiednią umową. Dziury grafikowe są prawie wszędzie. A przecież SOR-y czy karetki to miejsca szczególne – takie, gdzie trafiają chorzy bojący się o swoje życie czy rodziny pacjentów chcących czegokolwiek dowiedzieć się o stanie swoich bliskich. Eufemistycznie mówiąc – nie zawsze trafiają wówczas na kwiat przedstawicieli czy przedstawicierek lekarskiego zawodu. Dostaje się za to całemu naszemu środowisku. •

Napisz do autora:
sieczenko.gazetalekarska@gmail.com

PRAKTYKA LEKARSKA – PEDIATRIA

Kiedy dziecko za szybko dojrzewa

ADAM CZERWIŃSKI
DZIENNIKARZ

Do Kliniki Endokrynologii i Chorób Metabolicznych Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki (ICZMP) regulamie trafiają miesięczkujące czterolatki i ich rówieśnicy z genitaliami jak u nastolatków. – Za niewinnie wyglądającymi zmianami mogą się kryć poważne problemy – mówi prof. Andrzej Lewiński.

U Laury niedługo po szóstych urodzinach pojawiło się delikatne plamienie z dróg rodnych. Po miesiącu kolejne, już bardziej obfite. Zaniepokojeni rodzice zgłosili się do poradni endokrynologicznej dla dzieci. Dziewczynkę skierowano do Kliniki Endokrynologii i Chorób Metabolicznych Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi.

Czteroletni Pawełek zaczął rosnąć szybciej niż rówieśnicy. Początkowo rodzice się cieszyli, że będzie wysoki. Ale gdy przegonił starszaków z grupy przedszkolnej, a rodzice zaobserwowali powiększenie jąder i prącia, postanowili zwrócić się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Ten w trybie pilnym skierował chłopca do endokrynologa dziecięcego.

U trzyletniej Julki mama zaobserwowała powiększanie się gruczołów piersiowych. Były nieco rozpalnione już w pierwszym roku życia, ale pielęgniarka uspokajała, że to się zdarza. Dziewczynka miała zastawkę otrzewnowo-komorową z powodu wodogłowia po ropnym zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych w pierwszym miesiącu życia. Teraz jednak gruczoły piersiowe powiększały się coraz bardziej, a otoczki przybrały ciemnoczerwony kolor i przypominały piersi nastolatka.

Ośmiomiesięczną Majkę lekarz POZ skierował na pilną konsultację endokrynologiczną, gdy podczas kontrolnej wizyty zauważył ciemne, kręcone włosy wzdłuż jej warg sromowych i na wzgórku łonowym.

U pięcioletniego Oliwiera nagle zaczęło powiększać się prącie, pojawiło się delikatne owłosienie łonowe, a skóra na mosznie przyciemniała. Objawy zaniepokoiły babcię i dziadka, do których chłopiec przyjechał na wakacje.

DWIE OSI

– U wszystkich tych dzieci cechy dojrzewania płciowego pojawiły się znacznie wcześniej niż powinny – mówi prof. Andrzej Lewiński, kierownik Kliniki Endokrynologii i Chorób Metabolicznych ICZMP i konsultant krajowy w dziedzinie endokrynologii. – Granica wieku, przed którą pojawienie się cech

kryć niezwykle poważne problemy zdrowotne – dodaje.

Dr hab. Renata Stawarska jest konsultantem wojewódzkim w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej. W Klinice Endokrynologii i w Poradni Endokrynologicznej dla Dzieci pracuje od 30 lat. – Od wielu lat zajmuję się diagnostyką i leczeniem dzieci z przedwczesnym dojrzewaniem płciowym – mówi. – Gdy prowadzę zajęcia z endokrynologii dziecięcej ze studentami medycyny, najpierw tłumaczę im zagadnienia podstawowe. Zaczynam od tego, że rozpoczęcie dojrzewania płciowego związane jest z aktywacją dwóch osi: gonadalnej i/lub nadnerczowej. Pobudzenie osi gonadalnej polega na tym, że pod wpływem podwzgórzowego hormonu nazywanego gonadoliberyną, czyli GnRH, stymulowane jest wydzielanie dwóch hormonów przysadki: LH (hormon luteinizujący) i FSH (hormon folikulotropowy), te zaś odpowiadają za wytwarzanie hormonów gonadalnych, czyli estrogenów (z jajników u dziewczynek) i testosteronu (z jąder u chłopców). Działanie tych obwodowych hormonów powoduje objawy dojrzewania – u dziewczynek powiększają się piersi i macica, a u chłopców – prącie i jądra. Dodatkowo u obu płci następuje przyspieszenie tempa wzrastania i dojrzewania kośćca – tłumaczy dr hab. Renata Stawarska.

Jeśli dziecko będzie piło w nadmiarze produkty zawierające fitoestrogeny, mogą się pojawić u niego cechy przedwczesnego dojrzewania płciowego

dojrzewania płciowego budzi niepokój, to 8 lat u dziewczynek i 9 lat u chłopców. Rocznie trafia do nas kilkadziesiąt dzieci z przedwczesnymi objawami dojrzewania. Za każdym razem bardzo się martwimy, bo za pozornie niewinnie wyglądającymi zmianami zachodzącymi w ciele dziecka mogą się

Dodaje, że niezależnie od aktywacji tej osi w trakcie dojrzewania płciowego obserwowane jest również pobudzenie warstwy siatkowatej kory nadnerczy, co powoduje nasilenie wytwarzania androgenów nadnerczowych. – To ta druga oś – nadnerczowa – powoduje objawy nazywane „adrenarche”. Zaliczamy do nich pojawienie się owłosienia łonowego, owłosienia pachowego, zmian łojotokowych na twarzy czy specyficznego zapachu potu. Jeżeli rodzice zaobserwują powiększenie się piersi lub jąder, oznacza to, że nastąpiła aktywacja osi gonadalnej, jeśli pojawia się zapach potu czy owłosienie łonowe lub pachowe – aktywacja osi nadnerczowej. Żaden z tych objawów nie powinien wystąpić przed podaną wcześniej granicą wiekową u dziecka – podkreśla.

Przedwczesne dojrzewanie płciowe związane z aktywacją podwzgórza, przysadki i gonad nazywane jest centralnym, ośrodkowym lub GnRH-zależnym przedwczesnym dojrzewaniem płciowym. Ale obserwuje się też przypadki nadmiernego wydzielania hormonów z gonad bez stymulacji centralnej – wówczas mówimy o obwodowym lub GnRH-niezależnym przedwczesnym dojrzewaniu płciowym. Również przedwczesne dojrzewanie płciowe związane z aktywacją osi nadnerczowej zaliczane jest do postaci obwodowej.

NOWOTWORY, GENY I ŹRÓDŁA EGZOGENNE

U czteroletniego Pawełka doszło do nadmiernej produkcji testosteronu z powodu guza jądra leydigioma. Na szczęście udało się go usunąć. Chłopiec jest zdrowy i rozwija się prawidłowo. U dziewczynek za przedwczesne obwodowe wydzielanie estrogenów najczęściej odpowiedzialne są guzy lub torbiele jajników. Są to przykłady obwodowego, GnRH-niezależnego dojrzewania płciowego. Z kolei do przedwczesnej aktywacji osi podwzgórze-przysadka-gonady mogą prowadzić nowotwory ośrodkowego układu nerwowego lub stany poprzedzone infekcją ośrodkowego układu nerwowego czy wodogłowie – jak u trzyletniej Julii. Dość często zdarzają się tzw. postaci idiopatyczne, których przyczyny nie udaje się ustalić.

Prof. Stawerska: – Centralne przedwczesne dojrzewanie płciowe wiąże się z występowaniem guzów w okolicy podwzgórzowo-przysadkowej u 7 na 10 chłopców, zaś u dziewczynek rzadziej – w 2-3 przypadkach na 10. Mogą to być torbiele pajęczynówki czy guzy typu hamartomata (błędniaki), zaliczane do zmian

► Dr hab.
Renata
Stawerska,
konsultant
wojewódzka ds. endokrynologii i diabetologii dziecięcej oraz konsultant krajowy ds. endokrynologii prof.
Andrzej
Lewiński



foto: Grzegorz Niewiadomski

nowotworopodobnych, ale też nowotwory takie jak glejaki dróg wzrokowych i podwzgórza, czaszko gardłaki czy wysoce złośliwe zarodczaki. A zatem w każdym przypadku, gdy stwierdzamy cechy przedwczesnego dojrzewania płciowego u małych dzieci, należy zachować szczególną czujność diagnostyczną.

Granica wieku, przed którą pojawienie się cech dojrzewania budzi niepokój, to osiem lat u dziewczynek i dziewięć lat u chłopców

Prof. Lewiński: – Z kolei jeśli chodzi o obwodowe przedwczesne dojrzewanie płciowe, to poza guzami jąder i jajników może ono też być rezultatem guzów nadnerczy. Tak było w przypadku ośmiomiesięcznej Majki, u której zdiagnozowaliśmy raka nadnercza o średnicy 6 cm. Ta postać dojrzewania może też wynikać z bardziej błahych powodów, mianowicie z egzogennej ekspozycji na hormony płciowe, na przykład gdy dzieci mają kontakt z lekami albo pokarmami zawierającymi hormony.

Okazało się, że Oliwier dostał pokąsną dawkę egzogennej testosteronu, bo jego dziadek smarował skórę ud maścią zawierającą ten hormon. Podczas zabawy brał wnuka na kolana, a że było to w lecie, obaj chodzili w krótkich spodenkach. Testosteron wchłaniał się również przez skórę dziecka i spowodował wystąpienie cech dojrzewania płciowego.

Prof. Lewiński: – Dawniej dziewczynkom powiększały się gruczoły piersiowe w wyniku ekspozycji na egzogenne estrogeny zawarte w mięsie kurczaków. Niestety, to nie jest miejska legenda. A dzieci, jak wiadomo, lubią mięso drobiowe. Kiedyś rzeczywiście kurczaki były karmione karmą zawierającą domieszki estrogenów. Obecnie takie prowadzenie hodowli drobiu jest zakazane i grozi wysokimi karami. Teraz jednak na naszym rynku dostępnych jest wiele produktów roślinnych zawierających fitoestrogeny – np. mleko sojowe. Jeśli dziecko będzie je piło w nadmiarze, mogą pojawić się u niego cechy przedwczesnego dojrzewania płciowego właśnie ze względu na działanie fitoestrogenów.

Obwodowe postaci dojrzewania płciowego mogą być również skutkiem chorób uwarunkowanych

genetycznie. U sześciolatniej Laury przyczyną wczesnych miesiączek był zespół McCune'a-Albrighta. W tej chorobie pojawiają się torbiele jajników produkujące estrogeny, ale również plamy kawowe na skórze i dysplazja włóknista kości. Inną chorobą powodującą przedwczesną ekspozycję na endogenne androgeny, spotykaną u obu płci, jest wrodzony przerost kory nadnerczy spowodowany genetycznie uwarunkowanym niedoborem enzymów biorących udział w steroidogenezie nadnerczowej.

CZAS TO CENTYMETRY

Jak tłumaczą endokrynolodzy, w diagnostyce i leczeniu przedwczesnego dojrzewania płciowego u dzieci kluczowy jest czas.

– Z dwóch powodów – podkreśla prof. Lewiński. – Z jednej strony pojawiają się objawy sygnalizujące, że u dziecka może występować guz nowotworowy: przysadki, gonad czy nadnerczy. Ale z drugiej strony pojawia się walka o prawidłowy wzrost końcowy dziecka. Podczas przedwczesnego dojrzewania płciowego przyspiesza również proces dojrzewania kośćca i może dojść do przedwczesnego skostnienia szpar nasadowych kości długich, co ma miejsce znacznie wcześniej niż u rówieśników. W efekcie często jest tak, że ten, kto wcześniej rozpoczyna proces dojrzewania, ostatecznie jest niski. Dlatego leczenie hamujące przedwczesne dojrzewanie płciowe w przypadku postaci centralnych i właściwe leczenie postaci obwodowych zapobiega awansowaniu dojrzewania kośćca. Wiedząc o tym, stosujemy zasadę – czas to tracone centymetry. Na szczęście większość naszych pacjentów osiąga satysfakcjonujący wzrost końcowy.

SKIEROWANIE DO KLINIKI

Przedwczesne dojrzewanie płciowe – czy to centralne, czy obwodowe – wymaga diagnostyki, a często – choć nie zawsze – leczenia. Przede wszystkim trzeba ustalić, co jest przyczyną zaburzeń, a nie da się tego zrobić bez zaplecza klinicznego.

– Większość pacjentów trafia najpierw do lekarza POZ – mówi prof. Stawerska. – Koniecznie trzeba wówczas dokładnie zbadać dziecko, ocenić, czy nie ma guza jąder, zlecić badanie USG jamy brzusznej. Warto też sprawdzić, czy na skórze nie występują charakterystyczne plamy kawowe – to znak, że możemy mieć do czynienia z zespołem McCune'a-Albrighta. Warto też zmierzyć ciśnienie tętnicze krwi, które może być podwyższone w niektórych postaciach wrodzonego

przerostu kory nadnerczy. Warto oznaczyć poziom hormonów tarczycy, albowiem ciężka niedoczynność tarczycy może również być powodem przedwczesnego dojrzewania płciowego, choć o nieco nietypowym przebiegu. Z kolei wiadomo, że u dziewczynek do drugiego roku

Dziadek brał wnuka na kolana, a że obaj chodzili w krótkich spodenkach, testosteron z maści, którą się smarował, wchłoniął się również przez skórę dziecka

życia często występuje tzw. łagodnie powiększenie gruczołów piersiowych, któremu nie towarzyszą inne cechy dojrzewania płciowego. Ten stan, nazywany z łacińskiego „thelarche praecox”, może być obserwowany w POZ. W większości przypadków lekarz POZ decyduje się na wystawienie skierowania do poradni endokrynologicznej dla dzieci. Z kolei lekarz w poradni specjalistycznej często na dalszą diagnostykę kieruje dziecko do oddziału endokrynologii dziecięcej, najlepiej takiego jak nasz. Zaczynamy od testu stymulacyjnego z GnRH, aby przekonać się, z jaką postacią dojrzewania mamy do czynienia. Jeśli będzie to postać centralna, GnRH-zależna, wykonamy badanie rezonansu magnetycznego okolicy podwzgórzowo-przysadkowej, żeby sprawdzić, czy nie rozwija się tam nowotwór. Jeśli będzie to postać obwodowa, zlecimy badanie USG jąder u chłopców lub miednicy mniejszej u dziewcząt. Jeśli zaś będą dominowały objawy związane z osią nadnerczową, zlecimy badanie USG jamy brzusznej z oceną nadnerczy oraz ocenę stężeń androgenów nadnerczowych w krwi i w moczu – mówi prof. Stawerska.

Dodaje, że jeśli lekarze wykluczą wszystkie te przyczyny, trzeba pogłębić wywiad i pytać o dietę oraz o leki przyjmowane przez dziecko i osoby z najbliższego otoczenia, biorąc pod uwagę możliwość przypadkowego spożycia tych leków przez dziecko albo przenikania ich przez jego skórę. – A na koniec zaproponować adekwatne postępowanie

terapeutyczne. Przed podjęciem decyzji terapeutycznych często posługujemy się oceną wieku kostnego, którą przeprowadza się w oparciu o badanie radiologiczne kośćca nadgarstka i ręki niedominującej, oraz analizą dotychczasowego przebiegu krzywej wzrastania w oparciu o dostępne poprzednie i aktualne pomiary wzrostu dziecka. W naszej poradni i klinice dzieci z centralną postacią przedwczesnego dojrzewania płciowego otrzymują nieodpłatne leczenie analogami GnRH w ramach programu lekowego Ministerstwa Zdrowia. Leki te hamują odwracalnie proces dojrzewania płciowego, a podawane są w postaci wstrzyknięć domięśniowych co 28 dni. W chwili obecnej leczenie to jest stosowane u ponad 120 dzieci – dodaje prof. Stawerska. ●

Klinika Endokrynologii i Chorób Metabolicznych Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki zajmuje się diagnostyką i leczeniem chorób endokrynologicznych, występujących zarówno u dzieci, jak i osób dorosłych. Między innymi od ponad 30 lat prowadzi leczenie z zastosowaniem hormonu wzrostu u niskorosłych dzieci, a od trzech lat jest także ośrodkiem koordynującym leczenie hormonem wzrostu u osób dorosłych z niedoborem tego hormonu. Pracownicy kliniki specjalizują się również w zaburzeniach wapniowo-fosforanowych oraz w diagnostyce raka tarczycy, w tym wykonywaniu najwyższej jakości badań ultrasonograficznych i biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej u dzieci i u dorosłych z guzami tarczycy. Wobec możliwości leczenia tych samych stanów chorobowych w wieku dziecięcym i dorosłym klinika ma możliwość ustalania standardów leczenia pacjentów w tzw. okresie przejściowym z dzieciństwa do dorosłości (endokrynologia wieku przejściowego).

Patronat Gazety Lekarskiej

LUBLIN

Onkologia: porozmawiajmy o trudnych sprawach

Przez trzy dni, od 20 do 22 października 2023 r., Lublin będzie miastem onkologii. W stolicy województwa lubelskiego odbędzie się pierwsza edycja międzynarodowej konferencji naukowej „OncoPhD”. Będzie ona okazją do zaprezentowania wyników badań i wymiany doświadczeń z zakresu onkologii klinicznej i eksperymentalnej przez doktorantów, studentów oraz młodych naukowców reprezentujący ośrodki akademickie z całego świata. Dyskusja, na którą liczą organizatorzy konferencji, ma pozwolić – zarówno prelegentom, jak i słuchaczom – poznać skomplikowane mechanizmy powstawania chorób nowotworowych i strategię opracowania leków

przeciwnowotworowych. Będzie też okazją do wymiany doświadczeń z codziennej praktyki klinicznej.

Dla uczestników przygotowano wiele atrakcji naukowych, w tym liczne warsztaty. Ich tematyka jest zróżnicowana, począwszy od ultrasonografii i biopsji, przez badania in vitro w onkologii, na rozwoju kompetencji miękkich (np. publiczne wystąpienia) skończywszy. Uczestnicy konferencji dowiedzą się również, jak aplikować na zagraniczne staże. Informacjami na ten temat podzieli się zdobywca wielu prestiżowych nagród – dr n. med. Marcin Nicoś.

Na tym nie koniec. Organizatorzy zaplanowali również warsztaty seminaryjne dotyczące norm i odchyleń w zakresie mowy i żywienia u pacjentów pediatrycznych, a także warsztaty związane z psychoonkologią, które przybliżą uczestnikom konferencji aspekty psychologiczne związane z walką z chorobą nowotworową.

Organizatorem konferencji jest Zarząd Samorządu Doktorantów Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. Sama konferencja odbędzie się na Uniwersytecie Medycznym. Będzie miała formę hybrydową. ●

WARSZAWA

Jak leczyć pacjenta z zaburzeniami psychiatrycznymi

Centrum Terapii Dialog organizuje ogólnopolską konferencję naukową o praktycznej psychiatrii dla lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Już 23 września 2023 r. jej uczestnicy będą mieli okazję dowiedzieć się o nowościach w psychiatrii. Pozną też wiele praktycznych wskazówek dotyczących tego, jak leczyć pacjenta z zaburzeniami psychiatrycznymi w gabinecie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

W programie znalazło się wiele ciekawych zagadnień, m.in. jaki lek stosować jako pierwszy, gdy w gabinecie pojawia się pacjent z depresją, jak leczyć zaburzenia snu czy jak postępować i rozmawiać z pacjentem po tragicznym wydarzeniu. Uczestnicy konferencji dowiedzą się również, jak leczyć pacjentów z lękiem i – co może być bardzo przydatne – jak pomóc rodzinie

chorego, gdy pacjent w podeszłym wieku jest pobudzony.

Ciekawe zagadnienie, przewidziane w programie konferencji, dotyczy pacjentów, którzy domagają się wielu badań i konsultacji. Uczestnicy będą mieli możliwość dowiedzieć się, jak z nimi postępować. Dodatkowo zaś poznają najczęściej popełniane błędy przez lekarzy POZ w postępowaniu z pacjentem psychiatrycznym. ●

POZNAŃ

Polska i światowa kardiologia w jednym miejscu

Sesje naukowo-dydaktyczne, prezentacja najnowszych wytycznych, konkursy na najlepsze prace oryginalne – tak w skrócie zapowiada się XXVII Międzynarodowy Kongres Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, który odbędzie się już 28-30 września w Poznaniu.

– Spotykamy się wspólnie dla serca, od poradni do kliniki – mówi prof. Jacek Legutko, przewodniczący Komitetu Naukowego Kongresów PTK. Podczas wydarzenia będzie mowa o najważniej-

szych zagadnieniach związanych ze współczesną kardiologią. Mission: impossible w prewencji sercowo-naczyniowej, konsultacja kardiologiczna kobiety w ciąży, jak przetrwać zmianę na oddziale intensywnej opieki kardiologicznej – to tylko niektóre tematy licznych sesji zaplanowanych w programie Kongresu. Zostaną też przedstawione najnowsze wytyczne Europejskiego Towarzystwa

Kardiologicznego, a w czasie wspólnej sesji PTK i ETK zaplanowano debatę o leczeniu ostrych zespołów wieńcowych.

Udział w spotkaniu to dobra okazja zaktualizowania wiedzy kardiologicznej wykorzystywanej w codziennej praktyce klinicznej. To też świetny czas na wspólną integrację.

Więcej informacji:

<https://kongres2023.ptkardio.pl> ●

PRAKTYKA LEKARSKA

Specjalista powinien być nadal internistą

LUCYNA KRYSIAK
DZIENNIKARKA

Problem z interną to skutek polityki prowadzonej przez zarządzających służbą zdrowia i sposobu finansowania – mówi prof. Jan Duława, prezes Zarządu Głównego Towarzystwa Internistów Polskich.

Panie Profesorze, co się dzieje z interną? W szpitalach likwiduje się oddziały chorób wewnętrznych, coraz mniej lekarzy specjalizuje się w tej dziedzinie i wydaje się, że od dawna jest ona spychana na margines medycyny.

To, co „dzieje się z interną”, jest wynikiem splotu wielu okoliczności. Jest to zarówno skutek polityki prowadzonej przez zarządzających służbą zdrowia, związanej z finansowaniem, jak i rozdrabniania medycyny na coraz węższe specjalności. Można się jednak zastanawiać, co było pierwsze: jajko czy kura? Czy likwiduje się oddziały internistyczne, bo coraz mniej lekarzy specjalizuje się w tej dziedzinie, czy odwrotnie?

Proces zmniejszania liczby łóżek internistycznych rozpoczął się, kiedy wprowadzano w Polsce nowy system rozliczania hospitalizacji. Dyrektorzy szpitali zorientowali się, że hospitalizacje na oddziałach chorób wewnętrznych są zupełnie nieopłacalne. Nie było w tym jednak winy lekarzy. Po prostu tak została wyceniona nasza praca. Opłacały się wysokospecjalistyczne procedury, które wymagały krótkiego pobytu. Pacjent z wielochorobowością, osłabiony wiekiem, pozbawiony opieki czy to ze strony bliskich, czy systemu opieki, zalegający przez wiele dni na oddziale, stawał się dla szpitala coraz większym obciążeniem. Stąd zarządy szpitali starały się maksymalizować liczbę łóżek przynoszących dochód i minimalizować liczbę tych, które powodowały straty. Utrzymywanie oddziałów internistycznych traktowano jak zło konieczne.

Czyli inwestuje się głównie w oddziały przynoszące zysk?

Oddziały przynoszące zysk łatwiej remontować, podnosić ich standard, wyposażać w nowoczesny sprzęt, natomiast oddziały chorób wewnętrznych zwykle czekały na remonty w niekończących się kolejkach. Pogłębiały się także różnice w wynagrodzeniach lekarzy i pielęgniarek. Czy można się dziwić, że lekarze wybierali bardziej „dochodowe” specjalizacje? Przecież nikt nie chce być pariasem, a tym bardziej – przepraszam za wyrażenie – frajerem. Nawet jeżeli w wyborze zawodu kierował się tym, co określone jest jako powołanie. Przede wszystkim jednak pacjent nie przychodzi do lekarza z etykietką określonej przez ICD-10 choroby, ale z zespołem dolegliwości, i wymaga odpowiedniej diagnostyki różnicowej i właściwego leczenia. Podkreślam: leczenia wymaga chory, nie choroba.

Wydaje nam się często, że wielkie badania kliniczne tworzą uśrednionego chorego, któremu będziemy nadawać imię swojego pacjenta. Tymczasem taki uśredniony chory – a tak chciałoby go widzieć schematy NFZ – nie istnieje. Potrzebne jest tzw. spojrzenie całościowe i dobre podstawy internistyczne u każdego specjalisty. Tymczasem nowy sposób specjalizowania lekarzy zniósł konieczność „zrobienia” najpierw prawdziwej interny

i umożliwił szybkie uzyskanie tytułu specjalisty w wąskiej dziedzinie, dając szybsze możliwości lepszego zarobkowania i większego prestiżu. Trudno się dziwić, że lekarze wybierają właśnie tę drogę. Reasumując, to wszystko potwierdza, że problem z interną jest skutkiem polityki prowadzonej przez zarządzających służbą zdrowia i sposobu finansowania.

Ilu mamy w Polsce internistów i czy to dużo, czy mało?

Złożoność sytuacji polskiej interny polega m.in. na tym, że na tak proste, zdawałoby się, pytanie nikt nie zna odpowiedzi. Zaglądając do rejestrów Izby Lekarskiej, w Polsce jest 19 673 specjalistów chorób wewnętrznych (ok. 10 proc. wszystkich lekarzy). Jednak większość z nich (nikt nie wie jaka) ma również wąską specjalizację. Wielu pracuje w charakterze lekarza rodzinnego. W oddziałach internistycznych jest zatrudnionych niewiele. Poza tym ponad 6 tys. internistów osiągnęło wiek emerytalny. Strach pomyśleć, co będzie, jeżeli zdecydują się na zakończenie pracy.

Lekarze twierdzą, że interna to trudna specjalność, ponieważ wymaga opanowania bardzo rozległej wiedzy, a egzaminy niełatwo zaliczyć.

Jakkolwiek trudna byłaby interna, jest ona specjalnością, bez której co prawda można prowadzić

badania, a nawet odnosić spektakularne sukcesy w medycynie klinicznej, to jednak nie można poprawić ogólnego stanu zdrowia społeczeństwa. Dzisiaj nikt nie kwestionuje roli geriatry w opiece nad osobami starszymi. Nikt nie podważa konieczności holistycznego spojrzenia na osłabionego wiekiem pacjenta. Nasuwa się jednak pytanie, czy człowiek staje się jednością psychofizyczną dopiero po osiągnięciu pewnego wieku? Owszem, starzenie upośledza czynność wszystkich narządów i zwiększa ryzyko wielochorobowości. Ale w każdym wieku działanie różnych niekorzystnych czynników może przekraczać możliwości adaptacyjne organizmu i nakładać się na genetycznie uwarunkowane lub nabyte w dowolnym okresie życia zaburzenia struktury i czynności różnych narządów i układów. Liczba kombinacji, zarówno tych uwarunkowań, jak i czynników patogennych przekracza możliwości jakiegokolwiek klasyfikacji chorób.

Czyli bez interny ani rusz?

Specjaliści starają się jak najlepiej rozeznaczyć i pokierować chorych w zakresie swojej specjalności, czyniąc to z wielkim zaangażowaniem. Nie można jednak nie zauważyć, że to zapatrzenie w parametry „swojego” narządu lub układu stanowi samo w sobie swoisty czynnik ryzyka redukcjonistycznego podejścia do pacjenta. Takie podejście przenosi się na chorego, który traci możliwość całościowej oceny swojego zdrowia. Dlatego tak ważne jest, aby stając się wąskim specjalistą, nie przedstawiać być internistą. Pamiętajmy też, że ciągle jesteśmy atakowani pseudonaukowymi teoriami i szarlatanскими praktykami pseudomedycznymi. Odpowiedzialność za to w dużym stopniu spada na przedstawicieli medycyny akademickiej, lekceważących znaczną część potrzeb chorego człowieka i składających niespełnialne obietnice. Bardzo chcemy jako badacze być obiektywni. Słusznie, bo do obiektywizmu dąży uznawany przez nas paradygmat nauki. Musimy jednak być świadomi stałego zagrożenia subiektywizmem, nie mówiąc już o rzeczywistości intersubiektywnej, w którą wszyscy jesteśmy zanurzeni. Nie bez znaczenia jest dyktat wielkich koncernów przemysłowych i zdominowanie głównych kierunków badań medycznych przez takie, które budzą największe nadzieje na korzyści finansowe, jednak nie zaspokajają



foto: archiwum prywatne

najważniejszych rzeczywistych potrzeb poszczególnych chorych i całych społeczeństw.

Jak to zmienić?

Konieczny jest wysiłek intelektualny i organizacyjny całego społeczeństwa. Każdy musi być świadomy odpowiedzialności za zdrowie własne i swoich najbliższych. Medycyna nie może się rozwijać bez zdobyczy nauk podstawowych i nowych technologii oraz wysoko kompetentnych szczegółowych specjalistów, którzy te zdobycze potrafią spożytkować dla ratowania chorych w różnych, dramatycznych, a nawet ekstremalnych sytuacjach. Nie one jednak zadecydują o rzeczywistej poprawie zdrowia społeczeństwa. Konieczne jest zmniejszenie zapadalności na najczęstsze choroby przewlekłe, a także zapobieganie niepełnosprawności i ulżenie cierpieniom, które te choroby powodują. Nawet heroicznym wysiłkiem i najbardziej spektakularnymi metodami uratowania od śmierci pacjenci muszą znaleźć się pod opieką lekarza, który zajmie się ich dalszym leczeniem. To musi być lekarz, który zna najnowsze osiągnięcia medycyny klinicznej, aby umiejętnie korzystać z konsultacji

wąkospecjalistycznych, ale nie są mu obce także osiągnięcia nauk humanistycznych, by dostrzegać i rozumieć różnorodne potrzeby chorego oraz być świadomym tkwiących w nim tajemnic. Lekarz, który zna możliwości, ale i ograniczenia, a przede wszystkim zagrożenia medycyny, który umie na tej podstawie dokonywać trafnych wyborów i pokierować przychodzącym do niego pacjentem.

Jak zatem powinna wyglądać interna w przyszłości?

Powinna zachować umiejętność całościowej oceny stanu zdrowia chorego mimo zdobycia bardziej szczegółowej specjalizacji, a pełnić np. funkcję lekarza rodzinnego skutecznie koordynować pracę specjalistów. Problemem jest to, że gremia decydenckie w naszym kraju wciąż nie traktują zarówno POZ, jak i oddziałów chorób wewnętrznych jako ośrodków wysokiej jakości (nawet potencjalnie), które mogą stać się referencyjne. Dzieje się tak ze szkodą nie tylko dla tych placówek, ale i dla całej medycyny, a przede wszystkim dla pacjentów. Ich podział na lepszych, czyli wymagających spektakularnej procedury, i gorszych, wymagających żmudnej diagnostyki, a nawet „tylko” opieki lub obserwacji, jest głęboko krzywdzący zarówno samych chorych, jak i opiekujących się nimi lekarzy. Pełna wersja wywiadu na gazetalekarska.pl •

JAN DUŁAWA

lekarz, profesor nauk medycznych, prezes Zarządu Głównego Towarzystwa Internistów Polskich. W 1978 r. ukończył studia na Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach. Stopień doktora nauk medycznych uzyskał w 1982 r., habilitację w 1987 r. Profesor zwyczajny od 1998 r. W tym samym roku otrzymał odznakę „Za wzorową pracę w Służbie Zdrowia”, a w 1999 r. medal Komisji Edukacji Narodowej, zaś w 2004 r. Złoty Krzyż Zasługi.

Patronat Gazety Lekarskiej

KATOWICE

Ginekologia: większe możliwości

Nieustanny rozwój technologii, ale też praktyki medycznej, powodują, że leczenie pacjentek może być coraz lepsze i coraz skuteczniejsze. Idealnym miejscem do wymiany poglądów o leczeniu operacyjnym będzie II Kongres Ginekologii Operacyjnej. Katowice, w dniach od 23 do 25 listopada, staną się miejscem spotkań wielu cenionych lekarzy specjalistów. Kongres będzie dla nich doskonałą okazją do wymiany poglądów na temat możliwości leczenia operacyjnego. A te są coraz rozleglejsze.

Organizatorzy zapewniają, że tegoroczny kongres to najważniejsze

wydarzenie dla branży medycznej. Patrząc na program konferencji trudno się z nimi nie zgodzić. Operacje robotyczne, operacje z odstepu przez naturalne otwory ciała, to tylko niektóre z zagadnień, jakie zostaną poruszone.

Obradom mają towarzyszyć warsztaty z zakresu histerektomii pochwowej i laparoskopowej z transmisją z trzech sal operacyjnych na żywo. Kongres odbędzie się w Międzynarodowym Centrum Konferencyjnym w Katowicach. Jego hasło przewodnie to „Tips and tricks ginekologii operacyjnej”.

reklama

WARSZAWA

Bliskość i relacje ważne dla każdego

Czy niepełnosprawność jest wyzwaniem w budowaniu relacji i bliskości? Jak wpływa na trwałość więzi? – na te i inne pytania będzie można poszukać odpowiedzi, uczestnicząc w V Konferencji Sekson Fundacji Avalon, między 14 a 15 października w Warszawie oraz online.

Bliskość i relacje to jedne z podstawowych potrzeb każdego z nas. Dlatego podczas spotkania będzie mowa o ich różnych wymiarach w kontekście seksualności i rodzicielstwa osób z niepełnosprawnościami. Fundacja Avalon swoimi działaniami od lat pokazuje, że osoby z niepełnosprawnościami mogą prowadzić satysfakcjonujące życie: rodzicielskie, seksualne, towarzyskie czy zawodowe.

– Chcemy, aby temat bliskości i relacji stał się punktem wyjścia do dyskusji o relacjach: społecznych, rodzicielskich czy intymnych w kontekście osób z niepełnosprawnościami. Budowanie relacji z innymi zaczyna się od zbudowania relacji z samym sobą, dlatego podczas konferencji poruszymy m.in. temat teorii więzi i rodzicielstwa bliskości, kształtowania bezwarunkowej akceptacji i relacji z niepełnosprawnością, budowania asertywności i umiejętności stawiania granic – informują organizatorzy konferencji.

Różnice studiów i szkoleń

Od pierwszych studenckich dni przyszłych farmaceutów i lekarzy zauważaliśmy różnice w programie nauczania. Niby nikogo to nie powinno dziwić, ale chyba każdy się nad tym zastanawiał. Albo w duchu, albo w nieuchronnych dyskusjach w akademiku.

Jeśli słynne kationy i aniony farmacja przerabiała w dwa semestry, a wydział lekarski w miesiąc lub dwa, to ówczesne wnioski byłyby zastanawiające. Albo przyszli lekarze będą o nich wiedzieć za mało, albo przyszli farmaceuci niepotrzebnie za dużo. Z perspektywy lat skłaniam się ku drugiej opcji.

Podobne wnioski mieliśmy podczas przerabiania biochemii, fizjologii oraz wielu innych przedmiotów, w tym zwłaszcza farmakologii. Studia się skończyły, różnice pozostały, a wręcz się nasilają. Jednak współcześnie nie chodzi o sedno, czyli sposób leczenia, w tym farmakologicznego. Dzisiejsze problemy lub spory generowane są przez zagmatwane i nieprzejazdzone przepisy, które naszą pracę – ale i pasję – skutecznie utrudniają. Wręcz zniechęcają do jej wykonywania oraz przyspieszają proces wypalenia zawodowego. Ze wszystkimi tego negatywnymi skutkami.

Co ciekawe, im częściej sygnalizujemy, że biurokracja i nadmierny formalizm pożerają cenny czas profesjonalistów, tym w reakcji mocniej słychać, że „to są pieniądze publiczne, dlatego należy je kontrolować”. Cóż, przed laty najczęściej te słowa wypowiadał pewien wysoki urzędnik państwowy, polityk, a zarazem lekarz... Czy w takim razie nasze studia nie powinny mieć zmienionych programów nauczania, a ich celem nie powinno być li tylko dbanie o finanse publiczne?

Sarkazm w moich wypowiedziach jest zapewne spowodowany kiepskim wykształceniem, brakiem doświadczenia i szkoleń oraz podeszłym wiekiem. Jednocześnie nadal wszyscy znamy, także z autopsji, negatywne skutki frustrującej pracy, która nijak ma się do naszego wykształcenia.

Jako ciekawostkę podam, że innemu urzędnikowi publicznie zaprezentowałem wspomniany mechanizm przyczynowo-skutkowy, który zniechęca – w tym wypadku – do studiowania farmacji i pracy w aptekach, głównie ogólnodostępnych. Najzupełniej poważnie odparł, że słyszy frustrację w mojej wypowiedzi oraz

MARIUSZ POLITOWICZ
CZŁONEK NACZELNEJ
RADY APTEKARSKIEJ



uważa, że na farmacji oraz kierunku lekarskim należałoby wprowadzić zajęcia z umiejętności radzenia sobie ze stresem.

Proszę mi wierzyć, że dawno nie widziałem tylu zaskoczonych, a przecież doświadczonych farmaceutów. Nie

Czy szkolić się, by pomagać chorym, czy po to, by szybciej i mniej stresowo wypełniać tabelki w raportach statystycznych?

twierdząc, że zmysł biznesowy, dzięki któremu dobrze prosperuje gabinet lekarski lub apteka, jest czymś złym. Tak samo pogłębiona wiedza ekonomiczna. Jednakże jeśli otoczenie prawne generowane przez biurokratów wymusza na lekarzach lub farmaceutach, aby raporty statystyczne były ważniejsze od zdrowia i życia pacjentów, system ochrony zdrowia (OZ) będzie coraz mniej wydolny. Nie zmienia tego nawet najlepiej zawodowo wyszkoleni lekarze lub farmaceuci. Nie zmienia tego skokowo zwiększone finansowanie ochrony zdrowia, w tym na refundację leków, nawet bezpłatnych.

Ceny usług (procedur) medycznych będą rosły. Nie tylko z powodu inflacji. Dlatego za nie do końca trafną uważam argumentację, jakoby zwiększanie nakładów na OZ świadczyło o wzroście jej dostępności.

Owszem, jakość wzrośnie, choćby z tytułu unowocześnienia metod. Zarazem z tego samego powodu – wzrostu cen – spadnie lub się nie zmieni ich dostępność.

Paradoksem wynikającym z ustawy refundacyjnej jest to, że od wielu lat spadają (!) ceny leków refundowanych. Jednocześnie z tego samego powodu spadają tzw. limity ich cen, czyli wysokość zniżki w aptece. Także zgodnie z ww. ustawą limity spadają bardziej niż ceny. Co oznacza, że z każdą urzędową zmianą cen i limitów pacjenci płacą coraz więcej.

Powstaje zatem pytanie wręcz egzystencjalne. Czy szkolić się, by pomagać chorym, czy szkolić się, by szybciej i mniej stresowo wypełniać tabelki w raportach statystycznych?

Dziś, po tylu latach od ukończenia studiów, także rozmawiamy w gronie znajomych lekarzy i farmaceutów. I ze wspólnych rozmów znowu wyciągamy wnioski.

Jednym z nich jest, że o ile w miarę szybko można zwiększyć liczbę uczelni, które wykształcą naszych następców, to bez zmniejszenia formalizmu i biurokracji nie zatrzymamy ich w naszym kraju. Jaki sens ma studiowanie na wydziale farmaceutycznym lub lekarskim, by (z całym szacunkiem do tych zawodów) de facto wykonywać zawód księgowego, informatyka lub sekretarki medycznej? ●

PRAKTYKA LEKARSKA

Wygrana chirurgów

DR N. MED. MAGDALENA MAZURAK
KARDIOLOG DZIECIĘCY

W tym roku mija 135 lat od pierwszej znanej próby chirurgicznej korekcy wrodzonego zarośnięcia przełyku, wykonanej w Londynie przez Charlesa Steele'a. Zanim doszło do pierwszego udanego zabiegu w 1941 r., wielu chirurgów podejmowało heroiczne próby ratowania noworodków i niemowląt z tą wadą. Niestety z marnym efektem.

Zarośnięcie przełyku jest wrodzoną wadą przewodu pokarmowego, która występuje szacunkowo u około jednego na 3,5 tys. żywych urodzeń. O anomalii napisano kiedyś, że jest epitomą współczesnej chirurgii, ponieważ historia jej leczenia jest minihistorią tej dziedziny. Postęp medycyny spowodował spektakularne zmniejszenie śmiertelności pacjentów z tym problemem – z niegdyś 100 proc. ryzyka zgonu do niemal 100 proc. przeżycia obecnie w przypadku donoszonych noworodków z atrezią przełyku jako izolowaną wadą.

110 lat temu, opisując przypadki trzech noworodków zmarłych po próbach skorygowania zarośnięcia przełyku z przetoką przełykowo-tchawiczą, chirurg Joseph Brennemann stwierdził, że „lekarz, który po postawieniu diagnozy wrodzonej atrezji przełyku postanawia pozwolić swemu małemu pacjentowi umrzeć w spokoju (...), może bez trudu uzasadnić swoje postępowanie”.

Od pierwszego opisu wady do pierwszej z sukcesem wykonanej operacji musiało upłynąć 276 lat. W 1941 r. chirurg Cameron Haight w Ann Arbor w USA dokonał pierwszej udanej jednoetapowej korekcy wrodzonego zarośnięcia przełyku z dystalną przetoką przełykowo-tchawiczą. Wcześniej wielu chirurgów podejmowało desperackie próby ratowania dzieci dotkniętych tą wadą. Podobnie jak Kolumbowie organizowali trudne wyprawy na ten nieznany ląd, nie wiedząc, jakie trudności przyjdzie im pokonać i jakie straty ponieść, ale w końcu dotarli do celu. Sukces był możliwy dzięki odważnym lekarzom, którzy wierzyli w sens swojego działania, podejmując kolejne próby pomimo czarnych prognoz wynikających z wielu ich własnych niepowodzeń

oraz porażek ich poprzedników. Poznajmy fascynującą historię kamieni milowych chirurgii dziecięcej oraz jej pionierów i wizjonerów, których odwaga, kreatywność oraz wirtuozeria stworzyły podstawy chirurgii wrodzonego zarośnięcia przełyku.

ŚMIERTELNA DIAGNOZA

Pierwszy przypadek wrodzonego zarośnięcia przełyku został opisany w 1670 r. przez angielskiego lekarza Williama Durstona. Autor opisał bliźnięta syjamskie płci żeńskiej, typ thoracopagus, czyli zrosnięte klatką piersiową, ze ślepo zakończonym przełykiem u jednego z nich. Ojciec dzieci był szewcem, a matka zajmowała się domem, małżeństwo miało już pięcioro dzieci. Poród rozpoczął się o północy, a cztery godziny później widoczna była główka płodu. Położna wyczuła w jamie macicy kolejny

szyje, a także oczy, usta i uszy odpowiednio podwójne. Cztery ręce i tyleż nóg (...). Tułów był tylko jeden (...).”

Autorem pierwszego opisu zarośnięcia przełyku z dystalną przetoką przełykowo-tchawiczą był Thomas Gibson. W 1697 r. w swojej pracy pisał: „W listopadzie 1696 r. zostałem wezwany do niemowlęcia, które nie mogło połykać. Dziecko zdawało się być bardzo głodne i chciwie przyjmowało to, co podawano mu łyżką, ale kiedy zaczynało połykać, krztusiło się, a pokarm wracał ustami i nosem (...)”. Wadę wykazała sekcja zwłok. Przez następne dwa i pół stulecia rozpoznanie zarośnięcia przełyku oznaczało rokowanie śmiertelne.

Kolejny opis przypadku zaprezentował Thomas Hill dopiero w 1840 r., czyli ponad półtora wieku później. Hill został wezwany w nocy do noworodka, który „nie próbował połykać, natychmiast dostawał konwulsji, a płyn, który mu podawano, powracał ustami i nosem, zmieszany z krwawym śluzem”. Hill napisał, że „delikatna stymulacja odbytnicy mogłaby usunąć problem”, jednak gdy podjęto taką próbę, okazało się, że „nie było śladu po odbycie”. Jako pierwszy stwierdził więc dodatkową wrodzoną wadę związaną z zarośnięciem przełyku – tj. zarośnięty odbyt. Następnego dnia pod wpływem zaniepokojonych rodziców, którzy oczekiwali działania, Hill próbował odtworzyć odbyt, wykonując „nacięcie o długości około jednego cala w połowie długości między moszną a kością ogonową”.

Od pierwszego opisu wrodzonego zarośnięcia przełyku do pierwszej z sukcesem wykonanej operacji musiało upłynąć 276 lat

płód. Poprzednie porody tej kobiety kończyły się dość szybko, jeszcze przed jej przybyciem. Teraz trwało to dłużej, bo głowa jednego z bliźniaków zaklinowała się w macicy. W końcu, przy ogromnym wysiłku matki i położnej, na świat przyszły dwie dziewczynki. Niestety zrosnięte. Były więc „dwie głowy i dwie

W 1869 r. Thomas Holmes zasugerował możliwość leczenia chirurgicznego wrodzonej atrezji przełyku, ale jednocześnie uważał, że nikt nie powinien podejmować tej terapii. Takie próby podejmowało jednak wielu chirurgów.

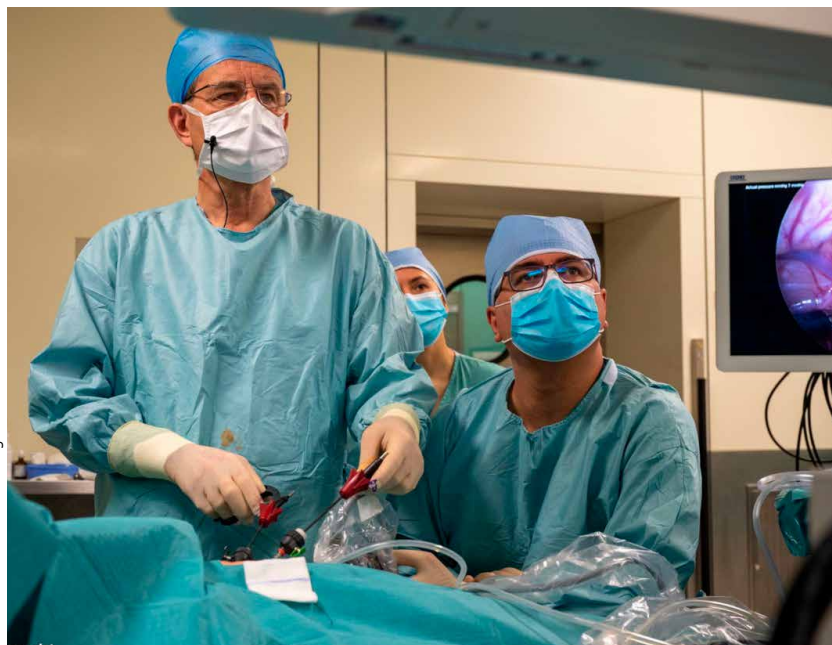
PORAŻKA ZA PORAŻKĄ

Pierwszym, który zdecydował się na leczenie operacyjne, był dr Charles Steele z Londynu. W 1888 r. poproszono go o konsultację dziecka urodzonego dzień wcześniej. W czasie badania okazało się, że rurka wprowadzona do przełyku zatrzymała się na długości pięciu cali. Steele stwierdził, że „przy świetle dziennym należy otworzyć żołądek i zbadać przełyk”. Napisał, że jeśli przyczyną niedrożności jest błona, to należy ją przedziurawić, „by dać nadzieję na życie”. Niestety następnego dnia przez gastrostomię stwierdził 1,5-calowe przerwanie ciągłości, w związku z czym nie wykonano zabiegu i po 24 godzinach dziecko zmarło.

Pod koniec XIX w. po rozpoznaniu tej wady wykonywano gastrostomię, aby zapobiec odwodnieniu i niedożywieniu dzieci. Niestety, sukces tej opcji leczenia niwelował refluks żołądkowo-przełykowy, co w połączeniu z dystalną przetoką przełykowo-tchawiczą doprowadzało do śmiertelnego zapalenia płuc. Rozumiejąc, że oddzielenie układu oddechowego od przewodu pokarmowego jest warunkiem sine qua non przeżycia pacjenta, Harry Richter 110 lat temu zaproponował metodę podwiązania przetoki tchawiczo-przełykowej i zespolenia obu końców przełyku. Jednak tylko dwukrotnie udało mu się zrealizować te założenia w praktyce – podwizał przetokę i wykonał gastrostomię. Ponieważ opieka pooperacyjna nad noworodkami nie była w tym czasie optymalna, obaj pacjenci Richtera zmarli w niecałe 24 godziny po operacji z powodu zapalenia płuc, które rozwinęło się jeszcze przed zabiegiem.

W 1929 r. radiolog Edward Vogt z Bostonu zaproponował schemat klasyfikacji wrodzonej atrezji przełyku z przetoką przełykowo-tchawiczą, wskazując na najczęstszy typ tej wady, tj. niedrożny proksymalny odcinek przełyku z dystalną przetoką. W latach 1936-1937 Thomas Lanman wykonał kilkakrotnie zewnątrzopłucnowe podwiązanie przetoki z pierwotnym zespoleniem obu części przełyku. W 1936 r. Lanman jako pierwszy wykonał operację zewnątrzopłucnową, ale jego pacjent przeżył tylko trzy godziny. Później zoperowano

► Prof.
Dariusz
Patkowski
i dr Sylwe-
ster Gerus
w czasie
zabiegu
torakosko-
powego



Fot.: archiwum D. Patkowskiego

jeszcze troje dzieci i żadne z nich nie przeżyło. Ale sekcja zwłok przeprowadzona u czwartego dziecka wykazała, że zespolenie było szczelne, a przyczyną śmierci było raczej przewodnienie niż infekcja (np. zapalenie płuc czy zapalenie śródpiersia). Thomas Lanman

Po urodzeniu podano mu łyżeczkę brandy i szybko ochrzczono z powodu złych rokowań. W wieku 53 lat przebiegł maraton

opisał wyniki swojej pracy dopiero w 1940 r. Były to jego doświadczenia z 30 przypadków, ale żaden z jego pacjentów nie przeżył. Pomimo dramatycznej statystyki Lanman był zaskakującym optymistą. Uważał że „przy większym doświadczeniu, ulepszonej technice i szczęściu” sukces wkrótce nadejdzie.

W 1938 r. Robert Shaw, nieświadomy wyników Lanmana, podjął próbę zewnątrzopłucnowego dostępu i podwiązania przetoki z pierwotnym zespoleniem. Niestety jego pacjent zmarł 12 dni po operacji z powodu powikłań po transfuzji

krwi i przerwania zespolenia. Wkrótce potem, w pierwszych miesiącach II wojny światowej, dwaj amerykańscy chirurdzy (N. Logan Leven z Minnesoty i William Ladd z Bostonu) niezależnie od siebie ogłosili pierwsze przypadki przeżycia wieloetapowego leczenia operacyjnego zarośniętego przełyku z przetoką przełykowo-tchawiczą. Kolejność tych zabiegów wykonywanych w listopadzie 1939 r. była różna, ale trzy etapy przeprowadzano odpowiednio w odstępach tygodniowych i miesięcznych.

Cameron Haight przeszedł do historii chirurgii dziecięcej jako pierwszy na świecie, który w 1941 r. z powodzeniem wykonał jednoetapową operację zarośniętego przełyku z dystalną przetoką przełykowo-tchawiczą u 12-dniowego noworodka. Znane jest powiedzenie Alberta Einsteina: „Wszyscy wiedzą, że czegoś nie da się zrobić, aż znajdzie się taki jeden, który nie wie, że się nie da – i to robi”. Ale przecież Cameron Haight doskonale zdawał sobie sprawę z fatalnych wyników swoich poprzedników i tego, że sukces operacji zarośniętego przełyku jest niemożliwy do osiągnięcia. Jednak te niepowodzenia go nie zniechęciły.



Fot.: archiwum Grahama Slatera

◀ *Graham Slater (urodzony w 1953 r.) – najstarszy obecnie europejski pacjent po przebytej operacji zarośniętego przełyku (z przetoką przełykowo-tchawiczą)*



Fot.: dzięki uprzejmości red. Zdzisławy Michalskiej

▲ *Prof. Dariusz Patkowski w otoczeniu radnych miejskich trzyma w rękach dyplom Nagrody Wrocławia*

Co więcej, postanowił pójść o krok dalej. Haight uważał, że technika wieloetapowa jest tylko półśrodkiem, ponieważ potem dziecko nie jest w stanie normalnie połykać. Brakowało perystaltyki i kęs pokarmu musiał być przesuwany do żołądka przy pomocy zewnętrznej. Haight w 1939 r., pod wpływem Shawa i Lanmana, podjął pierwszą próbę w Michigan University Hospital w Ann Arbor. Pierwszy pacjent zmarł 17 godzin po operacji z powodu niedodmy. Kolejnych troje dzieci również nie przeżyło. Ale Haight miał świadomość, że nie ma nic do stracenia, i podjął kolejną próbę. I tym razem mu się udało.

URATOWAŁ KILKASET DZIECI

14 marca 1941 r. dwunastodniowa dziewczynka z zarośnięciem przełyku z dystalną przetoką przełykowo-tchawiczą została przekazana z Kliniki Pediatrii w Marquette do odległego o ponad 800 km Szpitala Uniwersyteckiego Michigan w Ann Arbor. Zdjęcie RTG wykazało niedrożność górnego odcinka przewodu pokarmowego, ale w żołądku widoczne było również powietrze. Wagi ok. 3,7 kg noworodek gorączkował, był także umiarkowanie odwodniony. Dlatego Cameron Haight zdecydował, by nie operować od razu, ale po poprawie stanu ogólnego dziecka. Było to nowatorskie podejście, które posłużyło jako standard w późniejszych przypadkach.

Odwodnienie było jedynie umiarkowane dzięki wcześniejszym uzgodnieniom z zespołem transportowym

i podawaniu dziecku podczas tej długiej podróży płynów pozajelitowych. W drugiej dobie po przyjęciu Cameron Haight podwiązał przetokę w znieczuleniu miejscowym, a następnie wykonał zespolenie koniec do końca szwami jedwabnymi. Niestety, w wyniku przesuwania się górnego odcinka przełyku, gdy dziecko płakało, doszło do przerwania linii szwów. Zastosowany do znieczulenia eter pozwolił na połączenie obu końców przełyku bez napięcia. Jedynym dostępnym antybiotykiem był sulfatiazol, który podawano doodbytniczo. Haight zdecydował się na podskórny wlew soli fizjologicznej ze względu

usunięto 42 dni później. Doszło jednak do zwięzienia zespolenia i w 17. miesiącu życia dziecka konieczne było poszerzenie przełyku. Dziewczynka została wypisana do domu 20 miesięcy od pionierskiej operacji. W wieku 19 lat wymagała ponownie leczenia zabiegowego z powodu nawrotu zwięzienia. Dożyła XXI wieku.

W latach późniejszych Cameron Haight kilkakrotnie zmodyfikował swoją metodę, zmieniając dostęp i sposób zespolenia. Stał się światowym specjalistą od wad wrodzonych przełyku. Koniec jego kariery zwińczyło ponad 300 operacji wykonanych u dzieci z zarośniętym przełykiem, które zawdzięczały mu życie. Warto wiedzieć, że był też jednym z pierwszych na świecie, który dokonał usunięcia płuca. Pacjentką była 13-letnia dziewczynka z rozstrzeniami oskrzeli. Operacja się udała, a pacjentka przeżyła wiele lat w dobrym stanie i została babcią.

Dziewczynka została wypisana do domu
20 miesięcy od pionierskiej operacji,
dożyła XXI wieku

na ryzyko, że dożylne podanie płynów może spowodować przewodnienie i obrzęk płuc. Siódmego dnia po zabiegu u dziecka stwierdzono wyciek spienionej śliny i zastosowano leczenie zachowawcze. 10 dni po zabiegu założono gastrostomię. Nieszczelność zespolenia uszczelniła się samoistnie po 12 dniach od operacji, po czym do karmienia zastosowano gastrostomię, którą

PAN SLATER

Graham Slater, najstarszy w Europie pacjent, który przebył operację zarośnięcia przełyku z przetoką przełykowo-tchawiczą, ma dziś 70 lat. Urodził się w Preston w północnej Anglii 27 listopada 1953 r. Ważył 3,2 kg. Po urodzeniu podano mu łyżeczkę brandy i szybko ochrzczono z powodu złych rokowań. Diagnozę postawiono jednak

dopiero po trzech dniach, czyli w dniu przyjęcia do szpitala w Manchesterze. Operację odroczone jednak o kolejne trzy dni z powodu infekcji dróg oddechowych. W szóstej dobie życia przeprowadzono udany zabieg chirurgiczny, a w styczniu 1954 r. dziewięcioletniowe niemowlę wypisano ze szpitala. W pierwszym roku życia dziecko było często hospitalizowane z powodu problemów z karmieniem, a w drugim roku życia pojawiły się trudności z pokarmami stałymi. W trzecim roku życia wykonano poszerzenie przełyku, ale mimo to do piątego roku życia dziecko otrzymywało pokarmy zmiksowane.

Jako nastolatek Graham Slater rozwijał się prawidłowo, uprawiał sport, ale niekiedy odczuwał dyskomfort w klatce piersiowej, związany jego zdaniem z bliźną w tchawicy. Jako dorosły cierpiał na chorobę refluksową, ale endoskopia nie wykazała zwężenia przełyku. W wieku 53 lat przebiegł maraton. Bardzo aktywnie wspiera pacjentów urodzonych z wadami rozwojowymi przełyku i kilkakrotnie był za to nagradzany prestiżowymi wyróżnieniami. Jest również współautorem programu holistycznego podejścia do pacjentów z zarośniętym przełykiem – od narodzin do wieku dorosłego.

Kolejny kamień milowy w chirurgii wrodzonego zarośnięcia przełyku przyniósł rok 1999, kiedy to po raz pierwszy w terapii zastosowano metodę torakoskopową. Transmitowany na żywo zabieg przeprowadzili Steven Rothenberg i Tom Lobe podczas 8. Międzynarodowego Kongresu Endoskopowej Chirurgii Dziecięcej. Była to izolowana wada i procedura trwała trzy godziny, była powikłana sepsą, ale ostatecznie zakończyła się sukcesem. Wykonane trzy tygodnie później badanie RTG nie wykazało wycieku kontrastu.

MISTRZOWSKI PATKOWSKI

W Polsce pionierami operacji wrodzonej atrezji przełyku byli Wanda Poradowska w Warszawie i Adam Michejda we Wrocławiu. Właśnie ze stolicą Dolnego Śląska, z Katedrą oraz Kliniką Chirurgii i Urologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, związał swoje życie zawodowe prof. Dariusz Patkowski – międzynarodowy ekspert chirurgii endoskopowej u dzieci, ceniony również za autorską technikę laparoskopową operacji przepukliny pachwinowej u dzieci, laureat medalu kapituły Polskiego Towarzystwa Chirurgów Dziecięcych im.

► Marysia, operowana torakoskopowo we Wrocławiu w lutym 2023 r. (w 135. rocznicę pierwszej próby chirurgicznej korekcji wrodzonego zarośnięcia przełyku wykonanej w Londynie)



Fot.: archiwum M. Mazurak (za zgodą rodziców dziewczynki)

prof. Jana Kossakowskiego „Co zasiejesz – to zbierzesz”.

18 lat temu prof. Dariusz Patkowski pierwszy w Polsce wykonał zabieg zarośniętego przełyku u noworodka techniką torakoskopową i od tej pory ma na swoim koncie prawdopodobnie najwięcej na świecie tego typu procedur – w sumie

Haight miał świadomość, że nie ma nic do stracenia, i podjął kolejną próbę.

I tym razem się udało

ok. 400. Rocznie w Polsce rodzi się 100-120 noworodków z tą wadą, a co 5.-6. dziecko operowane jest we Wrocławiu. Prof. Patkowski jest zapraszany do sal operacyjnych na całym świecie – w Kuwejcie, we Francji, w Egipcie, Szwajcarii, Danii, Indiach, Portugalii... W ośrodkach polskich i zagranicznych szkoli kolejne pokolenia chirurgów, operując torakoskopowo noworodki z zarośniętym przełykiem. 24 czerwca 2023 r. w czasie uroczystej sesji Rady Miejskiej Wrocławia prof. Dariusz Patkowski odebrał Nagrodę Wrocławia za wybitne osiągnięcia w endoskopowej chirurgii dziecięcej.

W tym miejscu ta historia miała się zakończyć. Ale życie, jak wiadomo, pisze różne scenariusze. Pewnego dnia, poszukując źródeł ikonografii do tego artykułu, usłyszałam pod domem dziecięce piski. Okazało się, że moja najbliższa sąsiadka, będąca w zaawansowanej ciąży, wybiera się na porodówkę żegnana przez swoich dwóch małych synków. Tego dnia urodziła się Marysia, w stanie dobrym, jako donoszony noworodek, ale niestety wkrótce okazało się, że dziecko ma poważny problem – zarośnięty przełyk. W Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu operację techniką torakoskopową wady wykonał dr Sylwester Gerus, uczeń prof. Dariusza Patkowskiego... Marysia ma dziś 5 miesięcy. Kiedy widzę ją codziennie radosną na spacerze, to myślę, że jest żywym dowodem na spektakularną wygraną sztafety chirurgów i że miała szczęście, przychodząc na świat we właściwym miejscu i czasie – w XXI wieku we Wrocławiu. Czyż to nie jest wspaniałe zakończenie tej opowieści?

Artykuł dedykuję chirurgowi dziecięcemu prof. Dariuszowi Patkowskiemu

Autorka jest członkinią Societe Francaise d'Histoire de la Medicine •

PRAKTYKA LEKARSKA

Gruźlica nie odpuszcza

LUCYNA KRYSIAK
DZIENNIKARKA

10 milionów osób zachorowało w 2021 r. na gruźlicę, a u blisko pół miliona wykryto jej formę lekooporną.

Wydawałoby się, że w czasach masowych szczepień choroba ta nie będzie problemem. Nic bardziej mylnego. Z danych przedstawionych przez Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc (IGiChP) w Warszawie wynika, że prątkiem gruźlicy zakażone jest ok. 25 proc. populacji, a u 10 proc. objawi się aktywna postać tej choroby. Zważywszy że to choroba bardzo zakaźna, a prątki coraz częściej nie reagują na tradycyjne leki, jest się czego obawiać.

SYTUACJA EPIDEMIOLOGICZNA

Jak podaje Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization, WHO), w 2021 r. na gruźlicę zachorowało na świecie ponad 10 mln osób, a u 450 tys. wykryto trudną w leczeniu formę wielolekooporną. W Polsce w tym czasie odnotowano 3704 zachorowań, z czego 53 na gruźlicę wielolekooporną. Ryzyko zachorowania zwiększa się przy zaburzeniach odporności, nawracających infekcjach górnych dróg oddechowych czy trudnych warunkach życia. Gruźlica wcześniej wykryta jest całkowicie wyleczalna, a terapia trwa sześć miesięcy. Pod warunkiem że prątki są wrażliwe na główne leki.

Coraz częściej są jednak na nie odporne i odnotowuje się wzrost przypadków gruźlicy wielolekoopornej MDR-TB z opornością prątków na izoniazyd i ryfampicynę, a także gruźlicy wielolekoopornej o rozszerzonej lekooporności (XDR-TB). Wówczas leczenie jest długotrwałe – terapia MDR-TB trwa 18-24 mies., kosztowne i wymaga stosowania jednocześnie kilku leków w warunkach szpitalnych, często substancji toksycznych i dających działania niepożądane. – Wyniki leczenia gruźlicy wywołanej przez prątki odporne na leki, szczególnie XDR-TB, są gorsze niż wywołanej przez prątki z zachowaną

wrażliwością na główne leki przeciwprątkowe. Dlatego tak ważne jest, by choroba była wcześniej wykrywana i na wczesnym etapie skutecznie leczona – tłumaczy prof. Maria Korzeniewska-Koseła z Zakładu Epidemiologii i Organizacji Walki z Gruźlicą IGiChP.

Dotychczasowy system wykrywania, diagnozowania i leczenia gruźlicy

Pandemia zdeorganizowała systemy walki z gruźlicą i trzeba je jak najszybciej odbudować – dotyczy to zarówno diagnostyki, jak i leczenia

tego nie gwarantuje. Dlaczego? Zagrożeniem są zakażenia z krajów o znaczącym odsetku występowania gruźlicy MDR-TB, tj. Białorusi, Ukrainy czy Rosji, szczególnie w warunkach toczącej się wojny na Ukrainie i napływu uchodźców z tego regionu. – W Polsce odsetek chorych na MDR-TB jest nieduży i od lat nie wykazuje tendencji wzrostowej, ale w chorobach zakaźnych mogą pojawić się czynniki, które zmieniają obraz epidemiologiczny – potwierdza prof. Maria Korzeniewska-Koseła. Tak było w przypadku pandemii COVID-19. W 2020 r. gruźlica znalazła się na drugim miejscu, po COVID-19, wśród infekcyjnych przyczyn zgonów, wyprzedzając HIV/AIDS.

STATYSTYKI PRZEKŁAMUJĄ

Według danych WHO w 2020 r. na gruźlicę zmarło 1,5 mln osób. Spośród 10 mln chorych 5,6 mln

stanowili mężczyźni, 3,3 mln kobiety, a 1,1 mln dzieci. Liczba zarejestrowanych przypadków na świecie – jak zauważa WHO – jest jednak niedoszacowana, ponieważ u znacznej części gruźlica nie została rozpoznana. Przez epidemiczne zamieszanie związane z COVID-19 w porównaniu z 2019 r. w roku 2020 o 15 proc. chorych mniej rozpoczęło leczenie gruźlicy wielolekoopornej, mniej osób otrzymało leczenie profilaktyczne i mniej dzieci zaszczepiono szczepionką BCG.

W 2020 r. w krajach Unii Europejskiej odnotowano 33 148 przypadków gruźlicy, a zapadalność wynosiła 7,3 na 100 tys. mieszkańców. W krajach UE także stwierdzono mniejszą zapadalność na gruźlicę niż w latach ubiegłych, co wskazuje, że pandemia i tutaj przyczyniła się do zafałszowania wyników. Dotyczy to także gruźlicy wielolekoopornej. Największe odsetki chorych na MDR-TB odnotowano w Estonii i na Litwie: 19,4 proc. i 16,7 proc. Umieralność szacowana dla krajów UE wynosiła 0,8 na 100 tys. mieszkańców. W nienależących do UE krajach graniczących z Polską sytuacja epidemiologiczna gruźlicy jest gorsza niż w innych regionach Europy. W 2020 r. zapadalność na gruźlicę na Białorusi wynosiła 18,8 na 100 tys. ludności, a 52,1 proc. chorych na gruźlicę płuc miało MDR-TB lub gruźlicę oporną na ryfampicynę (RR-TB). W Rosji wynosiła 58,2 na 100 tys. ludności (RR lub MDR-TB stwierdzono u 52,3 proc. chorych na gruźlicę płuc). Na Ukrainie wykryto 19 521 przypadków gruźlicy, a zapadalność wynosiła

44,6 na 100 tys. (21,4 proc. chorych na gruźlicę miało RR lub MDR-TB).

Tymczasem w Polsce w 2020 r. zachorowało 3388 osób, o 1933 mniej niż w roku 2019. Zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci w 2020 r. wyniosła 8,8 na 100 tys. ludności i była niższa o 36,7 proc. w porównaniu z rokiem poprzednim (13,9 na 100 tys. ludności). Według danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego-Państwowego Zakładu Higieny w 2019 r. gruźlica była przyczyną zgonu 456 osób. Współczynnik umieralności wynosił zaś 1,2 na 100 tys. ludności. – W 2020 r. zasoby kliniczne, laboratoryjne i działania zdrowia publicznego były skierowane do walki z pandemią COVID-19, przez co opóźniło się wykrywanie przypadków gruźlicy, nie wykonywano badań przesiewowych u osób z kontaktu z prątkującymi chorymi i rzadziej stosowano leczenie profilaktyczne, co musiało przełożyć się na światowe statystyki – mówi prof. Maria Korzeniewska-Koseła, dodając, że pandemia zdeorganizowała systemy walki z gruźlicą i trzeba je odbudować.

SZYBCIEJ DIAGNOZOWAĆ

Dotyczy to zarówno diagnostyki, jak i leczenia. Standardem w rozpoznawaniu zakażenia prątkiem gruźlicy jest wstępna diagnostyka obrazowa, a więc wykonanie zdjęcia RTG klatki piersiowej, które zleca lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Aby potwierdzić diagnozę, niezbędne jest badanie mikrobiologiczne zlecane przez pulmonologa. W przypadku podejrzenia gruźlicy pacjent kierowany jest do szpitala zakaźnego, gdzie wykonuje się bronchoskopię i uzyskuje najbardziej wiarygodny materiał płucno-oskrzelowy do analizy mikrobiologicznej. Ale to trwa.

Aby przyspieszyć proces identyfikacji choroby, WHO i European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) postawiło na badania molekularne, które są najszybszą i najbardziej obiektywną metodą diagnostyczną potwierdzającą gruźlicę. – Metody molekularne umożliwiają szybszą identyfikację prątka. Celem jest zwiększenie odsetka gruźlicy potwierdzonej mikrobiologicznie. Mają w tym pomóc wydane w maju tego roku nowe zalecenia WHO dotyczące szybkiej diagnostyki gruźlicy, gruźlicy lekoopornej, diagnostyki gruźlicy dziecięcej oraz interpretacji wyników badań mikrobiologicznych, które umożliwiają modyfikację leczenia przeciwprątkowego w trakcie terapii – wyjaśnia prof. Ewa Augustynowicz-Kopeć z Zakładu Mikrobiologii Krajowego Referencyjnego Laboratorium Prątka, zastępca

▲ Obraz „Chore dziecko” autorstwa Edvarda Muncha, 1885-1886, przedstawia chorobę jego siostry Sophie, która zmarła na gruźlicę, gdy Edvard miał 14 lat

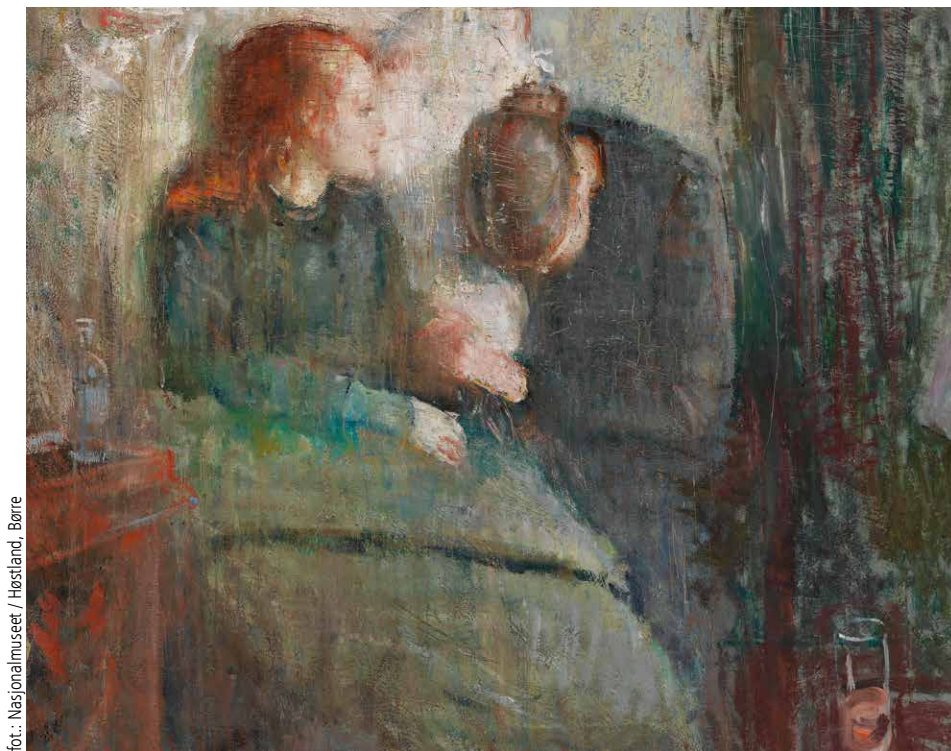


foto: Nasjonalmuseet / Høstland, Børre

dyrektora ds. naukowych IGiChP. We współpracy z Ministerstwem Zdrowia i WHO wszystkie polskie laboratoria działające pod nadzorem Krajowego Referencyjnego Laboratorium Prątka będą więc wyposażone w testy molekularne. Są one na bieżąco doskonalone, dzięki czemu można szybciej wykryć zarażenie prątkami i ustalić, czy są one wrażliwe na leki.

PROŚCIEJ, KRÓCEJ, SKUTECZNIEJ

W tę walkę włączyli się także „Lekarze bez Granic”, którzy opracowali system ambulatoryjnego leczenia gruźlicy wielolekoopornej w oparciu o terapię całkowicie doustną, krótszą, bezpieczniejszą i – jak przekonują – bardziej skuteczną. Sześciomiesięczna terapia BPaLM składa się z kombinacji bedakiliny, pretomanidu, linezolidu i moksyflokscyny.

W grudniu 2022 r. WHO zaktualizowała rekomendacje dotyczące leczenia gruźlicy lekoopornej, polecając zaproponowany przez nich schemat lekowy. Do ich wydania przyczyniły się wyniki badań klinicznych „Lekarzy bez Granic”, które dowiodły, że nowy, trwający sześć miesięcy schemat leczenia jest krótszy, bezpieczniejszy i nie wiąże się z tak silnymi efektami ubocznymi

jak w przypadku wcześniej stosowanych leków. Badania pokazały też, że jest skuteczny w 89 proc. przypadków (skuteczność poprzedniego sięgała 60 proc.). Przeszkodą w jego wdrożeniu na szeroką skalę jest dostępność testów diagnostycznych w kierunku lekooporności. Są za drogie. Mimo to nowy schemat leczenia wdrażany jest już w Uzbekistanie, Tadżykistanie, na Białorusi, w Pakistanie i Sierra Leone. „Lekarze bez Granic” wspierają również polski pilotażowy program ambulatoryjnego leczenia gruźlicy wielolekoopornej, koordynowany przez Instytut Chorób Płuc i Gruźlicy w Warszawie.

– Dotychczas leczenie tego wariantu choroby odbywało się w szpitalu i trwało nawet 24 miesiące. Przejście na leczenie ambulatoryjne odciąża system opieki zdrowotnej oraz pozwala pacjentom prowadzić niezakłócone życie rodzinne i zawodowe – stwierdza dr n. med. Adam Nowiński, koordynator projektu pilotażowego z IGiChP. Zaznacza, że wykorzystanie nowych, efektywnych i mniej toksycznych schematów leczenia, obecnie testowanych w programie pilotażowym, przynosi więcej korzyści, zatrzymując zakaźność pacjentów i zapobiegając rozprzestrzenianiu się choroby. ●

PRAKTYKA LEKARSKA – STOMATOLOGIA

Pułapki w diagnostyce radiologicznej

LIDIA SULIKOWSKA
DZIENNIKARKA

Przechodzimy do coraz nowszych metod obrazowania. To wyzwanie dla lekarzy dentyistów, ale ciągły rozwój jest rzeczą naturalną dla tego zawodu – mówi prof. Ingrid Różyło-Kalinowska.

Jakie są możliwości i ograniczenia diagnostyki obrazowej w stomatologii?

Mamy do dyspozycji wiele urządzeń do diagnozowania różnych problemów jamy ustnej. Wybór właściwego rodzaju badania dla określonego przypadku i odpowiednia interpretacja wyniku są niezbędne do wdrożenia skutecznej terapii. Rozwój technologiczny wymusza aktualizowanie wiedzy, bo dzięki temu możemy jeszcze lepiej zaopiekować się pacjentem.

Lekarze dentyści wykorzystują do diagnostyki głównie zdjęcia rentgenowskie wewnątrzustne i zewnątrzustne. Coraz częściej wybierają metodę tzw. tomografii stożkowej (CBCT). Pełna interpretacja tego badania wymaga wiedzy wykraczającej poza strukturę zębową, więc warto doskonalić umiejętności w tym zakresie.

Szacuje się, że obecnie ponad połowa źródeł promieniowania RTG wykorzystywanego w diagnostyce obrazowej jest w rękach stomatologów. To naturalne zjawisko, bo w kraju mamy ledwie kilka tysięcy lekarzy radiologów, którzy mają problem z zaspokojeniem potrzeb samej radiologii lekarskiej. Poza tym radiolodzy niespecjalnie interesują się radiologią stomatologiczną, bo to wiedza mocno specyficzna. Oni oczywiście znają się na chorobach w kościach – i takie przypadki, szczególnie te najtrudniejsze, powinni diagnozować – ale nie na zębach. Dlatego w znacznej

mierze ich rolę przejęli lekarze dentyści. Co więcej, ich wiedza z radiologii stomatologicznej jest coraz bogatsza.

To znaczy?

Na przykład jeszcze kilkanaście lat temu zdarzało się, że pacjent kilka razy miał leczony kanałowo ząb, a mimo to zgłaszał ból, co kończyło się usunięciem zęba. Później okazywało się, że w kości żuchwy był guz, który rósł, uciskając na kanał nerwu zębodołowego dolnego, co było przyczyną dolegliwości bólowych. Ta zmiana była widoczna na zdjęciach RTG, ale stomatolog skupiał się wyłącznie na obrazie zęba. Obecnie coraz więcej lekarzy dentyistów zauważa, że coś niedobrego może się dziać w strukturach kości, i kieruje pacjentów na pogłębioną diagnostykę.

Warto zaznaczyć, że Ministerstwo Zdrowia dało zielone światło lekarzom i lekarzom dentyistom do zdobycia certyfikatu umiejętności zawodowej z radiologii szczękowo-twarzowej, co uregulowano rozporządzeniem z 13 czerwca tego roku. Jest więc okazja do doskonalenia umiejętności.

W Polsce nie ma specjalizacji z radiologii stomatologicznej i szczękowo-twarzowej. Czy jest ona potrzebna?

Myślę, że mogłaby się przydać osobom pracującym w placówkach wyspecjalizowanych w radiologii stomatologicznej i szczękowo-twarzowej. Musiałyby objąć badania tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego, USG i diagnostykę przy użyciu środków kontrastujących. Tak jest na przykład w Wielkiej Brytanii, ale to specjalizacja niszowa. Pracuje tam w sumie kilkudziesięciu radiologów stomatologicznych, więc diagnozują najbardziej skomplikowane przypadki.

Porozmawiajmy o najczęstszych pułapkach diagnostyki obrazowej.

Mamy mnóstwo narzędzi diagnostycznych. Każde z nich jest dobre, o ile jest właściwie zastosowane. Zdjęcia RTG wewnątrzustne pokazujące ząb i jego bliskie otoczenie (3-4 mm tkanek przyzębia) są dobrym wyborem do diagnostyki zmian okołowierzchołkowych. Takim aparatem możemy też oczywiście wykonać zdjęcia skrzydłowo-zgrzyzowe, ukazujące korony kilku zębów i około jednej trzeciej długości ich korzeni. Są one świetne w profilaktyce próchnicy i chorób przyzębia brzęznego. Często stosowane są w krajach skandynawskich, i to już u dzieci w wieku przedszkolnym. Niestety w Polsce zazwyczaj dzieci trafiają

do gabinetu stomatologicznego, gdy mają już zmiany próchnicowe, więc wykonywanie u nich takich zdjęć nie ma większego sensu.

Często w praktyce dentystycznej korzysta się też ze zdjęć zewnątrzustnych pantomograficznych. Mają one jednak swoje ograniczenia.

Jakie?

Mamy z pantomografią kilka problemów, na które trzeba uważać. Kluczem do zrobienia poprawnego technicznie zdjęcia jest dobre ustawienie. Co prawda aparaty RTG zewnątrzustne są wyposażone w przydatne mechanizmy, które pomagają w prawidłowym pozycjonowaniu pacjenta, a więc uzyskaniu dobrego ujęcia, ale nie każdy pacjent jest współpracujący. Mam na myśli m.in. małe dzieci, osoby z niepełnosprawnością umysłową albo cierpiące na różnego rodzaju drżenia w przebiegu chorób neurologicznych. Poza tym czasem pantomogram zakłamuje stan rzeczywisty. Dzieje się tak, ponieważ część zmian może się znaleźć poza obrazowaną warstwą, ponadto na takim zdjęciu mamy dużo cieni wtórnych, np. imitujących zatrzymany ząb. To utrudnia analizę.

Na przestrzeni lat zmieniają się też wskazania do stosowania pantomografii. Zgodnie z najnowszymi wytycznymi różnych towarzystw naukowych takie zdjęcie nie powinno być pierwszym wyborem w diagnostyce próchnicy, nie służy ono też do oceny jakości leczenia endodontycznego. Lepiej sprawdzi się zdjęcie RTG zębowe, a coraz częściej do tego celu wybierana jest tomografia stożkowa. Pod koniec czerwca miałam przyjemność gościć na wydziale stomatologii w duńskim Aarhus University, gdzie wykonuje się mało zdjęć pantomograficznych, rezygnując z nich na rzecz zębowych i skrzydłowo-zgrzyzowych całego uzębienia, czyli tzw. statusu zębowego.

Pantomogram nie jest też najlepszym wyborem do diagnostyki stawów skroniowo-żuchwowych, za wyjątkiem złamań. Do zobrazowania elementów kostnych lepiej użyć tomografii stożkowej.

Zdjęcie panoramiczne sprawdzi się za to w diagnostyce chorób przyzębia brzeżnego, bo całościowo pokazuje stan uzębienia i ubytki pionowe oraz ubytki poziome kości. Natomiast przy wielościennych ubytkach pionowych



fot.: archiwum prywatne

nie zapewnia wystarczającej głębi obrazowania, np. dojrzenia ubytku przy korzeniu podniebionym, więc tutaj znowu wchodzi w grę tomografia stożkowa. Ta metoda obrazowania po prostu dokładniej pokazuje struktury twarde, czyli zęby i tkankę kostną.

Czy nie jest jednak trudno dostępne?

Badanie nie jest refundowane przez NFZ, a mimo to jest coraz bardziej dostępne. Będzie też coraz popularniejsze, bo urządzenia CBCT przechodzą dynamiczny rozwój – już mówi się o wprowadzeniu tomografów stożkowych uwidaczniających tkanki miękkie. Na dziś pozostaje do ich obserwacji tradycyjna tomografia komputerowa, ale to oczywiście nie jest podstawowe narzędzie diagnostyczne stomatologa.

A rezonans magnetyczny?

To domena szpitali i dużych przychodni ambulatoryjnych. Jest on wykorzystywany do diagnostyki stawów żuchwo-skroniowych, a także w chirurgii stomatologicznej

i szczękowo-twarzowej do obrazowania zapaleń, guzów, torbieli etc. Widziałam już jednak prototyp tzw. dental dedicated MRI, czyli tomografu magnetycznego rezonansu jądrowego, który jest przeznaczony wyłącznie do diagnostyki stomatologicznej. Ma on dawać pole obrazowania ograniczone do zębów dolnych i górnych, bez mózgowia. Na razie urządzenie jest w fazie testów.

Jakie byłyby wskazania do obrazowania tą metodą?

Mówi się m.in. o różnicowaniu zmian okołowierzchołkowych, diagnostyce zapaleń miazgi i ocenie, czy jest żywa. Sądzę, że to technologia z dużym potencjałem.

Postęp jest bardzo widoczny w radiologii stomatologicznej. Od tradycyjnej rentgenodiagnostyki przechodzimy do coraz nowszych metod obrazowania. To wyzwanie dla lekarzy dentystów, bo ciągle muszą uaktualniać swoją wiedzę. Ciągły rozwój jest jednak rzeczą naturalną dla tego zawodu. ●

PROF. DR HAB. N. MED. INGRID RÓŻŁO-KALINOWSKA

specjalistka w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej, kierowniczka Zakładu Rentgenodiagnostyki Stomatologicznej i Szczękowo-Twarzowej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, prodziekan Wydziału Lekarsko-Dentystycznego UM w Lublinie, członek Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, past prezydentka European Academy of Dentomaxillofacial Radiology, dyrektor regionalny na Europę International Association of DentoMaxillofacial Radiology, przewodnicząca Sekcji Radiologii Szczękowo-Twarzowej Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radiologicznego, członek honorowy Oral Diagnosis and Maxillofacial Radiology Society w Turcji.

PRAKTYKA LEKARSKA – ZE ŚWIATA

LIDIA SULIKOWSKA
DZIENNIKARKARatunek dla
portugalskiej POZ?

Chcąc zmniejszyć braki kadrowe w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ), Portugalia postanowiła pozyskać lekarzy z Brazylii. Oferuje 2,8 tys. euro miesięcznie za 40-godzinny tydzień pracy i 22 dni urlopu. Do wypłaty doliczany jest dodatek żywieniowy.

Jak informuje „Portugal Resident” na podstawie doniesień dziennika „Público”, rekrutacja jest prowadzona przez centralną administrację portugalskiego systemu ochrony zdrowia (Administração Central do Sistema de Saúde, ACSS). Na lekarzy z Ameryki Południowej czeka trzyletni kontrakt na pracę w ośrodkach zdrowia w ramach publicznej opieki zdrowotnej zlokalizowanych w regionach, gdzie są największe problemy ze skompletowaniem kadry (Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo, Algarve).

W Portugalii nawet 1,6 mln mieszkańców nie ma przypisanego swojego lekarza rodzinnego. Jednak czy łatanie dziur w systemie brazylijskimi lekarzami to dobry pomysł? Środowisko lekarskie ma wątpliwości co do kompetencji kolegów z Ameryki Łacińskiej. W swoim ogłoszeniu ACSS zapewnia o „uznawaniu zagranicznych kwalifikacji”, ale też preferuje lekarzy z co najmniej pięcioletnim doświadczeniem.

Źródło: „The Portugal News” / „Portugal Resident” / „Público”

MSF: Przestańcie
bombardować
szpitale

Na początku sierpnia w wyniku dwóch ataków wojsk rosyjskich na Chersoń w ciągu 72 godzin ucierpiał lokalny szpital. Podczas pierwszego ostrzału zginął lekarz, a pięciu medyków zostało rannych – informują Lekarze bez Granic (Médecins Sans Frontières, MSF). To kolejny dowód, że obiekty ochrony zdrowia w Ukrainie nadal nie są bezpieczne.

– Ile razy musimy oglądać to samo? Co trzeba zrobić, by posługujący się bronią okazali odrobinę szacunku dla ludzkiego życia? – pyta Cyril Cappai, szef misji MSF. – Niezależnie od intencji wielokrotnie widzieliśmy personel medyczny i cywili pod ostrzałem. Przesłanie jest proste: przestańcie bombardować szpitale – apeluje Cappai.

Od początku inwazji Rosji na Ukrainę w lutym 2022 r. do maja 2023 r. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) potwierdziła ponad tysiąc ataków na ukraińską infrastrukturę medyczną, w których życie straciło co najmniej 101 osób. Koszty bezpośrednie szkód w sektorze ochrony zdrowia szacuje się na 2,5 mld dol. – Ataki na służbę zdrowia są pogwałceniem międzynarodowego prawa humanitarnego. Pozbawiają ludzi opieki, której potrzebują, i mają długoterminowe konsekwencje – podkreśla dr Jarno Habicht, przedstawiciel WHO na Ukrainie.

Według WHO w 10 najbardziej dotkniętych konfliktem regionach działa prawie 90 proc. placówek ochrony zdrowia. Część obiektów zniszczonych w wyniku działań wojennych jest już nawet odbudowywana dzięki wsparciu krajowemu i międzynarodowemu.

Źródło: MSF / WHO

Kanada: Słabnie
ocena ochrony
zdrowia

Wśród Kanadyjczyków spada zadowolenie z systemu opieki zdrowotnej. Wyniki sondażu Angus Reid Institute i Canadian Medical Association przeprowadzonego 1-8 sierpnia 2023 r. pokazują, że aż 68 proc. ankietowanych uważa, że jakość opieki zdrowotnej pogorszyła się w ciągu ostatnich 10-15 lat. W podobnym badaniu sprzed ośmiu lat tak słabe zdanie na temat rodzimej

ochrony zdrowia miało 42 proc. Kanadyjczyków.

Co więcej, tylko jedna czwarta badanych jest optymistycznie nastawiona do poprawy systemu w ciągu najbliższych dwóch lat. Ponad 80 proc. uważa, że władze powinny traktować opiekę zdrowotną priorytetowo. Nie ma jednak jednoznacznej opinii, jak zmieniać system. Kanadyjska ochrona zdrowia ma w ciągu najbliższej dekady otrzymać ze specjalnego rządowego funduszu dodatkowo ponad 46 mld dolarów, ale zdaniem 66 proc. ankietowanych samo dorzucenie dodatkowych pieniędzy jej nie naprawi, bo potrzebne są zmiany systemowe.

Które obszary wymagają najpilniejszej poprawy? Badani wskazywali m.in. na zapewnienie całodobowego dostępu do oddziałów ratunkowych, skrócenie czasu oczekiwania na operację, ale też redukcję stresu i wypalenia zawodowego wśród personelu medycznego. Poprawy wymaga też dostęp do lekarza rodzinnego (general practitioner, GP). Według badania 19 proc. Kanadyjczyków



foto: Shutterstock.com

nie ma przypisanego GP, a 38 proc. szukało go ponad rok. 29 proc. z tych, którzy mają swojego lekarza rodzinnego, zgłasza problem z umówieniem się na wizytę. Kolejne 37 proc. twierdzi, że umówienie wizyty trwa kilka dni.

Ponad 60 proc. badanych jest za ułatwieniem zagranicznym lekarzom uzyskania prawa wykonywania zawodu w tym kraju, jeśli miałyby to polepszyć dostęp do świadczeń medycznych.

Źródło: CMA / ANGUSREID.ORG

Traktuj ludzi dobrze

Znacie linie Southwest Airlines? W 1971 r. założył je prawnik Herb Kelleher. Dziś firma zatrudnia około 60 tys. pracowników. Odniosła gigantyczny sukces, którego tajemnica leżała w tylko jednym zdaniu. „Traktuj ludzi dobrze”.

Od 1971 r. minęło już trochę czasu. Zmieniały się ustroje, rządy, gospodarka, pokolenia. Przywództwo skutecznie wyprzedziło rządzenie i zarządzanie. Focus na karierę zastąpił balans między pracą a życiem, żeby znów wrócić do potrzeby „kariery”, ale inaczej rozumianej i bez zbędnych poświęceń.

I niby wszystko się zmienia, ale są rzeczy niezmiennie. Fakt, że ludzie chcą być traktowani dobrze, pozostaje jak Statua Wolności na Liberty Island. Z tą różnicą, że jest znacznie starszy.

Gdzie szybciej się czegoś nauczysz? Tam, gdzie ktoś da ci poczucie, że jesteś nikim, czy tam, gdzie jesteś zaproszony do zespołu, którego część stanowisz?

Gdzie się nie wypalisz? Tam, gdzie są nawet wysokie wymagania, ale traktuje się ludzi dobrze, czy tam, gdzie są niskie, ale panuje atmosfera, w której ludzie mają się wzajemnie za nic?

Gdzie popełnisz mniej błędów? Tam, gdzie będziesz wiedział, że twój potencjalny błąd będzie podstawą do szykanowania, czy tam, gdzie będzie on bazą do nauki, by nie popełniać podobnych?

Gdzie wolisz pracować? Tam, gdzie trochę lepiej zarobisz, ale traktują cię jak popychadło, czy tam, gdzie płacą mniej, ale czujesz się doceniany i traktowany dobrze?

No i do sedna. Jak to wszystko się ma do rodzimego systemu ochrony zdrowia.

Po nocnym dyżurze przychodzi nowa zmiana. Z wielu, którzy tu gościli, zostaje jeden pacjent, całą noc doglądany, trudny, obciążony. Już nie taka młoda lekarka na widok pacjenta wykrzykuje do swoich kolegów, że nic nie robili. Nowa dyrektorka drugiego co do wielkości szpitala w dużym

ANNA GOŁĘBICKA,
EKONOMISTKA,
STRATEG KOMUNIKACJI



województwie mówi do lekarzy, że jak ona każe, to będą nawet na „szmacie jeździli”. Studenci szóstego roku medycyny odbywają

Nie ma co ukrywać, że w dobie sztucznej inteligencji to, co nam zostanie, to emocje, uczucia, człowieczeństwo

staż na korytarzu, czekając, aż ktoś im coś pokaże, bo nikt nie ma dla nich czasu. Dyrektor innego szpitala opowiada na oficjalnym spotkaniu, że lekarze zatrudnieni na umowę o pracę to generalnie „zapchajdziury”. A minister od dialogu niby podaje rękę, ale w oczy nie spojrzy, bo niby po co.

Polska ochrona zdrowia to dzięki zachód. Możesz trafić bardzo dobrze albo bardzo źle – to rosyjska ruletka. Hasło „traktuj ludzi dobrze” jest może gdzieś głęboko w sercu, ale w otaczającej rzeczywistości ten sposób myślenia i działania znalazł swoje miejsce w innej części ciała.

Jak każda patologia i ta dopracowała się już swoich bękartów tej wojny o przetrwanie. Hodujemy

coraz większą grupę tych, którzy już w nic nie wierzą oprócz „tu i teraz”. Im gorzej, tym lepiej. Dziel i rządź. Biorę i uciekam. Jadę jak czołg, nie zwracając uwagi na innych. I jak się patrzy na to z boku, to wychodzą na tej strategii zupełnie dobrze.

Czasem mam wrażenie, że w temacie „traktuj ludzi dobrze” pikujemy w dół lepiej niż sokół wędrowny po swoje śniadanie. Tylko że na końcu naszej drogi jest frustracja, wypalenie, brak zaufania.

Czybyśmy tego chcieli, czy nie, na dłuższą metę ten model nie przetrwa, bo gdy już wszystkich wykiwa, zostanie sam na boisku i trzeba będzie wracać do punktu A – czyli „Traktuj ludzi dobrze”. Nie ma co ukrywać, że w dobie sztucznej inteligencji to, co nam zostanie, to emocje, uczucia, człowieczeństwo.

W Southwest Airlines szef traktował dobrze ludzi, ludzie szanowali zarząd, siebie nawzajem, a klientów traktowali tak, jak sami chcieliby być traktowani. Na koniec przekładało się to na gigantyczny sukces organizacji.

„Traktuj ludzi dobrze” i zachnij od siebie. Naprawdę warto.



PRAKTYKA LEKARSKA

Lekarz – pacjent. Relacja partnerska

Lekarz musi nauczyć się komunikowania z pacjentem jak posługiwania się stetoskopem.
Pomoże mu w tym szkolenie organizowane przez Ośrodek Kształcenia COBIK NIL.

LUCYNA KRYSIAK

DZIENNIKARKA

Wobecnej, zmieniającej się rzeczywistości, również w ochronie zdrowia, sposób komunikowania się ma coraz większe znaczenie. Pacjent chce wiedzieć, jakie czynności medyczne podejmuje lekarz, i znać konsekwencje tego postępowania. Oczekuje rzetelnych informacji na temat swojego stanu zdrowia, ale przekazanych zrozumiałym dla niego językiem – mówi prof. Aldona Jankowska, prezeska Polskiego Towarzystwa Komunikacji Medycznej (PTKM), które podpisało porozumienie o współpracy z Ośrodkiem Kształcenia działającym w strukturze Centralnego Ośrodka Badań, Innowacji i Kształcenia (COBIK) Naczelnej Izby Lekarskiej (NIL). Dotyczy ono cyklu szkoleń lekarzy i lekarzy dentyków, podczas których będą oni mogli uzyskać nowe umiejętności dotyczące komunikacji między lekarzem a pacjentem, jego rodziną, lekarzem a pozostałym personelem medycznym różnego szczebla, a także kadrą kierowniczą. Pierwsze szkolenia są zaplanowane na wrzesień tego roku. Poprowadzą je zrzeszeni w PTKM eksperci w dziedzinie komunikacji.

KOMUNIKACJA WPISANA W ZAWÓD

Komunikacja z pacjentem jest wpisana w zawód lekarza i lekarza dentystry i stanowi jedno z jego narzędzi pracy. – Tak jak lekarz musi nauczyć się posługiwania stetoskopem, tak musi nauczyć się komunikowania z pacjentem. Obecnie w opiece medycznej relacja paternalistyczna między lekarzem a pacjentem jest zastępowana przez relację partnerską – tłumaczy prof. Aldona Jankowska. Zauważa, że ta zmiana podnosi jednocześnie świadomość pacjenta na temat jego zachowań prozdrowotnych, co przekłada się na budowanie odpowiedzialności za własne zdrowie. Obecnie pacjenci zadają lekarzowi szereg pytań. Poprzez łatwy dostęp

do Internetu po usłyszeniu diagnozy szukają informacji o swojej chorobie u tzw. doktora Google, jednak jest to wiedza ogólna, niekompletna, często wprowadzająca w błąd. Od lekarza oczekują więc rzetelnej, wyczerpującej informacji na temat choroby, metod leczenia, szans powrotu do zdrowia. Zdaniem prof. Jankowskiej korzystania z Internetu jako źródła informacji o medycynie nie da się zatrzymać, a kolejne pokolenia będą w jeszcze większym stopniu z nich

Kompetencje komunikacyjne pozwalają
lekarzowi lepiej leczyć, ale też lepiej
funkcjonować w systemie

czerpać. Zaznacza, że często te informacje mają one wydźwięk edukacyjny, jednak mogą też wprowadzać w błąd i budować lęk. – Lekarz powinien być świadomy tego, że jego pacjent szuka informacji w Internecie, i powinien to zaakceptować, ale też weryfikować te informacje i doprowadzać do mądrych rozwiązań, zwłaszcza jeśli chodzi o podjęcie decyzji np. o operacji czy chemioterapii lub szczepieniu – przekonuje prof. Aldona Jankowska i dodaje, że w takich sytuacjach umiejętność komunikowania się z pacjentem ma kluczowe znaczenie.

SZKOLENIA INTERPERSONALNE

Istnieją dowody naukowe na to, że kompetencje komunikacyjne można wykształcić. Warto się ich uczyć ponieważ wpływają nie tylko na jakość leczenia, ale też wydajność i atmosferę,

istotne w pracy zespołowej. A lekarze, najczęściej pracujący w zespołach, komunikują się nie tylko między sobą i z pacjentami, ale z pielęgniarkami, ratownikami medycznymi, personelem technicznym czy przełożonymi. Dlatego do programu studiów wszystkich uczelni medycznych wprowadzono zajęcia z komunikacji. Zaczęto od zbierania wywiadu, przekazywania niepomysłnych wiadomości i umożliwienia pacjentowi uczestnictwa w decyzjach medycznych. Dowiedziano, że lekarze z niskimi kompetencjami komunikacyjnymi są bardziej narażeni na pozwy sądowe z powodu większego prawdopodobieństwa popełnienia błędu czy nieporozumienia, które może skutkować pozwem. – Kompetencje komunikacyjne pozwalają lekarzowi lepiej leczyć, ale też lepiej funkcjonować w systemie, uniknąć niepotrzebnych konfliktów w relacjach koleżeńskich czy choćby zaoszczędzić czas, którego jest tak mało dla pacjenta. Dobra komunikacja ogranicza niepotrzebne czynności – przekonuje prof. Aldona Jankowska.

PTKM powstało siedem lat temu i jest najmłodsze wśród lekarskich towarzystw naukowych. Jego celem było wprowadzenie i rozwój kompetencji komunikacyjnych na kierunku lekarskim w uczelniach medycznych w Polsce. – Kompetencje komunikacyjne to niezbywalny element pracy lekarzy, czego są oni coraz bardziej świadomi i chętnie uczestniczą w warsztatach. Poszukują w ten sposób nowych możliwości rozwoju osobistego, a więc nie tylko związanego z wybraną specjalnością – podsumowuje prof. Aldona Jankowska. ●

PRAKTYKA LEKARSKA

Można się nauczyć, jak rozmawiać z pacjentem

Choć u niektórych lekarzy umiejętność komunikacji jest naturalna i stosują ją w sposób niewyuczony od pierwszego dnia swojej pracy, wielu musi się tego nauczyć. Podobnie jak zarządzania, bo zwykle obejmują stanowiska kierownicze bez żadnego przygotowania – mówi dr n. med. Artur Drobniak, dyrektor COBIK NIL, w rozmowie z Karoliną Kowalską.

Wiele spośród szkoleń oferowanych przez Centralny Ośrodek Badań, Innowacji i Kształcenia Naczelnej Izby Lekarskiej dotyczy tzw. kompetencji miękkich. Brakuje ich lekarzom?

Szkolenia w zakresie tych umiejętności brakuje w kształceniu podyplomowym lekarzy, które w większości systemów, w tym i polskim, ma za zadanie wykształcić jak najlepszego specjalistę przede wszystkim pod względem merytorycznym. W Polsce niemal całkowicie pomija się aspekty komunikacyjne, psychologiczne, umiejętność radzenia sobie ze stresem, efektywność czy organizację czasu pracy. Idę o zakład, że każdy lekarz, który praktykuje co najmniej od dekady, potwierdzi, że takich umiejętności brakuje jego kolegom. I to bez względu na specjalizację, miejsce pracy czy też na to, czy pracuje z pacjentami względnie zdrowymi, czy umierającymi. Na potrzebę szkoleń z komunikacji, radzenia sobie ze stresem czy zarządzania sobą wskazują też odpowiedzi z ankiet, które przeprowadzamy wśród lekarzy.

Jakiego rodzaju szkolenia oferuje Ośrodek Kształcenia COBIK NIL?

Od dwóch lat przyjęliśmy podział naszych szkoleń na cztery główne kategorie. Pierwsze to szkolenia zawodowe, których liczba z roku na rok rośnie. Zapotrzebowanie na ten rodzaj szkoleń często zgłaszają lekarze, a COBIK realizuje prośby ankietowanych lekarzy. Szkolenia zawodowe w COBIK NIL są

skierowane do lekarzy stażystów oraz lekarzy różnych specjalności, którzy chcą traktować pacjenta holistycznie, poznać, a może odświeżyć, zdobytą podczas studiów wiedzę kierunkową na dane tematy. Nie wchodzimy w głęboką specjalistykę, którą lekarze zgłębiają w toku szkolenia podyplomowego czy na konferencjach branżowych, lecz poruszamy zagadnienia medyczne łączące różne dziedziny w sposób interdyscyplinarny.

Drugą kategorią są szkolenia prawne. Lekarze funkcjonują obecnie pod ogromną presją odpowiedzialności karnej nawet za zdarzenia niepożądane. Stąd niezbędna jest wiedza na temat zmian w prawie, możliwych sankcji, prawidłowego sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej czy sposobu rozmowy, który jest bezpieczny prawnie. Lekarze zgłaszają potrzebę takich szkoleń i oceniają je niezwykle wysoko. Prowadzone przez specjalistę w dziedzinie prawa medycznego bądź prawa branżowego odpowiadają na potrzeby uczestników.

Trzecia kategoria to szkolenia z kompetencji miękkich. Dzielimy je na dwie grupy. Pierwszą jest umiejętność komunikacji na linii lekarz-pacjent bądź lekarz-rodzina pacjenta. Choć u niektórych taka umiejętność jest naturalna i stosują ją w sposób niewyuczony od pierwszego dnia swojej pracy,

wielu lekarzy musi się tego nauczyć. Druga grupa szkoleń obejmuje zarządzanie stresem i samym sobą w sytuacjach z pogranicza odpowiedzialności prawnej, ale również wiedzy medycznej. W Polsce nie mamy systemu *no fault*, a jego brak wiąże się z dodatkową presją wobec osoby decyzyjnej. Myślę, że gdyby lekarze regularnie brali udział w takich szkoleniach, byłoby mniej przypadków wypalenia zawodowego. Tajemnicą poliszynela jest, że w Polsce przeżywamy pandemię wypalenia zawodowego wśród personelu lekarskiego. Czasami ludzie nawet nie są świadomi, że padli ofiarą wypalenia, które dotyka głównie specjalistów. Chyba że ktoś nie trafił z wyborem specjalizacji i męczy go to, co robi. Jeżeli lekarz wybrał specjalizację zgodnie ze swoją pasją i robi to, co jest zgodne z jego zainteresowaniami, to na pewno nie wypali się tak szybko.

Wymienił Pan szkolenia z komunikacji, prawa, kompetencji miękkich... Czego dotyczy czwarta kategoria szkoleń?

Zarządzania. Już teraz dyrektorzy dużych szpitali mają problemy z kadrą – nazwijmy to – kierowniczą w osobie kierowników oddziałów lub ordynatorów czy kierowników małych zespołów medycznych. Lekarze nie są uczeni zarządzania personelem na swojej ścieżce zawodowej, bo uznaje się, że



fot.: archiwum prywatne

mają przede wszystkim leczyć ludzi, a niekoniecznie ludźmi zarządzać. Oczywiście różnice pokoleń, wieku, charakterów czy wzajemnie animozje występują w każdym miejscu pracy i niezależnie od zawodu, który wykonujemy, ale większość ludzi w kadrze kierowniczej jest do tego przygotowana. Osoby trafiające na stanowiska kierownicze w korporacjach najczęściej mają za sobą studia menedżerskie albo przynajmniej studia podyplomowe na tym kierunku. A lekarze zwykle obejmują stanowiska kierownicze bez żadnego przygotowania, za wyjątkiem dyrektorów ds. medycznych, od których dziś takich studiów się wymaga.

Czego uczą się lekarze na szkoleniach z zarządzania w COBIK? Jak być dobrym szefem?

Organizowany przez nas cykl szkoleń ma w miarę szybki i prosty sposób dać kompetencje zarządcze osobom, które ich potrzebują. I tu mamy dylemat. Bo choć dysponujemy dobrymi nauczycielami, liderami i coachami, którzy potrafią przeprowadzać fantastyczne szkolenia i bardzo wiele dać kursantom, wciąż jeszcze nie trafiamy do grupy docelowej. Uczestnikami naszych szkoleń są najczęściej lekarze rezydenci lub młodzi specjaliści, którzy jeszcze nie kierują jednostkami. Na razie mogą

wykorzystać te umiejętności w zakładanych przez siebie przychodniach i lepiej rozwinąć indywidualną praktykę lekarską. Nie docieramy jeszcze w pożądanym stopniu do kadry kierowniczej, ale wiem, że dyrektorzy części szpitali chcieliby, by kierownicy oddziałów czy zespołów lekarskich mogli się szkolić właśnie w COBIK NIL. I nie chodzi tu o umiejętności administracyjne, które zdobywa się na długich i najczęściej drogich studiach MBA, ale o nabycie drogą celowanych szkoleń umiejętności zarządzania zespołem. Wierzę, że jeszcze za tej kadencji Naczelnej Rady Lekarskiej nasze cykle staną się jeśli nie szkoleniami obowiązkowymi, to przynajmniej zalecanymi przez dyrektorów szpitali. W naszych szkoleniach może wziąć udział każdy, kto posiada prawo wykonywania zawodu lekarza. Są one dla niego nieodpłatne. To kwestia czasu, chęci, a później praktykowania tych nowo nabytych umiejętności.

Jakimi kryteriami kierowali się Państwo, układając program szkoleń?

Próbowałem znaleźć elementy, których najbardziej brakowało

W naszych szkoleniach może wziąć udział każdy, kto posiada prawo wykonywania zawodu lekarza; są one dla niego nieodpłatne

mi w mojej pracy i w moim rozwoju zawodowym. Pracując w renomowanej klinice, obserwowałem zarówno dobrą pracę i świetną współpracę między lekarzami reprezentującymi różne pokolenia, jak i przykłady tego, jak ta praca i stosunki międzyludzkie wyglądać nie powinny. I nawet nie miałem pretensji do osób, przez które te relacje wyglądały źle. Obwinałem o to fakt, że nikt ich nie nauczył, że mogą zachowywać się inaczej, by efektywniej realizować postawione cele. Już wtedy działałem w samorządzie zawodowym

i pomyślałem, że dobrze by było, by Izba próbowała to w jakiś sposób zmienić. Na początku nie miałem żadnego wpływu na to, w jaki sposób działają organy w izbie, ale z czasem to się zmieniło.

Z kolei w strukturze szpitalnej dość szybko „awansowałem”, już jako rezydent ponosząc odpowiedzialność dyżurów za pacjentki i za kolegów, z którymi współpracowałem. Zawsze też interesowało mnie zarządzanie, zwłaszcza zarządzanie zespołami lekarskimi, i podpatrywałem jego dobre przykłady.

Jakie wnioski Pan wyciągnął?

Stwierdziłem, że jeśli zespół jest zgrany – nie musi się lubić, ale gdy na wyznaczonych zasadach współpracuje ze sobą merytorycznie – stanowi to ogromną korzyść zarówno dla pacjentów, jak i dyrektorów jednostek. Mając taki zespół, dyrektor powinien się tylko cieszyć i w niego inwestować. I tu dochodzimy do niechętnie omawianej publicznie kwestii. Dyrektorzy szpitali często ledwo wiążą koniec z końcem i czasami, także ze względu na presję płacową, doprowadzają do rozpadu najlepiej funkcjonujących jednostek.

Zauważyłem też, że gdy dobry szef umie odpowiednio ocenić kompetencje członków swojego personelu i popchnąć ich do rozwoju, to zyskuje całą organizację. Nie najlepszy chirurg może zostać wykorzystany np. do zadań administracyjno-organizacyjnych, zdejmując te obowiązki z barków osoby, która sobie z nimi nie radzi, ale jest świetnym operatorem. W Polsce dobry chirurg musi często zarządzać personelem, co nie wychodzi z korzyścią ani dla operatywy, ani dla zespołów prowadzonych przez tego chirurga. Wydaje mi się, że na takim umiejętnym budowaniu zespołów poprzez analizę kompetencji jego członków zbudowano dobre i efektywne korporacje. Za odpowiednie skomponowanie zespołu też odpowiada dobrze przeprowadzona analiza tzw. human

resource, której w publicznym systemie ochrony zdrowia niestety nie ma. Swoją drogą, dostrzegam tu pewną niszę na rynku do wykorzystania dla consultingu – układanie zespołów lekarskich nie tylko pod kątem wykształcenia i wiedzy merytorycznej, ale także naturalnych kompetencji.

Jakie szkolenia wprowadzono za obecnej kadencji NRL?

Rozwój COBIK odbywa się skokowo. Kiedy w poprzedniej kadencji, w 2020 roku, przejmowałem Ośrodek Doskonalenia Zawodowego NIL, a więc prototyp dzisiejszego COBIK powołanego uchwałą NRL z 2 września 2022 r., w ciągu roku szkolonych było kilkuset lekarzy. W zeszłym roku przeszkoliliśmy ponad 13 777 lekarzy i lekarzy dentyków – uczestników szkoleń COBIK NIL, a w tym roku – a rozmawiamy w maju – jest to już ponad 15,5 tys. osób, a więc w zaledwie pięć miesięcy przebiliśmy wynik zeszłoroczny. Początkowo na tę kadencję zakładałem osiągnięcie 20 tys. przeszkolonych lekarzy rocznie, ale wiem już, że szybko postawimy przed COBIK NIL nowe cele. Szkolimy w formie online lub stacjonarnej, lub hybrydowej, oferując następujący wachlarz możliwości: warsztaty stacjonarne, warsztaty online w wirtualnych pokojach, webinary/konferencje hybrydowe, szkolenia live online. Szkolimy głównie online (85 proc. wszystkich szkoleń odbywa się zdalnie) i najczęściej w godzinach popołudniowo-wieczornych, ale wynika to z potrzeb sygnalizowanych przez samych uczestników. Dzięki temu możemy realizować nasze cele szkoleniowe dla lekarzy z całej Polski, a nie jedynie Warszawy i okolic.

Chciałbym też dodać, że w COBIK NIL utworzyliśmy w 2022 roku grupę lekarzy innowatorów – NIL Innovation Network (NIL IN), której prace dzielą się już na sześć grup roboczych dotykających różnych aspektów innowacji w medycynie. Stojąc obecnie na progu przełomu technologicznego, który wkracza odważnie w świat medycyny, zaczynamy również szkolić w zakresie innowacyjnych rozwiązań: technologicznych, zarządzania, roli sztucznej inteligencji. Na pewno ten kierunek będziemy szeroko rozwijać w najbliższych dwóch latach. Szczegóły odnośnie

inicjatywy NIL IN na stronie www.nilin.org.pl

Jakie szkolenia lekarze wybierają najczęściej?

Na zdecydowanej większości szkoleń mamy obecnie ponad 100 osób. Niektóre są limitowane, szczególnie ze zrozumiałych względów warsztaty praktyczne mogą mieć ograniczoną liczbę uczestników. Ciężko jednoznacznie wskazać liderów w poszczególnych kategoriach, bo wyniki są podobne. Największą popularnością cieszą się te dotyczące radzenia sobie ze stresem czy komunikacji, na drugim miejscu są szkolenia zawodowe. Uważam, że lekarze wciąż za mało wiedzą na temat prawa i zarządzania i liczę na jeszcze większy postęp słuchaczy w tych dwóch dziedzinach.

Wśród szkoleń z umiejętności miękkich kilka poświęcono komunikacji z zespołem i profilaktyce mobbingu. Czy to nadal duży problem w placówkach ochrony zdrowia?

Zjawisko mobbingu jest trudnym tematem. Występuje na całym świecie i nie ma co ukrywać, że jest obecne również w polskiej branży medycznej. Chcemy, by mobbing przestał być tematem tabu, a ludzie potrafili zauważyć, kiedy przekraczana jest granica. Chcemy, by dzięki naszym szkoleniom lekarze zyskali wskazówki, gdzie postawić granice i jak – przynajmniej na początku – własnym sumptem radzić sobie z emocjami, które temu towarzyszą. To rodzaj wewnętrznej psychoterapii, ale też element rozpoznawania takich zachowań. Jako lekarze już od pierwszych lat szkolenia podyplomowego nie zawsze potrafimy rozróżnić, co jest w kompetencjach osoby zarządzającej, a co znacznie wykracza poza zwykłe zarządzanie, a staje się już mobbingiem. Potrzeba pokolenia, żeby pewne zachowania weszły w standardy, a pewne zostały wykorzenione.

Wspomniał Pan, że w szkoleniach COBIK biorą udział nawet lekarze stażyści. Czy ma Pan poczucie, że kształtuje

DR N. MED. ARTUR DROBNIAK

Dyrektor, pomysłodawca i twórca Centralnego Ośrodka Badań, Innowacji i Kształcenia Naczelnej Izby Lekarskiej, pomysłodawca i współzałożyciel NIL IN (NIL Innovation Network), ginekolog położnik, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej w VIII kadencji, członek Naczelnej Rady Lekarskiej IX kadencji, były nauczyciel akademicki Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

nowe pokolenie niedające przyzwolenia na tego typu zachowania?

Cieszę mnie, że w szkoleniach dotyczących kompetencji miękkich, komunikacji czy profilaktyki mobbingu biorą udział lekarze stażyści, którzy już na starcie będą wiedzieć, kiedy powinna im się zapalić czerwona lampka. Żyjemy bombardowani hasłami, że pokolenie „Z”, które wkracza na rynek pracy, jest albo bardzo roszczeniowe, albo bardzo asertywne. Prawda leży pewnie pośrodku. Wydaje mi się, że ich podejście do życia jest pewnego rodzaju „podejściem z odbicia” po tym, gdy poprzednie pokolenia na wszystko się zgadzały. Dlatego dobrze byłoby wytłumaczyć osobom, które są na stażu bądź też wstępnym etapie kariery zawodowej, że nie wszystko jest mobbingiem czy zachowaniem wykraczającym poza kompetencje przełożonego. Jeśli kierownik wydaje ci polecenie i go nie spełnisz, to ma prawo mieć do ciebie pretensje, a niekiedy spotykamy się z taką oceną sytuacji, że krytyka za niewykonanie swoich podstawowych obowiązków jest mobbingiem. Jedni reagują nadmiernie w jedną stronę, drudzy nie reagują, gdy granica jest znacząco przekraczana. Pewnie kolejne pokolenie będzie bardziej wypośrodkowane w relacjach zawodowych i poczuciu odpowiedzialności i obowiązku. ●

List do redakcji

Reagować – znaczy chcieć

Wysoki poziom zaufania społecznego związany jest z prawidłowym, a przede wszystkim sprawnym funkcjonowaniem społeczeństwa.

W przeszłości zaufanie to oparte było przeważnie na jasno sprecyzowanych regułach dotyczących określonych zachowań i zasad ich przestrzegania, obowiązujących zarówno społeczność jako całość, jak i poszczególne jednostki ją tworzące. To z kolei dawało poczucie bezpieczeństwa i pewności w zakresie zarówno indywidualnym, jak i zbiorowym. Utrwalanie tych zasad i zachowań powodowało, że w ramach przyjętych reguł i dla ich przestrzegania tworzone trwały struktury wzmacniające praworządność. I to nie tylko w zakresie instytucjonalnym, ale także obyczajowym.

W czerwcowym numerze „Gazety Lekarskiej” w wywiadzie „Musimy reagować” dr n. med. Łukasz Szmygel na podstawie danych Ipsos Global Monitor z 2022 roku informuje, że w Polsce lekarzom ufa około 39 proc. Polaków.

Sprawdziłem – w rankingu zaufania do lekarzy Polska plasuje się na jednym z ostatnich miejsc spośród grupy 29 krajów, w których taką analizę przeprowadzono. Oczywiście tutaj rodzi się natychmiast pytanie – dlaczego? Dlaczego w krajach takich jak Finlandia, Holandia, Szwajcaria i Belgia, wreszcie Słowenia odsetek społeczeństwa z zaufaniem do lekarza sięga 84-89 proc., w Polsce zaś jest tak niski? Może ma to związek z ogólnym kryzysem zaufania do ludzi bez względu na zawód, który wykonują?

Okazuje się (według tegoż Ipsos Global Trends 2022), że spośród ankietowanych społeczeństw 30 krajów świata najwyższy poziom zaufania do innych ludzi panuje w Chinach i Indiach (56 proc.), najniższy zaś w Brazylii (11 proc.), Malezji (13 proc.), Turcji (14 proc.) i właśnie w Polsce (16 proc.). Czy wobec tego tutaj nie należy poszukiwać też korelacji z niskim zaufaniem do naszego zawodu? A może przyczyn tak niskiego poczucia zaufania do lekarzy i całego białego personelu należy poszukiwać w zmianach organizacyjnych i strukturalnych, do jakich doszło w trakcie i po transformacji w Polsce, w następstwie wielu reform służby zdrowia, które miały przynieść poprawę, przyniosły zaś chaos skutkujący do dnia dzisiejszego odpływem nie tylko nowo wykształconych, ale także wysoko wyspecjalizowanych kadr medycznych.

A tak przy okazji – jestem po kolejnym spotkaniu absolwentów mojego rocznika, tym razem już po 45 latach od uzyskania dyplomu. W spotkaniu uczestniczyło 86 lekarzy – w tej liczbie czynnych zawodowo jest 80 (93 proc.) osób, zaś sześciu pozostałych – niepracujących – to Koledzy żyjący w większości za granicą. Co by się wobec tego stało w opiece medycznej, gdyby tych 80 osób (a to przecież pokolenie 70-latków) zrezygnowało nagle z pracy? Pomnóżmy to jeszcze przez liczbę uczelni medycznych.

Podobno wcześniej miało być uczciwie i sprawiedliwie, potem zresztą też, tylko że w ostatnich

siedmiu dekadach szczucie pewnych elit przeciwko lekarzom nie zmieniło się w praktyce wcale. Czymże było – słynne w 2008 roku – stwierdzenie „pokaż lekarzu, co masz w garażu” wobec znanego nam wszystkim z lat 60. ubiegłego wieku, że „lekarz się sam wyżywi”, jak nie próbą takiego samego odwrócenia uwagi społeczeństwa od prawdziwych bolączek służby zdrowia, wręcz wykluczenia kadry medycznej z grupy ludzi cieszących się powszechnie zaufaniem i autorytetem (uczciwych?). A chęć wzięcia lekarzy „w kamasze”? Komu to miało służyć? Z pewnością nie chorym ludziom. A emanacja prawdziwych i rzekomych błędów medycznych w mediach i na forach społecznościowych, nawet bez wyroku sądowego? Jak w takim razie przeciętny obywatel, kiedyś dyskryminowany z powodów politycznych, obecnie zaś nierzadko z powodów finansowych (inflacja, a więc droższe leki, droższe wizyty w gabinetach prywatnych, droższa rehabilitacja, sanatoria), słuchając ciągłych ataków na złych, pozbawionych skrupułów lekarzy, ma odnosić się do nich z pełną ufnością i atencją i wykazywać optymistyczny stosunek do możliwości skutecznego wyleczenia przez nich z choroby. A do tego jeszcze wszechobecny dr Google. Przecież on wie najlepiej.

A przecież każda choroba i jej leczenie niesie w sobie pewne – większe lub mniejsze – zagrożenie niepowodzeniem. To niepowodzenie musi być zawsze w kalkulowane w ryzyko leczenia i wyrażnie musi być przekazane. Jak więc jednak przekazać choremu te wiadomości, skoro nie ma on zaufania do lekarza? Ale jeżeli to zaufanie nie zostanie przywrócone, zabawa (przepraszam) – polowanie na nagonkę na nas, lekarzy – wciąż będzie trwało. Zaś kancelarie adwokackie wciąż będą szukały nowych trofeów. ●

Prof. dr hab. n. med. Jacek Gawrychowski, kierownik Katedry i Oddziału Klinicznego Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach



foto: Freepik.com

NIL NA SZYBKO

Mówmy publicznie o wadach systemu

Tegoroczny sezon ogórkowy ze względu na kampanię wyborczą nie jest spokojny.

JAKUB KOSIKOWSKI
RZECZNIK NACZELNEJ IZBY
LEKARSKIEJ



W ochronie zdrowia dzieje się tyle, że do NIL raz za razem odzywają się dziennikarze z pełnego przekroju mediów z prośbą o wyjaśnienie czy komentarz. Mam poczucie, że tak właśnie powinno być – głos lekarzy powinien być słyszany nie tylko w mediach branżowych. To pozwala nam pokazać, że to, jak wygląda system, nie jest winą lekarzy, którzy są na linii frontu i zbierają razy za wszystko, co złe.

Konferencja w sprawie nowych wytycznych po zgonie Pani Doroty z Nowego Targu, konferencja o walce Samorządu z receptomatami, sprawa Pani Joanny, limit recept, ILADS, ograniczenia wystawiania leków psychotropowych i narkotycznych, ujawnienie recepty, zmiana ministra zdrowia... To wszystko wydarzyło się od poprzedniego numeru GL. Od tego ugina się ten numer. Nie dam rady tu tego streścić, więc wyjątkowo napiszę o czymś innym, równie ważnym.

O tym, że nie możemy się bać mówić o wadach systemu publicznie, bo inaczej jesteśmy współwinni. Tak jak ten, kto milczy, widząc przestępstwo, chroni łamiącego prawo, tak samo lekarz, który nie alarmuje o patologii systemu, chroni je i utrwała.

Kiedy pojawia się jakiś problem, sporym wysiłkiem jest znaleźć lekarza, który zechce o tym opowiedzieć mediom jako ten z pierwszej linii frontu, nawet anonimowo. Kiedy wypowiada się funkcyjny samorządowiec,

jego opinia zaraz jest dyskredytowana jako „polityczna”. Kiedy wypowiada się „zwykły lekarz”, trudniej podważyć jego słowa w ten sposób. A co dopiero, kiedy o problemie opowiada wielu lekarzy z całej Polski.

W tym miejscu chciałem podziękować Piotrowi i tym wszystkim lekarzom, którzy mówili pod nazwiskiem o problemach z wystawianiem leków psychotropowych i narkotycznych w szpitalach, poradniach oraz hospicjach.

Chciałem również podziękować każdemu lekarzowi, który pod nazwiskiem uświadamia w mediach społeczeństwo o problemach systemu, w którym pracujemy, a za które nie jesteśmy winni. Dzięki wam głos Samorządu jest bardziej słyszalny, bardziej pożądanym. To legitymizuje nasze domaganie się zmian.

Raz jeszcze dziękuję!

PS. Jeśli któregokolwiek z mówiących o problemach władza zaatakuję tak, jak MZ zaatakował Piotra, bądźcie pewni, że Samorząd stanie za wami murem i weźmie na siebie ciężar walki. Od tego jesteśmy. ●

O TYM SIĘ MÓWI

W trosce o jakość kształcenia

Uruchamianie kierunku lekarskiego w kolejnych uczelniach wyższych niweczy wieloletni wysiłek włożony w budowanie jakości kształcenia medycznego – ocenia Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej (NRL) w stanowisku w sprawie projektu nowelizacji rozporządzenia ws. limitu przyjęć na studia na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym. „Dlatego decydenci powinni wspierać rozwój i zwiększanie naboru na studia w uczelniach o profilu ogólnoakademickim prowadzących kształcenie w zawodach lekarza i lekarza dentysty, które zostały już pozytywnie zweryfikowane przez właściwe instytucje, jak i poprzez umiejętności ich absolwentów rozpoczynających staż podyplomowy, a następnie pracę zawodową. Wykształcenie lekarza wymaga nie tylko nabycia kompetencji czysto zawodowych, ale także umiejętności pracy naukowej, przygotowania w szerokim kontekście humanistycznym, ze szczególnym zwróceniem uwagi na postawę etyczną, co jest możliwe wyłącznie w warunkach uniwersyteckich” – czytamy w stanowisku.

Nie wybierajcie drogi na skróty

Samorząd studentów Uniwersytetu Medycznego w Łodzi zaapelował do kandydatów na studia lekarskie, by stawiali na uczelnie, które od dawna z powodzeniem kształcą kadry medyczne, mają doświadczone władze i pracowników oraz odpowiednie zaplecze naukowo-dydaktyczne. „Pojawiają się kolejne oferty umożliwiające podjęcie studiów na kierunku lekarskim nawet bez konieczności zdawania matur z przedmiotów takich jak biologia, chemii czy fizyka. Tego rodzaju

możliwość pojawiła się również w naszym mieście. Jako starsi koledzy i starsze koleżanki chcielibyśmy zwrócić się do Was z apelem – nie wybierajcie drogi na skróty! Nauka medycyny w szkołach niestawiających podstawowych wymagań wobec kandydatów na studia, których zadaniem jest przygotowanie do pracy ludzi odpowiedzialnych za zdrowie i życie swoich Pacjentów, to ogromne zagrożenie!” – czytamy w oświadczeniu.

Nie dla szczepienia dzieci w aptekach

Na ten moment rozszerzania zakresu szczepień w aptekach o szczepienia dzieci nie jest wskazane. Wśród dzieci jest więcej przeciwwskazań do szczepień, które powinny zostać ocenione przez lekarzy – podkreślił pediatra i ekspert NRL ds. zagrożeń epidemicznych dr n. med. Paweł Grzesiowski. Zdaniem dr. Grzesiowskiego podstawą musi być bezpieczeństwo, a osoby małoletnie nie zawsze zgłaszają dolegliwości, które mogą być przeciwwskazaniem do wykonania szczepienia. – O ile w przypadku COVID-19 oraz szczepionek przeciw grypie nie ma przeciwwskazań, o tyle w przypadku innych szczepień sytuacja się różni. Możemy pomyśleć o włączeniu do szczepień młodzieży w wieku 14-18 lat – dodał ekspert NRL. Koalicja na rzecz szczepień w aptekach przypomina, że w Polsce szczepienia w aptekach są wykonywane od 2021 roku. Przeciw COVID-19 farmaceuci zaaszczepili dotychczas 5 proc. populacji, a przeciw grypie – 8 proc.

ILADS sprzeczny z wiedzą i etyką

Pacjent, któremu proponuje się tzw. metodę ILADS w leczeniu boreliozy, powinien poinformować samorząd lekarski – uważa prezes NRL Łukasz Janowski. Metoda ILADS, czyli długotrwała terapia antybiotykami w rozpoznaniu boreliozy, nie ma wystarczających podstaw klinicznych i wiąże się z wieloma działaniami niepożądanymi. Zgodnie z lipcowym stanowiskiem Rady Ekspertów

NIL, terapia stoi w sprzeczności z etyką i prawnym obowiązkiem wykonywania zawodu lekarza zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej. „Leczenie boreliozy powinno być prowadzone zgodnie z zasadami medycyny opartej na faktach i rekomendacjami zgodnymi z aktualnym stanem wiedzy medycznej, określającymi precyzyjnie rodzaj i długość stosowanego leczenia, np. rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych” – czytamy w stanowisku Rady Ekspertów.

Uregulować medycynę estetyczną

Przez 30 lat kwestie medycyny estetycznej nie zostały uregulowane. Kosmetolodzy nie chcą, by ich profesja znalazła się w zakresie zawodów medycznych, a chcą de facto pracować w branży medycznej i wykonywać zabiegi medyczne – mówiła senator RP Agnieszka Gorgoń-Komor podczas spotkania na temat regulacji prawnych w medycynie estetycznej, które odbyło się w lipcu w siedzibie NIL. A prezes Stowarzyszenia Lekarzy Dermatologów Estetycznych dermatolog Ewa Kaniowska dodała, że konsekwencje ponoszą pacjenci. – My, lekarze dermatolodzy, ponosimy odpowiedzialność za ich leczenie i naprawienie błędów. Pacjenci od początku powinni być prowadzeni przez lekarza.

Samorząd w sprawie receptomatów

Zarzucanie samorządowi lekarskiemu, że nic nie zrobił w sprawie receptomatów, jest dziwne, bo pierwsi informowaliśmy o tym problemie – mówił wiceprezes NRL dr n. med. Klaudiusz Komor podczas czerwcowej konferencji prasowej w NIL. Konferencja była odpowiedzią na

zarzuty ministra zdrowia, jakoby samorząd nie podjął działań wobec lekarzy, którzy „zachowują się w sposób nieetyczny i narażają zdrowie i życie pacjentów”, przepisując leki za pomocą tzw. receptomatów. – Żadne z postępowań nie zostało zamiecione pod dywan przez rzecznika odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Rzecznik w ciągu 6 miesięcy musi zgromadzić wszystkie dowody, by wraz z ewentualnym wnioskiem o ukaranie położyć je na stole sądu lekarskiego. W kwietniu otrzymaliśmy pierwsze informacje, a niektóre sprawy są już w sądach. Pokażcie mi prokuraturę, która działa w taki sposób – dodał sekretarz NRL Grzegorz Wrona, były Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej.

Dla dobra pacjentek

Staramy się robić wszystko dla dobra pacjentek. Jak wiadomo, pacjent jest bezpieczny wtedy, kiedy jest leczony przez dobrze wyszkolonego, ale i bezpiecznego lekarza. W NIL nie unikamy tematów trudnych – zapewnił wiceprezes NRL dr n. med. Klaudiusz Komor podczas czerwcowej konferencji NIL, Rady Ekspertów NIL oraz Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników w sprawie przypadków zgonów ciężarnych pacjentek na oddziałach położniczych. Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie, specjalista ginekologii i położnictwa, dr n. med. Michał Bulsa mówił o potrzebie wprowadzenia systemu *no-fault* w celu ograniczenia ryzyka powstania zdarzeń niepożądanych: – Mielśmy do czynienia z tragicznymi wydarzeniami na oddziałach położniczych. Niestety polski system prawny nie powoduje ani nie daje szansy do refleksji, dlaczego do takich zdarzeń dochodzi i jak wyciągnąć wnioski na przyszłość. Samorząd lekarski apeluje o dobrze funkcjonujący system *no-fault*.



Dr n. med. Artur Drobniak

INNOWACJE PODBIJAJĄ MEDYCYNĘ.

Nowoczesne rozwiązania dzięki NIL IN

NIL IN – początki pracy

Zeszłego lata powołaliśmy NIL Innovation Network, znany jako NIL IN, przy Naczelnej Izbie Lekarskiej. W pierwszym etapie działalności skupiliśmy się na audycie i edukacji innowacyjności w medycynie w Polsce. Organizowaliśmy konferencje i warsztaty dotyczące przyszłej roli lekarza w systemie opieki zdrowotnej, współpracy lekarza z pacjentem przy aplikacjach zdrowotnych oraz roli aplikacji jako narzędzi diagnostycznych lub „cyfrowych leków” (digital therapeutics).

W ostatnim roku idea rozsądnego, zrównoważonego i bezpiecznego wprowadzania innowacji medycznych zjednoczyła w NIL IN wspaniałą grupę lekarzy i specjalistów związanych z rynkiem innowacji medycznych lub zainteresowanych nimi. Obecnie społeczność lekarzy innowatorów liczy ponad 200 osób, stale się powiększa, razem z liczbą pomysłów.

Budowa bazy ekspertów oceniających innowacje w medycynie

Ogromną niszę i zapotrzebowanie na lekarzy specjalistów dostrzegamy w potrzebie jakościowej oceny innowacyjnych rozwiązań medycznych. Zgłaszają je zarówno organy publiczne, Ministerstwo Zdrowia, firmy audytorskie, jak i sami twórcy aplikacji i urzędów medycznych. Wychodząc temu naprzeciw, stworzyliśmy NIL IN Pool Expert, którego skład nieustannie rozbudowujemy, i zapraszamy do współpracy lekarzy wszystkich specjalizacji. Środowisko lekarskie powinno głośno

wyrażać merytoryczne opinie na temat powstających i wdrażanych rozwiązań – tylko w ten sposób usprawnimy naszą pracę i osiągniemy korzyści dla pacjentów.

Co nas czeka w NIL IN w najbliższym czasie?

Pracując przez rok w NIL IN, dostrzegliśmy wiele systemowych niedociągnięć i barier stojących na drodze do dobrego i powszechnego wprowadzania innowacyjnych rozwiązań w medycynie. Poznaliśmy też zagrożenia związane ze zbyt otwartym i powszechnym wprowadzaniem algorytmów sztucznej inteligencji i wiemy już, jak te inicjatywy powinny być wspierane i kontrolowane.

Dostrzegając rosnące potrzeby łączenia środowiska innowacji z lekarzami i pacjentami, traktujemy NIL IN jako płaszczyznę, która przyspieszy rozwój polskiej medycyny i nauki oraz upowszechni „modę” na nowoczesność w medycynie. Chcemy badać rynek potrzeb lekarskich, uczyć, jak usprawniać pracę własną i jednostek udzielających świadczeń zdrowotnych, a jednocześnie wskazać twórcom innowacji, często zagubionym w medycznym świecie, jakich błędów unikać, szczególnie na wczesnym etapie rozwoju projektu, by nie spotkał się on z odrzuceniem środowiska medycznego.

Mając świadomość zawłości systemu i poznając świat finansowania publicznego ze środków europejskich czy sponsorów/inwestorów, widzimy też rolę NIL IN jako organizacji mogącej wskazać

lekarzom drogę i pomóc w procesie budowy swojego start-upu medycznego.

Sieć Lekarzy Innowatorów wciąż się rozbudowuje. NIL IN Summit 15–16.09.23

Nadal istnieją obszary, które wymagają koordynacji i pracy. Wiemy już, że powstaną dwie nowe grupy robocze NIL IN: ds. innowacji w organizacji i kulturze pracy lekarza oraz wdrożeń innowacji, szczególnie w obszarze profilaktyki i stylu życia.

Liczymy na to, że weźmiecie udział w NIL IN Summit – dwudniowej konferencji poświęconej innowacjom medycznym, podczas której dowiecie się, jak trudne jest tworzenie i wprowadzanie nowoczesnych rozwiązań, jak wygląda powstawanie i wdrażanie innowacji medycznych za granicą, jak można stać się liderem zmian albo pionierem wdrożeń oraz co czeka nas w najbliższej przyszłości w medycynie. Jesteśmy przekonani, że dzięki temu spojrzycie inaczej na swoją pracę, szukając w niej udoskonaleń i dobrych rozwiązań (szczegóły o programie i prelegentach NIL IN Summit dostępne są na www.nilin.org.pl/konferencja).

Lekarko, lekarzu, jeśli widzisz potrzebę poznania świata innowacji i współtworzenia go w Polsce, dołącz już dziś do społeczności NIL IN – Sieci Lekarzy Innowatorów.

Liderzy naszych grup roboczych



Lek. Jakub Chwiećko
Start-upy medyczne

Szacuje się, że w Polsce jest ok. 300 start-upów medycznych. Niektóre z nich rozwijają się z roku na rok, przy okazji prowadząc ekspansję na rynki zagraniczne oraz zmieniając obraz naszej ochrony zdrowia. Rozwój sztucznej inteligencji, a także zaawansowanych technologii medycznych ma miejsce na naszych oczach każdego roku. Ale ile z tych start-upów korzysta z wiedzy lekarzy? Czy medycy są ich założycielami? Czy lekarz może stać się start-upowcem? Te i inne pytania towarzyszyły nam podczas spotkań grupy roboczej do spraw start-upów. Spotykaliśmy się regularnie w środy popołudnia, by zaplanować, przeprowadzić, a następnie podsumować dla Was nasze wnioski w raporcie „Przychodzi pomysł do lekarza”. Premiera już podczas NIL IN Summit.



Dr n. med. Tomasz Maciejewski
Innowacje w szpitalnictwie

Grupa ds. innowacji w szpitalnictwie zrzesza liderów oraz dyrektorów, którzy chcą rozwijać nowatorskie rozwiązania i technologie w szpitalach w Polsce. Skład grupy obejmuje sześć placówek: Instytut Matki i Dziecka, Centrum Medyczne „Żelazna”, WSSD w Olsztynie, Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki, UDSK w Białymstoku, UCK GUMED. Naszym celem jest wymiana wiedzy i doświadczeń związanych z tworzeniem, wdrażaniem oraz finansowaniem innowacji medycznych. W ramach prac grupy aktywnie angażujemy się w wydarzenia, debaty i panele na temat zdrowia cyfrowego i sztucznej inteligencji w szpitalach. Dla szerokiego grona odbiorców nagraliśmy dwa podcasty w cyklu NIL IN In-Talk. Zapraszamy wszystkich do współpracy.



Dr hab. Katarzyna Kolasa
AI w ochronie zdrowia

Grupa robocza ds. sztucznej inteligencji zaczęła działać wiosną 2023 r., zgromadziła ponad 40 członków i jest najliczniejsza ze wszystkich grup. Celem na najbliższe miesiące jest podsumowanie wdrożeń technologii opartych na sztucznej inteligencji (SI) do polskiego sektora ochrony zdrowia. Zbieramy nie tylko informacje od dostawców innowacji o proponowanych rozwiązaniach, ale także od świadczeniodawców i pacjentów stykających się z SI. Zanim zaczniemy wspierać tworzenie standardów bezpiecznego i pożytecznego korzystania ze sztucznej inteligencji, chcemy zrozumieć lekcje z pierwszych wdrożeń SI do polskiego systemu ochrony zdrowia.



Lek. Małgorzata Kiljańska
Innowacje w opiece ambulatoryjnej

Jesteśmy lekarkami i lekarzami pasjonującymi się wdrażaniem innowacji tam, gdzie na co dzień pracujemy. W ramach prac grupy nagraliśmy podcasty na temat przyszłości opieki ambulatoryjnej, rozpoczęliśmy szkolenia oraz przeprowadziliśmy konkurs „Przychodnia przyszłości”. Celem konkursu było wyróżnienie innowacyjnych rozwiązań przynoszących korzyść pacjentom, medykom i przychodniom. Finaliści konkursu przedstawią swoje rozwiązania na konferencji NIL IN Summit 15-16 września. W ramach podsumowania prac grupy opublikujemy raport zawierający opisy zgłoszonych w konkursie rozwiązań oraz poradnik dobrych praktyk wdrażania innowacji.

Liderzy naszych grup roboczych



Dr n. med. Artur Drobnik
Technologie medyczne

Misją grupy jest zbudowanie środowiska usług i narzędzi umożliwiających skuteczne wdrażanie innowacyjnych rozwiązań do opieki zdrowotnej. Kluczowymi obszarami są: zorganizowanie szkoleń zawodowych w obrębie specjalizacji medycznych, stworzenie systemu ewaluacji innowacji, platformy internetowej będącej wiarygodnym źródłem informacji na temat innowacji medycznych, rozwijanie modeli miękkiego wdrażania i tworzenie partnerstw z instytucjami publicznymi i inkubatorami. Platforma internetowa Med-Loop będzie zbierać innowacje we wszystkich obszarach: urzędów, systemów informatycznych, metodologii i organizacji pracy w systemie opieki zdrowotnej.



Dr Paweł Kaźmierczyk
Dane medyczne

Coraz więcej innowacyjnych rozwiązań w ochronie zdrowia opiera się na przetwarzaniu danych medycznych, a przed nami kolejne reformy systemu e-zdrowia w Polsce oraz wielkie wyzwanie związane z projektem stworzenia europejskiej przestrzeni danych dotyczących zdrowia. Dlatego też w ramach inicjatywy NIL IN nie mogło zabraknąć grupy zajmującej się danymi medycznymi. Pierwsze miesiące naszego działania skupiały się na podnoszeniu świadomości na temat tego, jak duży potencjał drzemie w danych. Poprzez publikacje, podcasty i szkolenia staraliśmy się zachęcić do większego zainteresowania tematem. Obecnie pracujemy nad raportem dotyczącym zmian potrzebnych m.in. do ułatwienia lekarzom codziennej pracy z danymi.



Artur Białoszewski
Zdrowie i wellbeing

Zachowanie dobrego zdrowia pacjentów jest priorytetem zarówno dla środowiska medycznego, jak i dla nich samych. Odpowiadając na tę potrzebę, tworzymy grupę roboczą ds. zdrowia i wellbeing, której zadaniem będzie opracowanie m.in. narzędziownika dla lekarzy i innych profesjonalistów medycznych, zawierającego innowacyjne narzędzia (aplikacje, urządzenia i inne rozwiązania) promujące zdrowy styl życia, jak i działań profilaktycznych dla wybranych grup pacjentów. Obecnie trwają spotkania z członkami Izby oraz innymi interesariuszami, aby określić priorytety i kierunki działań grupy. Zachęcamy do kontaktu i współpracy wszystkich zainteresowanych.



Dr n. med. Marcin Maruszewski
Organizacja i kultura pracy
w medycynie

Ideą powołania tej grupy roboczej jest próba zmierzenia się z rzeczywistością, w której wcześniej sprawdzone metody zarządzania nie przystają do współczesności nie tylko na poziomie centralnym czy nadziedzonym, jak dyrekcja szpitala czy kierownictwa placówki, ale również w takich miejscach, jak sale operacyjne, dyżurki, oddziały czy zespoły terapeutyczne, w skład których wchodzi przedstawiciele różnych zawodów medycznych, o różnych doświadczeniach, wiedzy i umiejętnościach. Chcielibyśmy poszukać nowoczesnych narzędzi do kreowania kultury organizacji lub je stworzyć, zaczynając od odpowiedzi na następujące zagadnienia: Zarządzanie czy przywództwo? Na jakim poziomie organizacji? Transformacja czy zmiana? Praca zespołowa – z kim i w jakich warunkach?

SAVE THE DATE

15-16 WRZEŚNIA 2023

• HYBRYDOWO •

Dołącz online, by poznać trendy w innowacjach opieki zdrowotnej, zaczerpnąć inspiracji od praktyków z Polski i zza granicy oraz nawiązać wartościowe kontakty.

15 WRZEŚNIA

09:00-11:00

Lekarze w systemie ochrony zdrowia
Gospodarz sesji: Artur Drobnik

11:10-12:40

Innowacje w opiece ambulatoryjnej
Gospodarz sesji: Małgorzata Kiljańska

13:30-15:05

Technologie, dane, AI
Gospodarz sesji: Katarzyna Kolasa

15:05-15:35

Dane medyczne
Gospodarz sesji: Paweł Kaźmierczyk

16:00-17:30

Wizje przyszłości
Gospodarz sesji: Tomasz Rudolf

16 WRZEŚNIA

09:00-11:00

Innowacje w szpitalach
Gospodarz sesji: Tomasz Maciejewski

11:30-13:00

Organizacja i kultura pracy w medycynie
Gospodarz sesji: Marcin Maruszewski

13:45-15:15

**Wdrażanie innowacji i zarządzanie zmianą:
klucz do przyszłości opieki zdrowotnej**
Gospodarz sesji: Artur Białoszewski

15:30-17:30

Start-upy medyczne
Gospodarz sesji: Jakub Chwiećko

Zapraszamy na stronę konferencji:

www.nilin.org.pl/nil-in-summit/



PO GODZINACH – PODRÓŻE

Miasto światła z ciemną stroną

MAŁGORZATA SOLECKA
DZIENNIKARKA

Po Lizbonie wciąż można spacerować bez tłumów. Wystarczy pójść trochę wyżej, zejść z oczywistych szlaków.

Koniecznie musicie lecieć do Lizbony. Tylko zróbcie to poza sezonem! – przekonywałam przez ponad dwadzieścia lat bliższych i dalszych znajomych. Dane mi było bowiem to, czego doświadczyć już nie sposób: smakować stolicę Portugalii kęs po kęsie, odkrywać jej unikalny czar niemal bez turystów, pod okiem kulących się z zimna (styczeniowe 18 stopni) tubylców. Dobra wiadomość: Lizbona cały czas jest piękna. Gorsza, jeśli nie zła: już nie istnieje „poza sezonem”. Ale to nie koniec świata.

Luty 2023. Kolejka pod klasztorem Hieronimitów, absolutnego (jednego z wielu) „must see” Lizbony, jest na dobrą godzinę stania, może nawet półtorej. Warto, trzeba. Kto nie widział kruzganków w stylu manuelińskim, nie zachwyił się grą światła, niewiele wie o pięknie uchwyconym ręką, a raczej dłutem, XVI-wiecznych mistrzów wznoszących pomnik chwały Portugalii, pierwszej potęgi morskiej ówczesnego świata. O tym, jak potężna była niegdyś Portugalia, świadczą sarkofagi we wnętrzu kościoła Hieronimitów (Vasco da Gama) i, może jeszcze bardziej, Muzeum Morskie, również znajdujące się w kompleksie klasztornym, choć nieco na uboczu i nie aż tak bardzo obłożone.

W Belém, które dziś jest reprezentacyjną dzielnicą Lizbony, a niegdyś znajdowało się daleko od jej granic, jest zresztą dużo więcej atrakcji. Spacerując nad Tagiem, minimy Pomnik Odkrywców. To czysty socrealizm czy też raczej Salazar-realizm, bo to pozostałość epoki słusznie w końcówce lat 70. XX wieku minionej, której jednak osiągnąć – np. metra, jednego z najlepszych w Europie – trudno odmówić. Idąc dalej na zachód, dotrzemy do wieży Belém. To spod niej wyruszali odkrywcy, spod niej ruszały karawele, by podbijać Nowy Świat, a do Starego Świata wracać z niezmierzonymi bogactwami.

Wielkie rozlewisko Tagu było jednak świadkiem wydarzeń haniebnych, do których przez wieki nie wracano. To tam pod koniec XV wieku przymusowo chrzczono „na stojąco” czekających na możliwość zaokrętownia portugalskich wyznawców judaizmu. Król Manuel I długo opierał się żądaniom hiszpańskich królów katolickich, nie chciał iść w ich ślady i wypędzać ani prześladować Żydów, wśród których

Kogo Lizbona urzekła raz, musi tam wracać – choćby co kilka lat

było wielu astronomów, matematyków, konstruktorów okrętów, bankierów i lekarzy, słowem – elita Portugalii wzmacniająca jego potęgę. Uległ, ale skutki były tragiczne: kilka lat później doszło do krwawego pogromu, który pochłonął nawet kilka tysięcy ofiar. Być może już w 2024 r. Lizbona wzbogaci się o jeszcze jedno muzeum – historii Żydów portugalskich. Dziś o tragicznych wydarzeniach przypomina niewielki pomnik stojący nieopodal kościoła Dominikanów w centrum miasta. Tak, choć Lizbona jest nazywana „miastem światła”, „światlistym miastem” (jedna z teorii mówi, że przesądza o tym odbijające się od szeroko rozlanych wód Tagu słońce, inni dodają, że nie byłoby tego efektu, gdyby nie wyłożone białą kostką ulice i place miasta), ma i swoje ciemne strony.

Wróćmy jednak do tych, które sprawiają, że kogo Lizbona urzekła raz, musi tam wracać – choćby co kilka lat. Nie warto, nie można opuścić Belém bez wizyty w Fábrica Dos Pastéis De Belém – najstarszej pastelarii, jedynej,

która może używać nazwy „pastéis de Belém” (w każdej innej słynne i przepyszne ciastka to „pastéis de nata”). Bez cienia obawy, nie zważając na kolejkę wijącą się przed cukiernią, gdzie prowadzona jest sprzedaż na wynos, wchodzimy do wnętrza, w którym czeka ponad dwieście stolików rozmieszczonych w kilku salach, wyłożonych azulejos, biało-niebieskimi kafelkami, które same w sobie są dziełem sztuki.

Uwaga! Wszędzie tam prawdopodobnie będzie tłum. Lizbona od kilku lat święci triumfy w niemal wszystkich rankingach międzynarodowych: najlepsze miasto na city break, najlepszy stosunek jakości do ceny wśród kierunków turystycznych, najlepsza stolica europejska. Dodatkowej popularności przysporzyła jej... pandemia. Portugalia, przypomnijmy, była jednym z najlepiej zaszczepionych krajów Starego Kontynentu, dobrze radziła sobie z obustrzennymi, wiele osób czuło się tam po prostu bezpiecznie. Lizbonę z jej niezbyt wysokimi kosztami życia odkryło wielu nomadów, którzy mogą pracować z każdego miejsca na ziemi – więc dlaczego nie z takiego, w którym dzień można przywitać pysznym pastéis, popijanym uma bica w gwarantowanej niemal ustawowo cenie jednego euro?

Cały czas można jednak spacerować po Lizbonie bez tłumów. Wystarczy pójść trochę wyżej (położona na siedmiu wzgórzach mimo doskonałych wind i rozbudowanej sieci komunikacji miejskiej wymaga niezłej kondycji). Zejść z oczywistych szlaków w trochę mniej oczywiste ulice. Odwiedzić muzea mniej oczywiste, co nie znaczy – mniej warte uwagi.

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



fot.: Grażyna Saniuk

◀ *Oferta gastronomiczna Lizbony jest oszalamiająco bogata. Nie trzeba wydawać kroci, by zapewnić sobie doznania kulinarne wysokich lotów, wystarczy spróbować pieczonych kasztanów z jeżdżących po ulicach wózków*

▶ *Tramwaj 28 rozpala wyobraźnię turystów, z których każdy stawia sobie za cel odbyć choćby jedną przejażdżkę za bytkowym wagonikiem*



fot.: Grażyna Saniuk



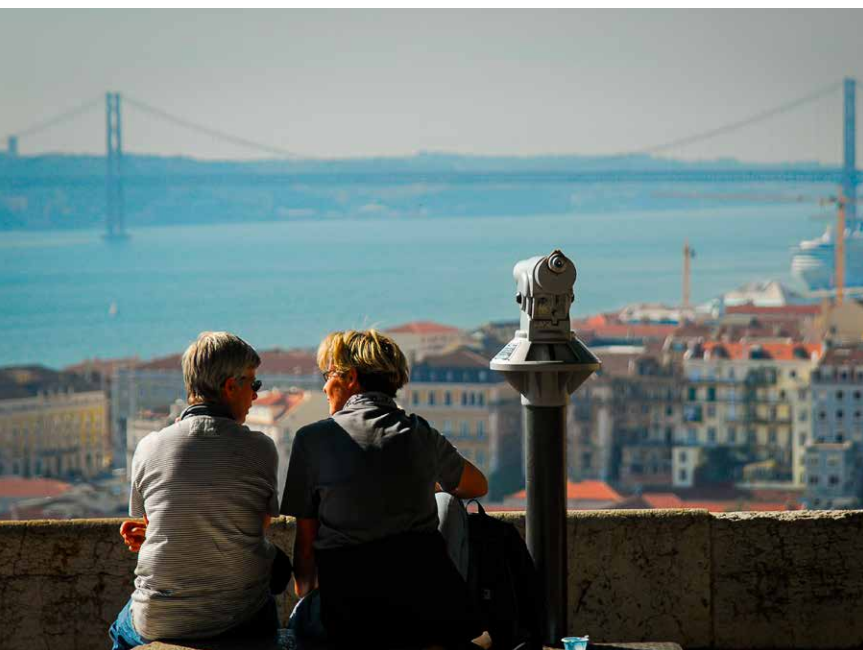
fot.: Grażyna Saniuk

◀ *Platanina wąskich uliczek, przejść i zaułków, w których łatwo się zgubić. Na tym właśnie polega urok Alfamy*



◀ Lizbona zachęca nie tylko do spacerów i podziwiania architektury, ale też do smakowania lokalnych specjalów, najlepiej w małych lokalach

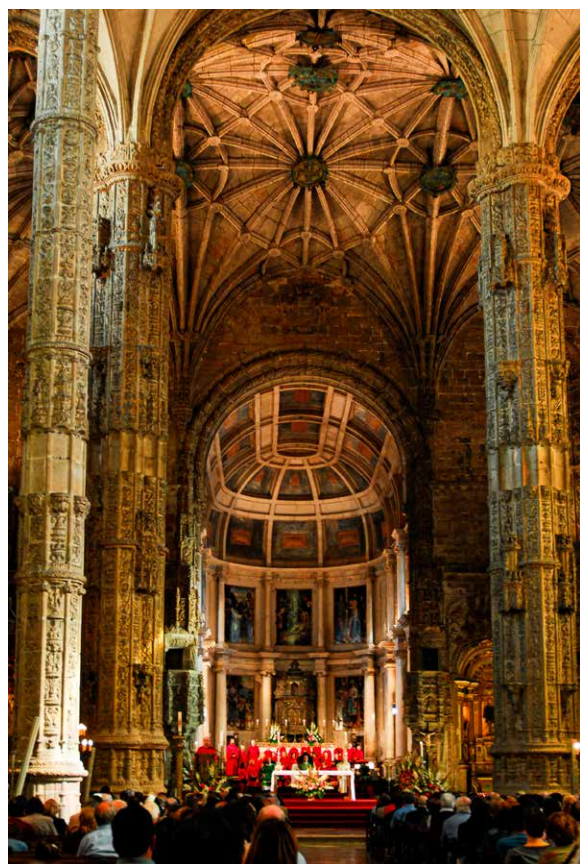
fot.: Grażyna Saniuk



fot.: Grażyna Saniuk

▲ Zamek św. Jerzego to nie tylko ważny zabytek Lizbony, ale również idealny punkt widokowy – z murów można podziwiać panoramę całego miasta

► Klasztor Hieronimitów wraz z kościołem wchodzącym w skład kompleksu to klejnoty dzielnicy Belem



fot.: Grażyna Saniuk

PO GODZINACH – KULTURA

PhotoArtMedica 2023

Zapraszamy serdecznie do udziału w XI Międzynarodowym Salonie Fotografii Artystycznej Lekarzy PhotoArtMedica 2023, organizowanym przez OIL w Częstochowie. Na zgłoszenia czekamy do 16 września br.

Tematem wiodącym tegorocznej edycji jest portret. Niewątpliwie jest to ta dziedzina fotografii, która wymaga wyjątkowego zaangażowania. Zaangażowania obu stron – fotografa i osoby fotografowanej – wedle słów Edwarda Steichena „Portret nie powstaje w aparacie, ale po obu jego stronach”. Jednocześnie fotografia portretowa nie ma ograniczeń. Portrety mogą być spontaniczne i pozowane, studyjne i plenerowe, może to być nawet selfie. A może najlepszą receptą na dobry portret są słowa Annie Leibovitz: „To, co możesz zobaczyć w moich portretach, to że nie bałam się zakochać w tych osobach”.

Tradycyjnie pozostałymi kategoriami są temat wolny z dowolnością tematyki i technik fotografowania oraz fotografia medyczna z dowolnością interpretacji relacji lekarz-pacjent, dnia codziennego ośrodków medycznych czy niezwykłych ujęć technik obrazowania medycznego.

Zapraszamy Was serdecznie do podzielenia się Waszymi inspiracjami.

Informacje i zgłoszenia:
www.photoartmedica.pl



XI Międzynarodowy Salon Fotografii Artystycznej Lekarzy
PhotoArtMedica
Tematyka:
**PORTRET
TEMAT WOLNY
FOTOGRAFIA MEDYCZNA**
Nadsyłanie prac do
16 września 2023 r.

Logos and social media links:
www.PhotoArtMedica.com
www.PhotoArtMedica.pl
www.instagram.com/PhotoArtMedica
www.facebook.com/PhotoArtMedica

PO GODZINACH – PHOTOARTMEDICA

www.photoartmedica.pl

► „Happiness in Bogota”,
Anna Bolechowska-Karoń
(specjalistka diabetologii
i chorób wewnętrznych, Gliwice)
Uczestniczka Salonu PhotoArtMedica 2022

PO GODZINACH – BŁĄD MALARSKI

Po czasie

Salvadora Dalego przedstawiać nie trzeba. To jedna z postaci sztuki XX wieku, która oprócz talentu miała również pociąg do pieniędzy i sławy, a do tego wyjątkową osobowość: poczynawszy od legendarnego odbicia żony sławnemu poecie, poprzez skrupulatne malowanie płonących żyraf, a na podwiniętym wąsie skończywszy. Dali zadziwiał energią. A co robił, gdy się zmęczył?



Salvador Dali, „Ogród godzin”, 1981, Fundacja Gala-Salvador Dali, Figueres

Wydaje się, że zmęczenie przyszło do Dalego gdzieś w okolicach późnej siedemdziesiątki. W tym czasie zdiagnozowano u niego chorobę Parkinsona. Lubię patrzeć na jego obrazy z tego okresu, już po wybuchach młodości, już po jego „najlepszym czasie”.

Z tego „czasu po czasie” pochodzi „Ogród godzin”. Obraz wygląda dość szkicowo: niemalże impresjonistyczne pociągnięcia pędzla składają się na monochromatyczną kompozycję. Posągi, twarze, cyprysy i zegary: niby jest tu cały orszak surrealistycznego języka mistrza, a jednak brakuje czelności. To Dali zwyczajnie zmęczony, bez charakterystycznego dla siebie wigoru czy nawet koloru.

Czy ta zmiana stylu to świadoma decyzja artystyczna, czy raczej wynik postępującej choroby? Według naukowców z uniwersytetu w Liverpoolu przesłanie

AGATA MORKA
DOKTOR HISTORII SZTUKI



plócen Dalego pozwala na dostrzeżenie pewnych zmian stylowych, które wskazywać by mogły na symptomy rozwijającego się parkinsonizmu znacznie wcześniej, niż Dali otrzymał ostateczną diagnozę. Dali, znany z malarskiego kunsztu i precyzji, stopniowo skłania się w swoich obrazach ku prostszym formom: mniej w nich detalu, mniej finezji,

zmieniają się układy kompozycyjne i sposób operowania pędzlem.

„Ogród godzin” to ogród dojrzały, być może szykujący się już powoli do zaśnięcia. W związku z pogłębiającym się drżeniem ręki Dali przestał malować dwa lata po tym, gdy powstał ten dziwnie smutny obraz. Na mistrza przyszedł czas.

Rozwiązanie zagadki z „GL” 07-08/2023

Szczegóły różniące obrazy:

1. Zamknięcie uśmiechniętych ust chłopca.
Ribera uchwycił chłopca z dość nieczęsto spotykanym w portretach tego czasu pełnym uśmiechem, ukazującym zęby.
2. Zabrudzenie dłoni chłopca.
Zabieg wzięty z „Bachusa” Caravaggia byłby być może zbyt daleko posuniętym cytatem z twórczości malarza, którego Ribera podziwiał.
3. Odjęcie górnej części laski, tak jakby portretowany niósł patyk. Wydaje się, że portretowany niesie ze sobą pewnego rodzaju laskę, która być może pomagała mu chodzić.
4. Dodanie kawałków skał na pierwszym planie.
Tuf wulkaniczny był jednym z najbardziej popularnych materiałów budowlanych w Neapolu w czasach Ribery. Jego obecność na opłotkach miasta nie byłaby więc nieuzasadniona.



Giuseppe de Ribera, „Chłopiec ze stopą końsko-szpotałą”, 1642, Luwr

Dla jednej z osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi

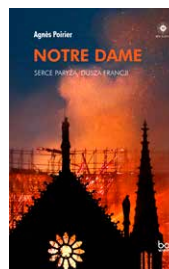
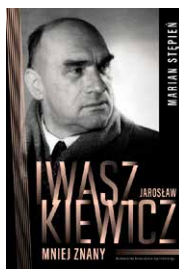
★★★★
HOTEL PREZYDENT
MEDICAL SPA & WELLNESS
HOTEL PRZYJAZNY DOROSŁYM

 WYDAWNICTWO
UNIwersYTETU
JAGIELLOŃSKIEGO
www.wuj.pl

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

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

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



NAGRODZENI „GL” 07-08/2023

Voucher do Hotelu Prezydent **** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje Magda Szyca z Otwocka. Gratulujemy!

Nagrody dodatkowe: Izabela Sączuk ze Szczepieszyna, Paweł Majchrzak z Nowego Sącza, Michał Płachta z Poznania.

WSKAŹ ORYGINAŁ I ZNAJDŹ CZTERY SZCZEGÓŁY RÓŻNIĄCE OBRAZY.

Odpowiedź prześlij na bladmalarski@gazetalekarska.pl do 15 września 2023 r.

W temacie maila należy wpisać GL09 oraz podać dane do kontaktu (imię i nazwisko, adres, telefon). Jedna osoba może przesłać jedną odpowiedź.

KLAUZULA INFORMACYJNA

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

EPIKRYZA (130)

Sen nocy letniej

Festiwal Szekspirowski to stały punkt teatralnego lata. Tegorocznej, 27. edycji polskiego konkursu i międzynarodowego przeglądu towarzyszył cytat z „Króla Leara”, że cudowna jest głupota tego świata. Prowokację organizatorów odkryły unoszące się kurtyny, za którymi scena za sceną podejmowano trudne tematy społeczne. Część z nich wymaga lekarskich konsultacji, ale czy jesteśmy na to gotowi en bloc?

JAROSŁAW WANECKI
PEDIATRA, FELIETONISTA



Wracając z Gdańska, wysłuchałem kolejnego odcinka reportażu o podziemiu lekarskim i skrótu informacji o udziale medyków w zatrzymaniu pacjentki z Krakowa. W gabinecie nie ma dnia, żebym nie słyszał złych słów o pracy szpitali i poradni, o kolejkach i wielkim kole fortuny biznesów prywatnych z profesorskimi gwiazdami na pierwszym planie. W „Zeszytach Historycznym” wydanym dwa lata temu z okazji stulecia samorządu lekarskiego podjęliśmy próbę wewnętrznej dyskusji o plagach, które niszczą hipokratesową misję. Ukazało się wówczas kilka bardziej śmiałych tekstów, z założenia pisanych pod prąd, ale nadal z dużą dawką ostrożności. Tymczasem społeczeństwo ocenia polską ochronę zdrowia coraz gorzej, co chętnie wykorzystują politycy, zrzucając z siebie brzemień wszelkiej odpowiedzialności za zły stan rzeczy.

Jednym ze spektakli, które obejrzałem podczas gdańskiego festiwalu, był „Sen nocy letniej”, wystawiony przez Teatr Współczesny ze Szczecina. Komedie zalicza się do najpopularniejszych dzieł Szekspira. Główny wątek to historie: Hermii i jej narzeczonego Lizandera, Demetriusza i zakochanej w nim Heleny oraz pokłóconych o indyjskiego chłopca Oberona i Tytanii. Ojciec Hermii nie zgadza się na jej małżeństwo. Zrozpaczeni kochankowie uciekają do Lasu Ateńskiego. W ślad za nimi podążają Demetriusz i Helena. W historię miesza się leśne duchy. Sok z ziół wprowadza bohaterów w senny trans. Puk. Puk. Nagle przesilenie i zawstydzone nocnymi fantazjami pary budzą się po erotycznych przygodach podświadomości. Od 1842 r. finał wieńczy dedykowane dzieło Feliksa Mendelssohna-Bartholdy’ego – uwertura koncertowa, znana każdemu jako marsz weselny.

Wracając z Gdańska, przywołałem z pamięci inne realizacje szekspirowskich snów. Jerzy Grzegorzewski na początku

wieku stworzył w Teatrze Narodowym klasyczną premierę w doborowej obsadzie. Wiało nudą. Na przeciwnym brzegu postawiłbym widowisko Izadory Weiss. Zespół Bałtyckiego

Konserwyzm postaw to także ucieczka od odpowiedzialności za słowa, które zamiast leczyć, zbyt często oceniają, obrażają i... odmawiają pomocy

Teatru Tańca z muzyką Gorana Bregovicia z niesłychaną lekkością oddał narkotyczny, a może wręcz psychodeliczny, rytm dzieła. Baśniowa produkcja BBC z tłumaczeniem Macieja Słomczyńskiego najlepiej nadaje się do rozszyfrowania zakręconej intrygi.

Szczeciński spektakl z oryginałem sztuki nie miał wiele wspólnego, poza tytułem i kilkoma scenami. W zamian odważnie i z reporterską precyzją podjął temat asystentury seksualnej osób z niepełnosprawnościami. Nowy „Sen nocy letniej” to teatralny manifest obłożnie chorych i ich rodzin, którzy coraz głośniej walczą o prawo (specjalnie użyję tutaj eufemizmu)... do niepielegnacyjnego dotyku.

„W mózgach kochanków / i szaleńców kipi

Nadmiar fantazji, tworzącej / złudzenia w tempie, za którym / nie nadąży rozum”.

Wracając z Gdańska, pomyślałem ze smutkiem i – mam nadzieję – na wyrost, że od wielu lat środowisko lekarskie nie nadąża za tempem publicznej debaty i społecznymi potrzebami pacjentów. Z trudem pochylamy się nad wyzwaniem epoki i doniesieniami mediów, a nowe trendy z dużą lekkością etykietujemy: modą, głupotą, Brukselą, Dzikim Zachodem, lewactwem i dewiacją. Dla równowagi najchętniej zajmujemy się sobą, żeby było miło, bezpiecznie i na bogato. Konserwyzm postaw to przecież nie tylko wygoda klauzuli sumienia, ale także ucieczka od odpowiedzialności za słowa, które zamiast leczyć, zbyt często oceniają, obrażają i... odmawiają pomocy.

W 1623 r. ukazało się Pierwsze Folio, zbiór trzydziestu sześciu tragedii, komedii i kronik Szekspira. Cztery lata później, dzięki doskonałym translacjom i zdolnym artystom sztuki stradfordczyka wciąż stają się wyjściem do odwiecznej dyskusji o cudowności, różnorodności i chorobach świata. Może jeszcze nie jest za późno, byśmy włączyli się do tej rozmowy. A wówczas spełnią się prometejskie sny o ludzkiej godności.

PO GODZINACH — PROZA

Bardzo krótka historia o synku

(wybrany fragment)

MAGDALENA GRZESIAK



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

Lekarz psychiatra, doktor nauk medycznych. Przez ponad 24 lata nauczyciel akademicki, adiunkt na Uniwersytecie Medycznym we Wrocławiu. W tym czasie publikowała prace związane ze swoimi zainteresowaniami naukowymi, a dla przyjemności pisała prozę „do szuflady”. Jedno z opowiadań znalazło się w książce jubileuszowej dedykowanej profesorowi Stanisławowi Beresiewi pt.: „Rozmówca” (Wydawnictwo Czarne, Wołowiec 2020). Zachęcona przez przyjaciół przygotowała zbiór opowiadań z nadzieją, że spotka wydawcę, którego zainteresuje.

Uwielbia podróże. Od lat jest zakochana w Jerozolimie, gabońskiej dżungli, Mekongu oraz Górach Sowich.

Siąsiadom z parteru w poniedziałek urodził się wnuk. Pierwszy, długo wyczekiwany. Moja siostra urodziła córkę w środę, a dwa lata później, też w środę, urodziła syna. Bliźnięta mojej przyjaciółki przyszły na świat w poniedziałek, chłopiec i dziewczynka. Córka mojego byłego narzeczonego urodziła się w niedzielę.

Mój syn nie urodził się ani w poniedziałek, ani we wtorek, ani w niedzielę, ani w żaden inny dzień tygodnia. Mój syn opuścił mnie w mglisty dzień listopadowy. Zostawił mnie, zanim się urodził.

Wieczorem zapłakał, a następnego dnia przed południem już go nie było.

Mój syn, który się nie urodził, miał miodowe oczy. Patrzył przeze mnie z zaciekawieniem na świat, na mnie patrzył z troską. Był maleńki, ale niczego się nie bał. Ja bałam się wszystkiego, może za nas oboje. Miał strachliwą matkę, musiał wciąż mnie pocieszać:

– Nie bój się, jestem z tobą. Zawsze będę z tobą, nigdy nie będziesz sama. Poradzisz sobie.

Śmiał się cichutko, jak mały dzwoneczek, gdy mówiłam o moich lękach, obawach. Ciągłe powtarzałam to samo:

– Boję się, że się urodzisz chory.

– Boję się, że zachorujesz na raka i umrzesz.

– Boję się, że wychowam cię na Hitlera, synku.

– Boję się, że będziesz nieszczęśliwy i pewnego dnia skoczysz z mostu.

– Boję się, że zostaniesz narkomanem.

– Boję się, że przejedzie cię pijany kierowca.

– Boję się, że będzie wojna, zabiorą cię, synku, do armii i zabiją.

– Boję się, że będziesz żałować, że przyszedłeś na świat.

– Boję się, że będę złą matką.

– Boję się, że któregoś dnia mnie znienawidzisz. Całym sercem.

Wymieniałam moje obawy i strachy, a on tylko powtarzał:

– Nie bój się, obronię cię, a ty obronisz mnie.

Kiedy się uspokajałam, zasypiał. Spał niewiele.

W listopadzie wszystko się zmieniło. Przestał się śmiać jak dzwoneczek. W ogóle przestał się śmiać. Już mnie nie pocieszał. Wołał do mnie zupełnie obcym głosem:

– To, co mówiłem, to nieprawda. Nigdy sobie nie poradzisz. Jesteś zbyt słaba, aby być matką. Jesteś zbyt bojaźliwa. Nie mogę ci pomóc. Jesteś

sama i będziesz sama, musisz się z tym pogodzić.

Po kilku dniach zaczął płakać. Najpierw usłyszałam, jak pociąga nosem, poczułam wilgoć w jego miodowych oczach, potem na jego policzkach. Łzy wypływały z jego oczu i ze mnie, kropla za kroplą. Krople zamieniły się w mały strumyczek, a następnego ranka w rwącą rzekę. Rzeka łez go poniosła i wyrwała ze mnie. Kiedy nastało południe, już nie było mojego synka. Zniknął, rozpułnął się. Nie zamienił się w aniołka ze skrzydłami. Zniknął ze swoimi miodowymi oczami i dzwoneczkowym śmiechem.

Wiosną wrócił jako maleńka bezbarwna kulka z dwiema miodowymi plamkami. Siedział na modrzewiu, w ogrodzie. Najpierw usłyszałam dzwoneczek. Śmiał się i radośnie wołał:

– Matko, niespodzianka, wróciłem cię odwiedzić.

Już nie wspominałam o swoich lękach, obawach, strachach. Pytałam, pytałam, zadawałam setki pytań, a on tylko się śmiał i nie odpowiadał. Mówił:

– To tajemnica matko. Przyjdzie pora i ty też ją poznasz, ale jeszcze nie teraz, nie w tym życiu, nie na tym świecie.

Niekiedy zaplątywał się w zielone miękkie igły modrzewia i musiałam go z nich wyplątywać. Czasami przylatywała sroka i złośliwie szturchała go dziobem. Rzucalam wtedy błyszczące kamyczki, aby odwrócić jej uwagę, aby zajęła się czymś innym. Często zlatywały się wróble, siadały obok na modrzewiu, nic sobie nie robiąc z jego obecności. Gdy było gorąco, dmuchał im w pióra.

Tak było przez całą wiosnę i lato. Pojawiał się nie wiadomo skąd, siedział na modrzewiu przez kilka minut, czasami godzinę lub dwie i zniknął. Nie wiadomo gdzie. (...) •

Przychodzi
wena
do lekarza

Ogólnopolski Konkurs Literacki
im. Prof. Andrzeja Szczeklika



PO GODZINACH - KULTURA

Srebrne Remedium

JAROSŁAW WANECKI

Chór Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie powstał w 1998 r. W ciągu 25 lat pod batutą profesora Ryszarda Handkego zespół zaśpiewał setki utworów a cappella, sakralnych i świeckich, od renesansu aż po czasy współczesne. Zachodniopomorscy chórzyści uczestniczyli również w wykonaniu dużych form muzycznych, od Requiem Mozarta

zaczynając, na IX symfonii Beethovena kończąc.

Podczas jubileuszowego koncertu w Filharmonii Szczecińskiej Remedium zaprezentowało przekrój swoich umiejętności. Cwierćwiecze wspomniano z nostalgią i śmiechem. Ukoronowaniem urodzin chóru będzie wykonanie finałowej piosenki podczas Kongresu Kultury i Historii Lekarskiej w Opolu.



PO GODZINACH – CZYTELNIĄ

Zapach i smak

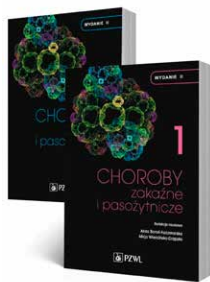
PROF. ANDRZEJ KIERZEK

Spod prasy drukarskiej wyszło ciekawe, długo oczekiwane przez otorynolaryngologów dzieło „Zarys klinicznej olfaktologii i gustologii”. Monografia pod redakcją prof. Andrzeja Obrębskiego jest niewielka objętościowo, ale niezwykle różnorodna treściowo i potrzebna.

Książka prezentuje najnowsze dokonania z dziedziny nauki o powonieniu i smaku, zmysłów odgrywających ważną rolę w biologicznej ochronie życia, nazywanych zmysłami chemicznymi ze względu na mechanizm pobudzania receptorów. Najnowsze badania nad fizjologią układu limbicznego spowodowały wzrost zainteresowania tymi dwoma zmysłami, które podobnie jak wrażenia dotykowe, wzrokowe i słuchowe znacznie wpływają na psychikę człowieka.

Szczególnie zaciekały mnie zagadnienia dotyczące molekularnego mechanizmu percepcji węchowej i smakowej, rejestracji węchowych potencjałów wywołanych i ich konfrontacji z wynikami olfaktometrii podmuchowej met. Elsberga-Levy’ego w modyfikacji Pruszevicza, a także zaburzenia węchu i smaku w zaburzeniach metabolicznych oraz orzecznictwo lekarskie w zaburzeniach węchu i smaku.

Bogata bibliografia umieszczona na końcu każdego rozdziału zwiększa czytelność książki oraz ułatwia dostęp do odpowiedniej pozycji piśmienniczej.



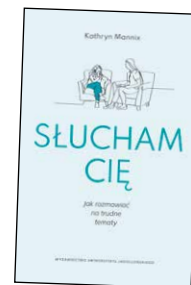
Choroby zakaźne i pasożytnicze (t. 1 i 2)
Redakcja naukowa: Anna Boroń-Kaczmarek,
Alicja Wiercińska-Drapała

Dwutomowa publikacja o aktualnych problemach dotyczących chorób zakaźnych i pasożytniczych. W tomie pierwszym znajdziemy m.in. najważniejsze zagadnienia związane z epidemiologią chorób zakaźnych, szczepieniami, terapią przeciwwirusową, chemioterapeutykami, zasadami racjonalnej antybiotykoterapii, a także diagnostyką i sposobami leczenia chorób pasożytniczych. Zaprezentowano w nim także choroby infekcyjne układów: nerwowego, krążenia, pokarmowego i moczowo-płciowego. W tomie drugim znalazły się m.in. opisy infekcyjnych chorób: skóry i tkanki podskórnej, kości i stawów, ogólnoustrojowych, wektorowych, a nawet rozdział poświęcony broni biologicznej.

Słucham cię. Jak rozmawiać na trudne tematy
Kathryn Mannix

Podczas swojego życia odbywamy mnóstwo rozmów o codzienności, sprawach zwyczajnych, śmiejemy się lub po prostu komunikujemy.

Zdarzają się jednak również takie momenty, gdy dialog staje się trudniejszy, a na samą myśl o rozpoczęciu konwersacji najchętniej wycofalibyśmy się rakiem. Dzieje się tak na przykład, gdy trzeba wyjawiać bolesną prawdę, opowiedzieć o przykrym zdarzeniu albo wesprzeć kogoś po stracie. Jak rozmawiać w takich sytuacjach? Co powiedzieć, by realnie pomóc, a nie dodatkowo zranić? W prezentowanym poradniku znajdziemy konkretne wskazówki o prowadzeniu dobrej rozmowy – wrażliwej, budującej bliskość i dającej zrozumienie.



PO GODZINACH – SPORT

Zjazdy koleżeńskie

**ABSOLWENCI WYDZIAŁU
LEKARSKIEGO AKADEMII
MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU
ROCZNIK 1979**

Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 45-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 7-9 czerwca 2024 r. w Polanicy-Zdroju.

Program zjazdu wraz z wysokością opłat dostępny na stronie www.dilnet.wroc.pl w zakładce społeczność. Bliższych informacji udziela Patrycja Malec, tel. 501-217-204, e-mail patka.malec@wp.pl

**ABSOLWENCI WYDZIAŁU
LEKARSKIEGO CMUJ
W KRAKOWIE ROCZNIK 1984**

Zapraszamy na kolejne spotkanie koleżeńskie 7 października (sobota) w Brzesku, pałac Goetz. W programie między innymi bankiet w atrakcyjnym pałacu Goetzów. Andrzej Fugiel, tel. i WhatsApp +48 604 299 111 lub fugiel@mp.pl

**ABSOLWENCI WYDZIAŁU
LEKARSKIEGO AM
W BIAŁYMSTOKU Z ROKU 1988
ORAZ STUDIUJĄCY W LATACH
1982-1988**

30 września 2023 r. w hotelu Branicki w Białymstoku odbędzie się spotkanie koleżeńskie z okazji XXXV-lecia ukończenia studiów. Informacje szczegółowe Małgorzata M. Topolska, tel. 604 508 245 (po 18.00); mmtopolska@tlen.pl.

Zgłoszenia udziału w uroczystej kolacji oraz rezerwacja noclegów: marketing@hotelbranicki.com

Cena uroczystej kolacji: 250 zł.
Wpłaty na konto:
45 2490 0005 0000 4530 2968 1951
z dopiskiem XXXV-lecie AMB.

**ZJAZD ABSOLWENTÓW
AKADEMII MEDYCZNEJ
W KRAKOWIE WYDZIAŁ
LEKARSKI ROCZNIK 1988**

Kraków 11 listopada 2023. Zgłoszenia do 14 października 2023. Rejestracja i opłaty za pośrednictwem poniższego linku: <https://www.symposium.pl/uj> •

Sukces na mistrzostwach świata

MATEUSZ CZAJKOWSKI



Fot.: Karol Wierzbka

Już po raz 27. zostały rozegrane Mistrzostwa Świata Lekarzy w Piłce Nożnej (WMFC – World Medical Football Championship). Tym razem areną zmagania był słoneczny Wiedeń. Przez siedem dni (1-8 lipca 2023 r.) lekarze z 23 krajów rywalizowali o tytuł mistrza świata.

W fazie grupowej turnieju nasi medycy pewnie pokonywali kolejnych rywali: Koreę Południową 5:1; Austrię 2:1 oraz Puerto Rico 8:0. Po awansie do ćwierćfinału reprezentacja Polski lekarzy spotkała się z reprezentacją Niemiec, którą pokonała 1:0.

Półfinałowy mecz rozpoczął się od mocnego uderzenia lekarzy z Wielkiej Brytanii, którzy już po 5 minutach prowadzili 1:0. Wyrównujący gol w końcówce spotkania doprowadził do rzutów karnych, w których pomimo prowadzenia Polaków 3:1 ostatecznie zakończył się przegraną 4:5. W ostatnim meczu turnieju o 3. miejsce, który został rozegrany w samo południe, reprezentacja Polski lekarzy okazała się lepsza od Hiszpanów, wygrywając 2:1. Zdobycie brązowego medalu podczas debiutanckiego występu w „lekarskim mundialu” jest dużym sukcesem. •

Piękne bramki i efektowne akcje

Kolejne już Mistrzostwa Polski Lekarzy w Piłce Nożnej sześciuosobowej za nami. Przy pięknej pogodzie udało się od 2 do 3 czerwca br. rozegrać aż 46 meczów.

W kategorii „senior” – zawodnicy urodzeni przed 1978 r. – mistrzostwo Polski wywalczyli koledzy z Krakowa, drugie miejsce zajęli piłkarze z Torunia, a trzecie przypadło drużynie Lublin-Częstochowa. O kolejności na podium decydowała liczba strzelonych bramek.

W kategorii „junior”, czyli grupie lekarzy, którzy nie przekroczyli 45. r.ż., mistrzostwo Polski wywalczyli piłkarze

z drużyny Medyk Zabrze, którzy w wielkim finale pokonali Klub PPMK. Trzecie miejsce i brązowy medal przypadł drużynie STL z Łodzi. •

Przemysław Klimas, Piotr Janik



Fot.: Rita Idziak

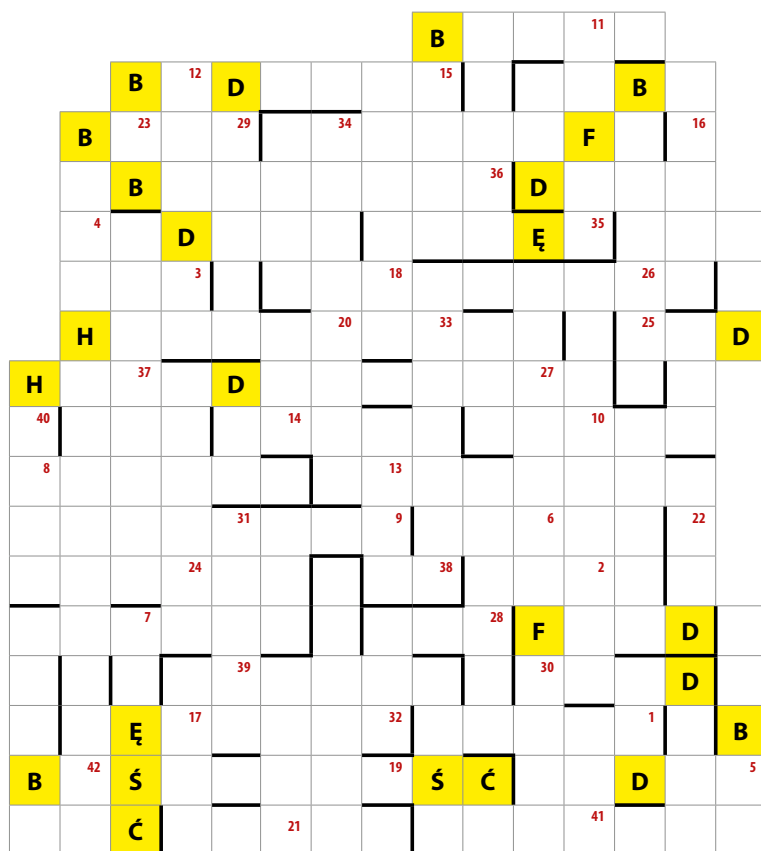
Ogłoszenia

Ogłoszenia

JOLKA LEKARSKA 287



Wydawnictwo Lekarskie PZWL
to specjaliści, wiedza i zaangażowanie.
Z kodem PZWL19 wszystkie książki drukowane
zamówione na www.pzwl.pl 19 proc. taniej!



Objaśnienia 77 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: B, C, D, E, F, H i I. Na ponumerowanych polach ukryto 42 litery hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to myśl Thomasa Fullera. Hasło należy przelać na kartce pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres: jolka@gazetalekarska.pl do 15 września 2023 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań wylosujemy laureatów, którzy otrzymają nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).

* hemolizyna gronkowcowa * szewc smokobójca * Palmyra * ołowica * święteczna kasza śląska * związki amin i kwasu karboksylowego * przedrostek dotyczący ropy (łac.) * mąż Semiramidy * białe wino z Azerbejdżanu * zacięta dłoń * śląskie sało * psia ruta * neuryt * współbrzmienie równie wysokich dźwięków * szuka żony w TV * odbył (łac.) * wyspa przy San Francisco se słynnym więzieniem * roczniki * między kadmą a cyną * oznaka godności i władzy * rumuński złoty * układ prekursorów i dekarboksylacji amin * uporczywie dokuczanie * oszklone w ścianach * kwas rybonukleinowy * nordycka bogini dobra, piękna i wiosny * legendarność * nauka o leczeniu (łac.) * niedogotowany może wywoływać fawizm * maksymalny ładunek dźwięku * elektronystagmografia * zmierza do oazy * gra w karty lub małe ciastko * zwoj chromosomu (ang.) * dawne więzienie * substantia * warszawski producent farmaceutyków * 1. król nowożytnego Egiptu * mniemany Bogusławski-go * stwardnienie kości (łac.) * Bruce, karate mistrz * sprzęt rehabilitacyjny podobny do rowerka stacjonarnego * exploratio * jezioro i prawy dopływ Narwi * doby * kwas gammaaminomasłowy * Irlandzka Armia Republikańska * zwrot przez rufę

* skóra (łac.) * spór, kłótnia * grzywiasta z podrodziny bawolów * lecznicze grzyby chińskie * dogoniły Chiny liczbą ludności * ukraiński lub z uszkami * scyntygrafia receptorów somatostatynowych * alert * arabski duch lub alkohol * enzym konwertazy angiotensyny * statek bojowy * wielka wyżyna na wys. 4-5 tys. km * wirus zapalenia wątroby typu B * zółw lub wąż * benzyna lub diesel * powyżej kolan * syn Noego, przodek rasy białej * koc na koniu * Naczelny Lekarski * region z Rzymem * przedstawiciel, szpieg * cierpienia fizyczne * imię Sabalenki, gwiazdy tenisa * knut, nahaj * fagocytoza uszkodzonego neuronu * bestseller Toruńskiej * gliniany garnuszek w kształcie gruszki w dawnym laboratorium * port stanu Guerrero * szare, piwne lub niebieskie

Jerzy Badowski

Rozwiązanie jolki lekarskiej nr 285 („GL” nr 06/2023)
Szczery do bólu – masochista czy sadysta.

Nagrody otrzymują:

Stefan Niemyski (Olkusz), Marjan Latos (Tąpkowice), Beata Trzeźniowska-Drukała (Szczecin), Dominika Duszyńska (Białe Blota), Ryszard Maciejewski (Pszczew). Fundatorem nagród jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL, www.pzwl.pl. Nagrody prześlemy pocztą.

Klauzula informacyjna na str.71/ Regulamin konkursu dostępny na www.gazetalekarska.pl

WYDAWCA



Naczelna
Rada
Lekarska

Gazeta Lekarska dla członków
izb lekarskich bezpłatna

Nakład: 181 530 egz.

Kolegium redakcyjne

Jacek Bujko, Paweł Doczekalski,
Karolina Kowalska, Klaudiusz Komor,
Maria Kłosińska, Ryszard Golański,
Dariusz Samborski, Mikołaj Sinica,
Anna Wojda, Mariusz Tomczak

Redakcja

ul. Jana III Sobieskiego 110,
00-764 Warszawa
tel.: (22) 558 80 40,
redakcja@gazetalekarska.pl

Karolina Kowalska

(redaktor naczelna)
karolina.kowalska@nil.org.pl

Anna Wojda

(sekretarz redakcji)
anna.wojda@nil.org.pl

Lidia Sulikowska

(dziennikarz)
tel.: 698 633 755
l.sulikowska@gazetalekarska.pl

Mariusz Tomczak

(redaktor portalu internetowego)
tel. (22) 558 80 40
m.tomczak@gazetalekarska.pl
www.gazetalekarska.pl

Reklama i marketing

Elżbieta Tarczyńska
tel: 606 699 830
e.tarczyńska@gazetalekarska.pl

Ogłoszenia

Sebastian Knysak
tel.: 698 297 739
ogloszenia@gazetalekarska.pl

Projekt okładki

Michał Trusz

Projekt:

Michał Trusz

Skład:

Montownia/Teresa Urawska

Druk

Eurodruk-Poznań Sp. z o.o.

W celu zmiany adresu wysyłki „Gazeta Lekarskiej” prosimy kontaktować się z właściwą okręgową izbą lekarską.

Materiałów niezamówionych redakcja nie zwraca i zastrzega sobie prawo do skrótów, 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).



