

GAZETA

LEKARSKA

PISMO IZB
LEKARSKICH

PREHABILITACJA

ZANIM ZACZNIE SIĘ LECZENIE

- JAK PRZYGOTOWAĆ CHOREGO DO OPERACJI
- CO MOGĄ ZYSKAĆ PACJENCI
- CZTERY FILARY: DIETA, RUCH, PSYCHIKA I WALKA Z NAŁOGAMI

PAKIET NAPRAWCZY
240 ZŁ ZA GODZINĘ,
DWA ETATY
I ZMIENIONE ZASADY
KONTRAKTÓW

TECHNOLOGIE
NOWE OBOWIĄZKI
PRZY STOSOWANIU
AI W MEDYCYNIE

ONKOLOGIA
LEK, KTÓRY PODWAJA
CZAS PRZEŻYCIA
CHORYCH NA RAKA
TRZUSTKI

BEZPIECZEŃSTWO
TANIE ZAKUPY
Z CHIN. PRODUKTY,
KTÓRE MOGĄ
SZKODZIĆ ZDROWIU

Czeka nas praca u podstaw

ŁUKASZ JANKOWSKI
PREZES NACZELNEJ RADY
LEKARSKIEJ



Wszyscy jesteście poruszeni największą od lat nagonką na nasze środowisko. Po ludzku obawiamy się też tego, do czego może ona doprowadzić. Skala agresji, hejtu, bezzasadnych zarzutów i manipulacji jest ogromna. Bardzo dziękuję wszystkim Państwu za to, że jako środowisko nie poddajemy się tej nagonce. Ze każdego dnia leczymy pacjentów, że w rozmowach z nimi i ich rodzinami tłumaczymy skalę przekłamań i rzeczywiste bolączki systemu ochrony zdrowia. Ze „robimy swoje”.

Nagonka na nasze środowisko i na konkretnych lekarzy jest nie tylko oburzająca, ale po prostu nieetyczna. Oczywiście jest, że jeśli w Polsce jest np. 700 lekarzy zarabiających powyżej miliona złotych rocznie (wciąż czekamy na aktualne dane AOTMiT), to działające w złej wierze media są w stanie każdego dnia, wyciągając przykłady tylko dwóch takich lekarzy, epatować opinię publiczną przez okrągły rok „milionowymi zarobkami środowiska lekarskiego”.

Czy to zaplanowana strategia, czy pogoń za sensacją? Czy opinia publiczna widzi jeszcze wartość w merytorycznej rozmowie o zarobkach w ochronie zdrowia, czy celem jest inżynieria społeczna i nastawianie chorych przeciwko nam?

Protestuję przeciwko podawaniu w mediach imion i nazwisk konkretnych lekarzy, niebędących osobami publicznymi, którym zarzuca się, ba, od razu feruje wyroki odnośnie popełnienia błędów w sztuce lekarskiej, nieetycznych zachowań czy zaniedbań. Skandalem jest, że lekarz, który zostaje nagrany bez swojej wiedzy i zgody, a którego jedyną dotychczas udowodnioną przewiną jest fakt, iż... dał się nagrać, czyta w ogólnopolskich mediach stenogramy z tych nagrań z podanym do publicznej wiadomości swoim imieniem i nazwiskiem. Jednocześnie poseł dzisiejszej opozycji parlamentarnej bez żadnego postępowania dowodowego

i bez postawienia jakichkolwiek zarzutów wymusza wręcz zwolnienie doktora z pracy. Uważam za poważne nadużycie to, że jeden ze szpitali na pytanie o zarobki lekarzy odpowiada, przekazując listę, w której zarobkom przypisane są inicjały lekarzy umożliwiające ich identyfikację, a sama lista zostaje przedstawiona publicznie. Odrażające jest zachowanie polityków niższego szczebla pokazujących liczby mające obrazować wysokość lekarskich zarobków z sugestią, że „lekarze wydrenowali system” albo wręcz kradli. A wszystko bez podania liczby godzin pracy czy wykonanych procedur.

W każdej z tych sytuacji NIL proponował pomoc prawną i wsparcie konkretnym lekarzom, złożyliśmy również skargi do UODO o naruszenie ochrony danych osobowych. Jeśli zostały złożone jakiekolwiek zawiadomienia w związku z domniemanym naruszeniem etyki lekarskiej przez lekarza – sprawę merytorycznie wyjaśniamy. Ale nie pozwolimy, by politycy czy media zmuszali nas do wydawania wyroków i przesądzania o winie ad hoc, bez analizy spraw.

W samorządzie opadł już na dobre wyborczy kurz. Nowa Naczelna Rada Lekarska od pierwszego dnia ruszyła do pracy na rzecz naszego środowiska. Z satysfakcją odnotowuję, że w jej składzie znalazły się, obok doświadczonych samorządowców, także osoby, które dotychczas nie były zaangażowane w prace na szczeblu centralnym. Świeże pomysły i nowe spojrzenie połączone z wieloletnim doświadczeniem to recepta na skuteczny i reprezentatywny samorząd.

Wśród zadań Rady na tę kadencję znalazła się m.in. nowelizacja ustawy o izbach lekarskich, tak aby

wzmocnić skuteczność działania takich instytucji, jak sąd lekarski i rzecznik odpowiedzialności zawodowej. Z naszej inicjatywy odbyło się już pierwsze spotkanie członków Prezydium NRL i Komisji Legislacyjnej z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia w sprawie ustawy, a wśród złożonych na spotkaniu deklaracji padła również ta o powołaniu wspólnego zespołu roboczego ds. nowelizacji. Na jego czele miałby stanąć lekarz – wiceminister zdrowia dr Tomasz Maciejewski. Czekamy na powołanie zespołu i efekty tych wysiłków. Z naszej strony prace nad założeniami nowelizacji rozpoczęliśmy już w poprzedniej kadencji. Na kanwie tych działań NRL rozpoczęła prace nad nowelizacją wewnętrznych aktów prawnych regulujących działanie pionów odpowiedzialności zawodowej.

Planujemy – wzorem przeprowadzonej w poprzedniej kadencji nowelizacji Kodeksu Etyki Lekarskiej – opracowanie przez powołaną komisję założeń zmian, następnie szerokie konsultacje z lekarzami zaangażowanymi w działanie pionów odpowiedzialności zawodowej, a także możliwość wypowiedzenia się i zadawania pytań przez każdego członka samorządu. Wzmacniamy również dział informatyki, przygotowując się do zakładanego w tej kadencji unowocześnienia Centralnego Rejestru Lekarzy.

Zaufania do lekarzy nie odbudujemy działaniami medialnymi. Ta przestrzeń jest zawłaszczona przez nakręcane przeciwko nam społeczne emocje. To, co wszyscy możemy zrobić, to praca u podstaw. Ostatecznie to my, a nie politycy czy dziennikarze, stajemy każdego dnia przy łóżku pacjenta.

- 3 Czekają nas prace u podstaw
Łukasz Jankowski
- 5 Zestaw przeciwwstrząsowy
po nowemu
Klaudiusz Komor
- 6 Newsy z kraju i ze świata
- 8 Wakacje z aferami
Piotr Kościelniak

TEMAT NUMERU

- 8 **Zanim zacznie się leczenie**
Kilka tygodni przeznaczonych na poprawę sprawności, stanu odżywienia, kondycji psychicznej czy rzucenie palenia może zmniejszyć ryzyko powikłań i przyspieszyć powrót do zdrowia. Tak działa prehabilitacja.
- 14 System nie jest na nas gotowy
- 16 Serce potrzebuje mocnych mięśni
- 18 Siła zaczyna się na talerzu
- 20 Ruch przed operacją leczy
- 21 Spokój ma znaczenie
- 22 Najlepszy moment, by rzucić

WAŻNY TEMAT

- 23 **Lekarz przed sądem**
To samo zdarzenie może prowadzić do postępowania karnego i zawodowego, ale w każdym z nich lekarz jest oceniany według innych kryteriów.
- 24 Jak Europa rozlicza odpowiedzialność zawodową
- 26 Kultura strachu utrwała patologię

AKTUALNOŚCI

- 28 **Pakiet, który miał ratować system**
- 30 **Megawyciek**
Informacje dotyczące blisko 19 mln pacjentów z nawet 12 tys. placówek medycznych w całej Polsce dostały się w ręce włamywaczy.
- 31 Stawiamy na wiedzę praktyczną
- 32 Tanie zakupy, wysoka cena ryzyka
- 34 Pięć priorytetów dla zdrowia

PODATKI I FINANSE

- 35 **Kierujesz oddziałem? Uważaj na rozliczenia**
Lekarz, który w ramach swojej działalności gospodarczej zawarł ze szpitalem odrębną umowę na kierowanie oddziałem, nie rozliczy wynagrodzenia jako przychodu z działalności.



TEMAT NUMERU STRONY 8-22

Odpowiednio zaplanowana prehabilitacja wzmacnia organizm, zmniejsza ryzyko powikłań i zwiększa szansę na szybszy powrót do zdrowia

- 36 PPK: proste odpowiedzi na trudne pytania (cz. 1)

PRAWO I MEDYCYNA

- 38 Dlaczego restrukturyzacja SPZOZ to nierozsądny pomysł

PRAKTYKA LEKARSKA

- 40 Ministerstwo z dykty
Paweł Barucha
- 40 NFZ nie chce płacić za kiretaż
- 42 Nerki chorują po cichu
- 45 Czego uczy nas doktor Kacprzyk?
Jakub Sieczko
- 46 Gdy pacjent przychodzi z diagnozą z TikToka
- 48 Rak trzustki: nowy początek
- 50 Recepta na chaos
Mariusz Politowicz
- 51 ECMO: terapia ostatniej szansy
- 54 Awans nie daje instrukcji obsługi ludzi
Anna Gołębicka

NOWE TECHNOLOGIE

- 55 Agenci AI zaczynają działać
- 58 Koniec anonimowych chatbotów i deepfake'ów
Od 2 sierpnia obowiązki dotyczące przejrzystości systemów AI objęły rozwiązywanie w ochronie zdrowia.

SAMORZĄD ZAWODOWY

- 62 Prawda się zawsze obroni
Piotr Pisula
- 62 O tym się mówi/mówią o nas
- 64 Zamiast walki w sądzie, czyli dlaczego warto wybrać mediację

OŚRODEK KSZTAŁCENIA

- 66 Bezpieczny start w zawodzie

PO GODZINACH

- 68 Meczyczo
Jarosław Wanecki
- 69 La Paz. Życie ponad chmurami
- 74 Błąd malarski – W chowanym
- 76 Czytelnia
- 77 Przychodzi wena do lekarza
- 78 Polska reprezentacja triumfuje na Medigames
- 79 Wspomnienie Mieczysława Chruściela
- 80 Ogłoszenia
- 82 Jolka lekarska

JEDNYM GŁOSEM

Zestaw przeciwwstrząsowy po nowemu

Nowe przepisy dotyczące zestawów przeciwwstrząsowych to zmiana, na którą lekarze czekali od lat. Ich skład został dostosowany do miejsca udzielania świadczeń, dzięki czemu w wielu gabinetach nie będzie już obowiązku przechowywania niepotrzebnych leków.

Ostatnio jako środowisko lekarskie staliśmy się celem zmasowanego ataku właściwie z każdej strony sceny politycznej. Nie ma praktycznie dnia, żeby najpoczytniejsze portale internetowe oraz posiadacze kont w mediach społecznościowych nie atakowali lekarzy.

Oczywiście zdarzają się wśród nas – jak w każdym środowisku – czarne owce, ale wsłuchując się w to, co się ostatnio pisze czy mówi, można mieć wrażenie, że wszyscy lekarze to samo zło. Niestety wszelkie wysiłki skupiające się na próbach prostowania nieprawdziwych informacji czy zmieniania narracji nie przynoszą efektu. Dlatego może chociaż na chwilę spróbujmy się oderwać od tych złych wiadomości i skupić się na czymś, co być może właśnie z powodu tego nadmiaru czarnego PR mogło zostać przez wielu lekarzy przeoczone. A jest to jedna z niewielu dobrych informacji praktycznie dla całego środowiska. Otóż po wielu latach starań wielu środowisk lekarskich, w tym również samorządu lekarskiego, udało się osiągnąć zmianę funkcjonującego od 12 stycznia 2011 r. rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie wykazu produktów leczniczych wchodzących w skład zestawów przeciwwstrząsowych, ratujących życie.

Trzeba przyznać, że jest to duży sukces. Poprzednie przepisy, drastycznie nieżyłowe, obligowały każdy najmniejszy gabinet lekarski do posiadania w zestawie przeciwwstrząsowym podobnych leków, jakie musiały znajdować się w takim zestawie w największym szpitalu. W większości gabinetów leki te zwykle nie były nigdy użyte i co kilka lat przeterminowane trafiały do kosza, będąc niepotrzebnym kosztem zarówno dla lekarza, jak i dla systemu ochrony zdrowia.

KLAUDIUSZ KOMOR
WICEPREZES NACZELNEJ
RADY LEKARSKIEJ



24 marca 2026 r. ukazało się nowe rozporządzenie, w którym określa się skład zestawu przeciwwstrząsowego ratującego życie, różniący się w zależności od miejsca udzielania świadczeń. W świetle tego nowego rozporządzenia podzielono usługi medyczne na:

1. ambulatoryjne świadczenia zdrowotne udzielane w miejscu pobytu pacjenta (co dotyczy np. praktyk w miejscu wezwania),
2. ambulatoryjne świadczenia zdrowotne z zakresu stomatologii (dotyczące gabinetów stomatologicznych),
3. ambulatoryjne świadczenia zdrowotne udzielane w pomieszczeniach zakładu leczniczego (czyli np. prywatne gabinety),
4. stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne (takie jak sanatoria),
5. stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne.

W poszczególnych grupach obowiązkowy skład zestawu różni się zasadniczo – właściwie tylko w przypadku zestawów szpitalnych można nadal mówić o dużym asortymencie specjalistycznych leków (choć tak mniejszym niż poprzednio – nie

ma np. dopaminy, która w świetle poprzednich przepisów powinna być nawet w torbie lekarskiej na wizycie domowej!).

W pozostałych grupach zakres obowiązkowych substancji leczniczych został znacząco zredukowany. Nie ma już obowiązku poza szpitalem posiadania amiodaronu, midazolamu, morfiny czy naloksonu. Oczywiście, jak to zwykle bywa, zakradły się jeszcze dwa niepotrzebne absurdy. Pierwszym jest obowiązek posiadania tlenu we wszystkich zestawach oprócz grupy 1. Drugi to posiadanie klonazepamu w iniekcji w prywatnych gabinetach. Te dwa absurdy zostały na szczęście szybko wychwycone i już w ministerstwie przygotowywana jest poprawka w tych kwestiach.

Warto zatem, aby każdy lekarz prowadzący własny gabinet, NZOZ czy praktykę zajrzał, jeżeli oczywiście jeszcze tego nie zrobił, do nowych przepisów (dostępne pod adresem <https://dziennikustaw.gov.pl/DU/2026/429>) i sprawdził, czy kompletując swój zestaw, nie będzie już musiał kupować do niego wielu leków, których nigdy potem nie użyje.

NEWSY Z KRAJU I ZE ŚWIATA

SYLWIA WAMEJ, LIDIA SULIKOWSKA

Prezydent też chce walczyć z pseudomedycyną

Prezydent Karol Nawrocki skierował lex szarlatan do Trybunału Konstytucyjnego i zapowiedział własny projekt nowelizacji Kodeksu karnego, który ma wprowadzić realne sankcje za nakłanianie pacjentów do porzucania leczenia oraz promowanie fałszywych terapii. NRL przypomina, że już wcześniej ostrzegała, iż administracyjne środki są niewystarczające, a branża pseudomedyczna łatwo je obejrze. Samorząd podkreśla, że bez odpowiedzialności karnej państwo pozostanie bezradne wobec rosnącej pseudomedycyny i zdecydowanie popiera prezydencki projekt, który odpowiada na te postulaty.

Najwięksi palacze w UE

Eurostat opublikował najnowsze dane dotyczące tego, jaki odsetek mieszkańców Unii Europejskiej codziennie sięga po tytoń lub produkty z nim powiązane, w tym e-papierosy, saszetki nikotynowe i wyroby z podgrzewanym tytoniem. W 2025 r. dotyczyło to 16,5 proc. osób w wieku 16 lat i więcej



fot.: pixabay.com

▲ Polska wypada nieco lepiej niż średnia unijna jeśli chodzi o codziennie sięganie po tytoń i związane z nim produkty

(znacznie częściej mężczyzn niż kobiet). Najwyższe odsetki codziennego używania tytoniu i produktów z nim powiązanych

odnotowano w Bułgarii (26,3 proc.), Szwecji (23,9 proc.) i Chorwacji (23,6 proc.). Z kolei najlepiej sytuacja wygląda w Holandii (9,9 proc.), Irlandii (11,7 proc.), Belgii (13,6 proc.) i Luksemburgu (13,8 proc.). Polska – z wynikiem 15,5 proc. – wypada nieco lepiej niż średnia unijna. Co istotne, aż 77,5 proc. mieszkańców UE w ogóle nie korzysta z tego typu produktów.

Roboty w szpitalu na Pomorzanach

WUniwersyteckim Szpitalu Klinicznym nr 2 PUM w Szczecinie działają roboty pielęgniarские wspierające opiekę



fot.: USK nr 2 PUM w Szczecinie

▲ Roboty m.in. monitorują stan bólu pooperacyjnego u chorych

nad pacjentami. Jak informuje Mateusz Izakowski, rzecznik prasowy tej placówki, pierwsze urządzenia rozpoczęły pracę w Klinice Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej i Klinice Urologii i Onkologii Urologicznej. Roboty przejęły część zadań związanych z edukacją pacjentów, np. dotyczącą zmiany opatrunków, przygotowania do operacji, prezentują też filmy instruktażowe na temat rehabilitacji pooperacyjnej. Ponadto monitorują stan chorych w zakresie poziomu bólu pooperacyjnego, a także wspierają logistykę wewnątrzszpitalną, w tym transport materiałów.

Start e-DiLO

Wdrażanie elektronicznej karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (e-DiLO) rozpoczęło się 11 sierpnia. Jak informuje Ministerstwo Zdrowia, proces ten podzielono na dwa etapy. Pierwszy potrwa do 30 września i obejmie udostępnienie aplikacji specjalistycznym ośrodkom leczenia onkologicznego III poziomu, które jednocześnie pełnią funkcję wojewódzkich ośrodków monitorujących. Od 1 października dostęp do systemu zostanie rozszerzony na pozostałe podmioty zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej, a także na ośrodki kooperacyjne oraz inne podmioty uprawnione do wystawiania kart DiLO. Podmioty, które nie zakończyły pełnej integracji e-DiLO z wewnętrznymi systemami szpitalnymi (HIS), mogą do 31 grudnia 2026 r. wystawiać i prowadzić karty DiLO na dotychczasowych zasadach. MZ podkreśla również, że w przypadku pacjentów poniżej 18. roku życia oraz pacjentów z rozpoznaniem nowotworów hematologicznych karty DiLO powinny być wystawiane i prowadzone w dotychczasowej formie do końca 2026 r.

Odra nie odpuszcza

Wregionie Ameryk pogłębia się problem związany ze wzrostem liczby zachorowań na odrę. Według informacji opublikowanych przez Pan American Health Organization na obszarze Ameryki Północnej i Ameryki Południowej odnotowano najwięcej potwierdzonych przypadków odry od 22 lat. Od początku roku do połowy lipca było ich niemal 47,5 tys. (44 osoby zmarły). O skali tego, co aktualnie dzieje się w tej części świata, świadczy fakt, że w całym 2025 r. odnotowano tam w sumie około 15 tys. zachorowań, czyli prawie trzy razy mniej niż obecnie.

Zdecydowana większość zachorowań (95 proc.) dotyczy czterech krajów: Gwatemali, Meksyku, USA i Peru.

Sukces lekarzy z WUM

Zespół Kliniki Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego pod kierownictwem prof. Michała Grąta wykonał pierwsze na świecie chimeryczne przeszczepienie wątroby. Operację przeprowadzono w maju u pacjentki chorującej na nowotwór wątroby, ale o zabiegu poinformowano w lipcu. Przeszczepiony narząd został zbudowany z dwóch fragmentów wątroby o odmiennym



fot.: WUM

▲ Polski zespół wykonał pierwsze na świecie chimeryczne przeszczepienie wątroby

pochodzeniu genetycznym – własnego fragmentu pacjentki oraz fragmentu pobranego od zmarłego dawcy. – Fragment od zmarłego dawcy zapewniał chorej bezpieczną funkcję narządu w okresie, gdy własna część wątroby była jeszcze zbyt mała. Po uzyskaniu odpowiedniego przerostu mogliśmy usunąć część allogeniczną, pozostawiając pacjentkę z jej własną, prawidłowo funkcjonującą wątrobą. W praktyce oznacza to stworzenie nowej koncepcji leczenia wybranych chorych z zaawansowanymi nowotworami wątroby, u których dotychczas nie było możliwości radykalnego leczenia – mówi prof. Michał Grąt.

Źródło: WUM

Mniej zgonów na drogach

Znajnowszych danych opublikowanych przez WHO wynika, że w ciągu ostatnich 15 lat o ponad 20 proc. udało się zredukować liczbę zgonów w wyniku

wypadków komunikacyjnych na świecie. Organizacja podkreśla jednak, że pomimo tego ewidentnego postępu nadal zbyt wielu ludzi ginie na drogach – w 2025 r. było to ponad milion osób. WHO przypomina, że śmierć w wyniku wypadku drogowego stanowi główną przyczynę zgonów w grupie wiekowej 5-29 lat.

Więcej krztusca

ECDC raportuje największy od 10 lat wzrost zachorowań na krztusiec. W ostatnich dwóch tygodniach zgłoszono ponad 2,4 tys. przypadków, głównie wśród nastolatków i młodych dorosłych. Najwięcej zachorowań notują Francja, Niemcy i Włochy. Wzrost wiąże się ze spadkiem wyszczepialności i opóźnieniami w dawkach przypominających. ECDC apeluje o wzmocnienie nadzoru i przypomina o konieczności dawki co 10 lat.

Denga: rekord w Europie

WHO informuje o rekordowych lokalnych zakażeniach dengą we Francji i w Hiszpanii. W sierpniu potwierdzono 23 przypadki, głównie u osób bez historii podróży, co potwierdza



fot.: archiwum własne

▲ Francja i Hiszpania – w tych krajach WHO odnotowała rekordowe zakażenia dengą

lokalne krążenie wirusa. Wzrost wiąże się ze zmianami klimatycznymi i ekspansją komarów tygrysi *Aedes albopictus*, obecnych już na większej części obszaru Francji i coraz częściej w Hiszpanii. WHO apeluje o wzmocnienie nadzoru,

szybką diagnostykę i działania ograniczające populację komarów.

Ozempic podbija Polskę

NFZ podała, że w okresie styczeń-maj 2026 refundacja agonistów GLP-1 wyniosła 264,5 mln zł, z czego 186,8 mln zł stanowi Ozempic – to wzrost o 51 proc. rok do roku i już ponad połowa wyniku z całego 2025 r. Refundacja Trulicity osiągnęła 50 mln zł (o 12 proc. więcej), a Suliqua 27,6 mln zł (o 5,6 proc. więcej). AOTMiT wydała negatywną decyzję dotyczącą rozszerzenia wskazań dla Ozempicu.

Szczepionki dla osób z zespołem Lyncha

WUSA i Wielkiej Brytanii trwają badania szczepionek mających zapobiegać nowotworom u osób z zespołem Lyncha. Preparaty pobudzają komórki T do rozpoznawania komórek przednowotworowych. Testowane są trzy szczepionki, w tym jedna mRNA firmy Moderna. W MD Anderson Cancer Center w Houston u 45 pacjentów wykryto mniej polipów podczas kolonoskopii. Wyniki są wczesne, ale wskazują na potencjał nowej strategii prewencji.

Skan CT dla kardiologa

Tomografia komputerowa pozwalająca ocenić zwężenie tętnic wieńcowych zmniejsza liczbę skierowań do kardiologa o połowę. U połowy pacjentów nie stwierdzono zwężeń i nie odnotowano incydentów sercowych. W Holandii trwa pilotaż, a eksperci doprecyzowują kryteria kierowania. 36 proc. pacjentów po poznaniu wyniku wapniowego zgłosiło się do programu zdrowotnego. ●

Wakacje z aferami

PIOTR KOŚCIELNIAK
REDAKTOR NACZELNY



Miało być ciepło i spokojnie. A okazało się, że jest burzowo, a powodzie i nawałnice demolują to, co przez lata budowaliśmy. I nie – wcale nie mówię o pogodzie. W Polsce, a w ochronie zdrowia w szczególności, afera goni aferę. Jeszcze nie rozwiązaliśmy sprawy pana Kacprzyka, a już ujawnione zostały kolejne nieprawidłowości w tym samym szpitalu i wielu innych. Ostatnio ostrze hejtu na chwilę odwróciło się od lekarzy, by skierować się na osoby odpowiedzialne za defraudację środków dla powodzian czy na ekspertkę od wizerunku, która dzięki sztucznej inteligencji zaliczyła kompletny blamaż własnej marki.

W tej sytuacji nawet prawdziwa bomba (rakietą), pozostawiająca po sobie ogromny lej, nie budzi już takich emocji. Tak samo jak nie budzi większego zgorszenia społecznego wiadomość, że dane blisko 19 mln polskich pacjentów wyciekły z systemu informatycznego jednego z dostawców oprogramowania do zarządzania elektroniczną dokumentacją medyczną. Jest to najpoważniejszy kryzys polskiego systemu usług e-zdrowia w historii. W dodatku wydaje się, że rządzący nie-specjalnie się nim przejmują – śledztwo na razie nie przyniosło rezultatów na tyle znaczących, żeby warto je podać opinii publicznej.

Dlaczego mnie to dziwi? Bo potencjalne skutki w postaci samych odszkodowań za naruszenie przepisów o ochronie danych przy takiej liczbie poszkodowanych mogą sięgnąć astronomicznych kwot. I kwoty te obciążają nie tylko dostawcę oprogramowania (czytaj: źródło wycieku), ale również placówki medyczne, a niekiedy lekarzy, którzy byli administratorami tych danych. Nieufność co do ochrony

informacji wrażliwych może doprowadzić do tego, że pacjenci nie będą chcieli podawać swoich danych podczas rejestracji i wizyty lekarskiej. Już teraz można znaleźć w internecie zachęty, aby pozostawiać fałszywe numery telefonów czy adresy zamieszkania.

Konsekwencje dotkną również cały system zbierania i przechowywania danych o zdrowiu. O ile jeszcze kilka-kilkanaście lat temu ataki hakerskie na placówki medyczne były rzadkością (m.in. dlatego, że ochrona zdrowia była słabo skomputeryzowana), o tyle dziś, po cyfryzacji systemu, to właśnie szpitale i gabinety są jednymi z głównych celów cyberprzestępców. Ostatni wyciek pokazuje, że wykorzystywanie jednego systemu przez tysiące placówek – choć może korzystne ekonomicznie – niekoniecznie jest bezpieczne. Być może konieczne będzie wprowadzenie zasad ochrony danych i cyberodporności takich, jakie obowiązują np. na rynkach finansowych. Ich wprowadzenie w życie (podobnie, jak wdrożenie rozporządzenia DORA czy dyrektywy NIS2) będzie zaś oznaczać ogromne wyzwanie organizacyjne dla i tak już pogrążonych w kłopotach szpitali i przychodni.

Przed nami też wyzwanie – choć z gatunku tych przyjemnych. Następnego dnia po wysłaniu tego wydania do drukarni redakcja „Gazety Lekarskiej” pakuje się i rusza do Cetniewa na Igrzyska Lekarskie. Relację będziecie mogli Państwo przeczytać w kolejnym numerze. Dla tych, którzy nie chcą czekać – bieżące informacje i wyniki można przeczytać i obejrzeć na stronie gazetalekarska.pl. ●



Pacjent, który ma zaplanowaną operację lub inną obciążającą terapię, szczególnie w onkologii, nie musi bierze odliczać czasu do rozpoczęcia leczenia. Warto go wykorzystać na poprawę ogólnego stanu zdrowia i przygotowanie organizmu do nadchodzącej interwencji medycznej. Dzięki prehabilitacji można to zrobić kompleksowo i wielokierunkowo zarówno pod względem fizycznym, jak i psychicznym. Celem jest łagodniejsze przejście przez cały proces leczenia.

– Działania składające się na prehabilitację są skoncentrowane na budowaniu rezerw organizmu, dzięki którym leczenie nie obciąża nadmiernie pacjenta pod względem metabolicznym i pozwala utrzymać jak najlepszy poziom jego funkcjonowania. U około 80 proc. chorych oczekujących na planowy zabieg chirurgiczny jesteśmy w stanie poprawić ich stan zdrowia, zanim trafią na stół operacyjny – mówi prof. Tomasz Banasiewicz, kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Onkologii Gastroenterologicznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, prezes elekt Towarzystwa Chirurgów Polskich.

CZTERY FILARY ZDROWIA

Prehabilitacja opiera się na czterech filarach: wsparciu żywieniowym ukierunkowanym na poprawę stanu odżywienia, a także przygotowaniu fizycznym, pomocy psychologicznej oraz wsparciu w rezygnacji z nałogów. Na jej kompleksowość składają się także dodatkowe elementy, na które trzeba zwrócić uwagę w zależności od stanu zdrowia pacjenta i samego rodzaju planowanej interwencji medycznej. Jak podkreśla prof. Banasiewicz, istotne znaczenie mają między innymi ocena wielochorobowości pacjenta i stabilizacja chorób współistniejących, analiza przyjmowanych leków, wyrównanie anemii przedoperacyjnej, optymalizacja poziomu glukozy u chorych z cukrzycą, eliminacja dysbiozy jelitowej, ale także zabezpieczenie komórek jajowych lub plemników u osób czekających na leczenie radykalne

TEMAT NUMERU

Zanim zacznie się leczenie

LIDIA SULIKOWSKA

Kilka tygodni przeznaczonych na poprawę sprawności, stanu odżywienia, kondycji psychicznej czy rzucenie palenia może zmniejszyć ryzyko powikłań i przyspieszyć powrót do zdrowia. Tak działa prehabilitacja – podejście, które zdobywa kolejne szpitale, ale wciąż czeka na systemowe miejsce w polskiej ochronie zdrowia.

mogące wpływać na płodność albo edukacja przed zabiegiem wymagającym wyłonienia stomii.

Plan prehabilitacji nie jest uniwersalny, lecz każdorazowo dostosowany do potrzeb pacjenta. Jak wyjaśnia dr n. med. Magdalena Łasińska-Kowara, przewodnicząca Sekcji Prehabilitacji i Medycyny Okołooperacyjnej Polskiego Towarzystwa Programów Zdrowotnych, punktem wyjścia jest ocena aktualnego stanu odżywienia, sprawności funkcjonalnej i wydolności organizmu, w tym rezerw układu krążenia oraz układu oddechowego.

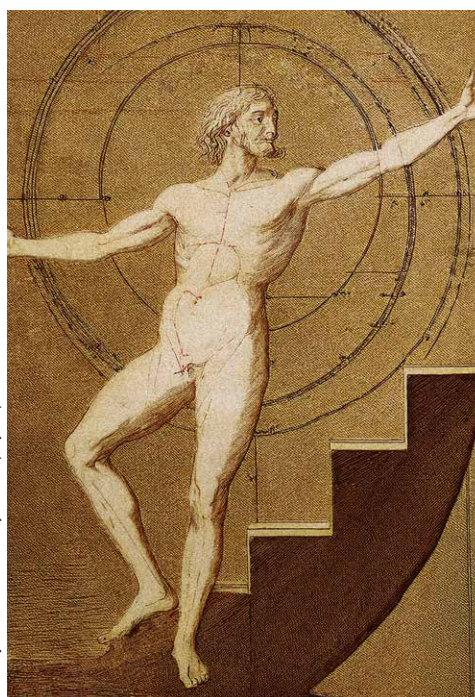
– Na podstawie uzyskanych wyników identyfikowane są obszary wymagające poprawy, a następnie przygotowywany harmonogram działań – mówi Magdalena Łasińska-Kowara, która już pod koniec 2018 r. wprowadziła program prehabilitacji w Klinice Kardiochirurgii Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku. Niestety, jak tłumaczy, projekt przerwano z przyczyn organizacyjnych.

KATALOG WSPARCIA

Jakie realne korzyści uzyskuje pacjent? Prehabilitacja przede wszystkim zwiększa jego bezpieczeństwo.

– Każda operacja wiąże się z ryzykiem powikłań, ale dzięki odpowiedniemu przygotowaniu chorego możemy to ryzyko minimalizować – podkreśla prof. Jerzy Sieńko, krajowy konsultant w dziedzinie chirurgii ogólnej.

Korzyści najlepiej widać na konkretnych przykładach. Jednym z najczęściej operowanych nowotworów jest rak jelita grubego. W przypadku tego typu



Ilustracja: Michał Trusz (wykonano przy wsparciu AI)

zabiegów poważnym powikłaniem może być nieszczelność zespolenia jelitowego. Ryzyko jej wystąpienia rośnie u pacjentów niedożywionych. – Dzieje się tak, ponieważ gojenie wymaga odpowiedniej ilości białka. Jeśli organizm jest odpowiednio odżywiony, ma skąd czerpać ten budulec – tłumaczy prof. Sieńko. Wskazuje też inny przykład – pacjentów, których czeka zabieg w znieczuleniu ogólnym. Wyjaśnia, że warto przeprowadzić u nich trening ćwiczeń oddechowych

rozciągających klatkę piersiową i zwiększających elastyczność mięśni międzyżebrowych i przepony. Działanie to przygotowuje organizm do pracy z respiratorem.

Cwiczenia oddechowe przydają się także w innych sytuacjach. – W przypadku dużych przepuklin już sama operacja stanowi obciążenie dla układu oddechowego. Po odprowadzeniu zawartości przepukliny do jamy brzusznej i wykonaniu plastyki powłok wzrasta ciśnienie w jamie brzusznej, co powoduje ucisk na przeponę. W efekcie zmniejsza się pojemność płuc i pogarsza wydolność oddechowa – mówi dr n. med. Krzysztof Karaś, koordynator Oddziału Chirurgii Ogólnej i Małoinwazyjnej Szpitala Pomnik Chrztu Polski w Gnieźnie oraz szef działającej w tej placówce poradni prehabilitacji i opieki okołooperacyjnej.

– Jeśli pacjent przez lata palił papierosy, a dodatkowo choruje na astmę, ryzyko problemów z oddychaniem po operacji jest jeszcze większe. Przez 2–3 dni po zabiegu nie pali, zaczyna odkrztuszać zalegającą wydzielinę i intensywnie kaszle, co może doprowadzić nawet do rozejścia się szwów. Z kolei ograniczona wentylacja płuc oraz zmiany wywołane paleniem sprzyjają rozwojowi zapalenia płuc. Gdyby odpowiednio wcześniej rzucił palenie, a przed zabiegiem poprawił wydolność układu oddechowego za pomocą prostych ćwiczeń oddechowych, ryzyko takich powikłań



◀Prehabilitacja uświadamia pacjentowi, że w przygotowaniu do leczenia jest kimś, od kogo bardzo zależy wynik końcowy

można byłoby zmniejszyć – tłumaczy dr Karaś.

Poradnia prehabilitacji i opieki okołoperacyjnej w gnieźnieńskim szpitalu działa od marca 2022 r. Jak wyjaśnia Krzysztof Karaś, obecnie korzystają z niej pacjenci przygotowujący się do operacji w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Małoinwazyjnej, jednak trwają przygotowania do objęcia programem również pacjentów ortopedycznych.

– W zależności od potrzeb zapewniamy konsultacje z dietetykiem, fizjoterapeutą i psychologiem. Podczas zajęć z fizjoterapii uczymy między innymi ćwiczeń przygotowujących do operacji oraz pokazujemy, jak bezpiecznie chronić powłoki brzuszne po zabiegu, na przykład podczas kaszlu, wstawania z łóżka czy zmiany pozycji – informuje chirurg.

SZPITALA CORAZ CZĘŚCIEJ WIDZĄ SENS

Prehabilitacja jest obecna między innymi w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Legnicy.

– Widzę dużą różnicę pomiędzy pacjentami prehabilitowanymi a tymi, którzy nie przeszli przez tę ścieżkę. Ci pierwsi są lepiej przygotowani do znoszenia stresu związanego z operacją i samym pobytem w szpitalu, lepiej się

goją, sprawniej im idzie współpraca z fizjoterapeutą już po zabiegu. Obserwujemy mniej powikłań, głównie związanych z infekcją rany – mówi Przemysław Zarzeczny, specjalista chirurgii ogólnej, który uruchomił poradnię prehabilitacji i żywienia klinicznego w legnickim WSS. Pod jej skrzydła trafił m.in. starszy mężczyzna z rozpoznanym rakiem jelita grubego. Był niedożywiony do tego stopnia, że poruszał się na wózku inwalidzkim.

– Dzięki wdrożonej prehabilitacji dobrze zniósł operację, a niedługo po zabiegu zgłosił się na kontrolę, przychodząc o własnych siłach do gabinetu mieszczącego się na drugim piętrze budynku. Nie skorzystał z windy – opowiada Przemysław Zarzeczny.

Wspomina też innego pacjenta, a właściwie pacjentkę skierowaną do endoprotezoplastyki stawu biodrowego. – Byłem przerażony, gdy ją zobaczyłem. Została przywieziona transportem medycznym do poradni prehabilitacji. Niedożywienie, sarkopenia, zaniki mięśniowe. Moja pierwsza myśl – po co ta endoproteza, przecież ta kobieta nie wstanie z łóżka. Aby wykorzystać

potencjał nowego stawu, trzeba mieć odpowiednio zbudowaną siłę mięśniową. W ciągu dwóch miesięcy udało się jej stan poprawić na tyle, że przeszła zabieg bez powikłań, a na kontrolę doszła o kulach – mówi chirurg.

Poradnię Prehabilitacyjną ma również Szpital Uniwersytecki w Krakowie. Została ona uruchomiona pod koniec marca tego roku. – Współpracujemy z oddziałami chirurgicznymi, udzielając wsparcia pacjentom z chorobami onkologicznymi, którzy przygotowują się do planowanych zabiegów w obrębie trzustki, wątroby, żołądka oraz jelit – mówi Anna Skwara, pielęgniarka pracująca w poradni prehabilitacyjnej. Pacjent otrzymuje wsparcie wielodyscyplinarnego zespołu: dietetyków lub zespołu ds. żywienia klinicznego, psychologów, fizjoterapeutów, pielęgniarki oraz edukatora diabetologicznego.

– Praca z pacjentem rozpoczyna się od oceny stanu odżywienia, analizy składu masy ciała, sprawności fizycznej oraz występowania sarkopenii czy zespołu kruchości. Wspólnie z pacjentem ustalany jest plan przygotowania do operacji. Konsultacje ze specjalistami nie kończą się na jednej wizycie. To cykl spotkań. Istotnym elementem jest również edukacja. Sukcesywnie przekazujemy wiedzę i uczymy konkretnych umiejętności – podkreśla Anna Skwara. Jak dodaje, zalecenia trzeba poprzeć merytorycznymi argumentami. Przekazanie suchych instrukcji jest nieefektywne. Pacjent musi być świadomym partnerem w procesie leczenia.

W pierwszym miesiącu działalności poradni zrealizowano 89 specjalistycznych wizyt, obejmując wsparciem 30 pacjentów w wieku od 25 do 86 lat. Zdecydowaną większość tej grupy stanowiły osoby przygotowujące się do zabiegów z zakresu onkologii kolorektalnej.

– Jestem chirurgiem od prawie 20 lat. Kiedy zaczynałem pracę, zwracanie uwagi na kwestie okołozabiegowe, takie jak żywienie, eliminacja używek i sprawność fizyczna, było wręcz wyśmiewane

foto: Shutterstock.com

przez moich kolegów z pracy. Na szczęście obecnie takie myślenie jest znacznie mniej powszechne – mówi prof. Michał Pędziwiatr, kierownik O/K Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej, Metabolicznej i Stanów Nagłych SU w Krakowie. Podkreśla, że największe benefity z prehabilitacji widzi u pacjentów poddawanych rozległym operacjom, a także u tych, którzy mają jakieś niedobory, np. są niedożywieni albo mają problemy ze sprawnością fizyczną. Taki stan często występuje u osób starszych.

NIE TYLKO OPERACJA

O prehabilitacji najczęściej mówimy w kontekście chirurgii. Natomiast jest ona niezwykle istotna u pacjentów onkologicznych, którzy muszą przejść radioterapię lub leczenie skojarzone. Możliwość takiej opieki od kilku lat mają między innymi chorzy leczeni w Zakładzie Radioterapii I Narodowego Instytutu Onkologii w Warszawie. Jak tłumaczy dr hab. n. med. Dorota Kiprian, prof. Instytutu i kierownik tej jednostki, poza standardową konsultacją żywieniową, fizjoterapeutyczną i psychologiczną przygotowanie chorych do napromieniania jest rozszerzone o pewne specyficzne kwestie. Na przykład każdy pacjent, który jest leczony z powodu nowotworów rejonu głowy i szyi i zakwalifikowany do napromieniania, kierowany jest na konsultację stomatologiczną.

– To ważne, bo radioterapia powoduje odczyny popromienne pod postacią stanów zapalnych, a także dysfunkcje ślinianek oraz szklawa. Jakikolwiek zmiany próchnicze skutkują nadkażeniami bakteryjnymi i innymi zmianami, które w konsekwencji tzw. odczynów późnych mogą doprowadzić do martwicy żuchwy. Dlatego tak niezmiernie ważna jest sanacja jamy ustnej przed rozpoczęciem leczenia – podkreśla Dorota Kiprian.

Innym przykładem są chorzy z nowotworami w obrębie klatki piersiowej.

– Uczymy ich, jak podczas radioterapii dostosowywać oddychanie do wymogów leczenia. Czasem jest to tzw. swobodny oddech, a czasem jest konieczna nauka wstrzymania oddechu. To ważna umiejętność, bo kiedy napromieniamy lewą pierś, serce oddala się od ściany klatki piersiowej. Jeśli pacjentka jest na wdechu, jesteśmy w stanie oszczędzić naczynia wieńcowe i tkankę mięśnią sercową – wyjaśnia dr Kiprian.

Ważnym aspektem są kwestie żywieniowe, np. dieta powinna być modyfikowana w zależności od tego, jaki

obszar ciała jest napromieniany. – Na przykład przy radioterapii nakierowanej na miednicę mniej-szą należy spożywać posiłki, które nie powodują zagazowania jelit – mówi dr Kiprian. Tłumaczone są też inne kwestie, między innymi jak wzmocnić kondycję skóry przed rozpoczęciem leczenia.

Jeśli chodzi o obszar wsparcia psychicznego, to ważnym elementem jest ocena psychologa, czy pacjent ma tendencję do zapominania, a w związku z tym czy będzie miał problem ze stosowaniem się do wszystkich zaleceń, których w leczeniu napromienianiem jest naprawdę dużo.

W Narodowym Instytucie Onkologii – Państwowym Instytucie Badawczym w Warszawie działają dwie poradnie prehabilitacji. Poza tą przeznaczoną dla pacjentów czekających na radioterapię jest też oferowana prehabilitacja dla

O tym, jak pacjent poradzi
sobie z zabiegiem, radioterapią
czy chemioterapią, często decydują
tygodnie poprzedzające terapię

pacjentów chirurgicznych. Poradnia działa od kwietnia 2024 r. Poza wizytą u anesteziologa pacjenci mają jednocześnie możliwość konsultacji z dietetykiem, fizjoterapeutą i psychoonkologiem.

– Uważam, że w dzisiejszych czasach wstydem jest nie mieć prehabilitacji w ośrodku, w którym wykonuje się rozległe operacje – uważa dr n. med. Małgorzata Symonides, kierownik Oddziału Klinicznego Anestezjologii i Intensywnej Terapii warszawskiego Narodowego Instytutu Onkologii. Przypomina jednak, że z powodów lokalowych, ograniczonej kadry i faktu, że prehabilitacja nie jest świadczeniem refundowanym przez NFZ, poradnia nie jest w stanie zająć się każdym pacjentem.

– W naszym instytucie wykonywane są około 9 tysięcy operacji rocznie, więc nie jesteśmy w stanie proponować tej opieki każdemu. Skupiamy się na tych chorych,

których czeka rozległa operacja. Pacjenci są kierowani na prehabilitację na etapie wstępnej kwalifikacji do leczenia chirurgicznego. Lekarze z większości oddziałów chętnie kierują do nas pacjentów, ale czasem warto też przypomnieć o prehabilitacji – konstatuje Małgorzata Symonides.

Patrząc na mapę ośrodków onkologicznych w Polsce, widać, że prehabilitacja staje się coraz bardziej powszechna. Poradnia prehabilitacyjna działa m.in. w Radomskim Centrum Onkologii, Podkarpackim Ośrodku Onkologicznym w Brzozowie i Zachodniopomorskim Centrum Onkologii.

W Zachodniopomorskim Centrum Onkologii kwalifikacja do prehabilitacji odbywa się na etapie planowania leczenia, najczęściej na etapie konsylium.

– Szczególna uwaga poświęcana jest pacjentom z nowotworami przewodu pokarmowego, głowy i szyi oraz płuca, ponieważ są to choroby szczególnie narażeni na niedożywienie, utratę masy mięśniowej, obniżenie wydolności oraz pogorszenie jakości życia jeszcze przed rozpoczęciem leczenia – informuje dr n. med. i n. zdr. Jolanta Dynarska, z-ca dyrektora ds. pielęgniarstwa Zachodniopomorskiego Centrum Onkologii. – Pacjenci dzięki procesowi prehabilitacji cechują się mniejszą redukcją masy ciała w czasie leczenia, wyższą beztluszczową masą ciała oraz mineralizacją tkanki kostnej, lepszym kątem fazowym, co w sposób rzeczywisty przekłada się na integralność tkanek w procesie rekonwalescencji. Jako personel obserwujemy efektywniejsze gojenie się tkanek, sprawniejszy powrót pacjentów do samodzielności po zabiegach oraz zdecydowanie mniejszy odsetek rehospitalizacji – wyjaśnia z-ca dyrektora ds. pielęgniarstwa ZCO.

Do poradni kierowani są przede wszystkim pacjenci onkologiczni przygotowujący do leczenia operacyjnego, ale również osoby rozpoczynające radioterapię, leczenie systemowe lub wymagające poprawy stanu ogólnego przed kolejnymi etapami terapii.

– Pacjenci objęci są kompleksową oceną obejmującą stan odżywienia, wydolność fizyczną, kondycję psychiczną oraz czynniki ryzyka

mogące wpływać na przebieg leczenia. W zależności od potrzeb otrzymują indywidualny program przygotowania obejmujący wsparcie żywieniowe, fizjoterapeutyczne, psychologiczne, edukację zdrowotną, pomoc w eliminacji nałogów oraz przygotowanie do poszczególnych etapów leczenia, wiedzę na temat profilaktyki powikłań i samoopieki – wymienia Jolanta Dynarska.

Jak podkreślają eksperci, prehabilitacja pełni jeszcze jedną bardzo ważną funkcję: uświadamia pacjentowi, że w przygotowaniu do leczenia jest kimś, od kogo bardzo zależy wynik końcowy.

Na skuteczność prehabilitacji wskazuje coraz więcej międzynarodowych badań naukowych. Sceptycy zwracają jednak uwagę, że wyniki poszczególnych analiz nie zawsze są jednoznaczne. Część badań pokazuje zmniejszenie liczby powikłań pooperacyjnych, ale nie potwierdza skrócenia czasu hospitalizacji, podczas gdy inne przynoszą odwrotne wnioski. Z czego wynikają te rozbieżności?

– Przyczyny takiego stanu rzeczy wiążą się z dużym zróżnicowaniem pacjentów uczestniczących w badaniach i stosowaniem różnych protokołów postępowania prehabilitacyjnego. Najbardziej jednoznaczne wnioski mamy z badań prowadzonych wśród chorych z grup wysokiego ryzyka powikłań. W tej populacji wyraźnie widać, że wdrożenie prehabilitacji przed zabiegiem przynosi wymierne korzyści zarówno pod względem jakości leczenia, jak i jego kosztów. Tych pacjentów leczymy skuteczniej i taniej – wyjaśnia prof. Tomasz Banasiewicz.

JAK OSZLIFOWAĆ DIAMENT

Prehabilitacja jest coraz bardziej obecna w szpitalach, m.in. w Samodzielnym Publicznym Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Szczecinie, w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrzu, Szpitalu Uniwersyteckim w Zielonej Górze, Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Częstochowie czy w Szpitalu Kopernika w Łodzi. Opieka prehabilitacyjna w kraju jest różnie organizowana (w ramach oddzielnych poradni lub w strukturach innych poradni specjalistycznych). Czasem dostępne są pojedyncze konsultacje u poszczególnych specjalistów, gdzie indziej są też wizyty kontrolne. Różne są też kryteria kwalifikacji dotyczące tego, którzy pacjenci mogą skorzystać z tej formy wsparcia. Za to problem wszędzie jest jeden. Jak podkreślają eksperci, nie istnieje model

finansowania prehabilitacji przez Narodowy Fundusz Zdrowia rozumiany jako kompleksowe przygotowanie pacjenta do leczenia, obejmujący opiekę fizjoterapeutyczną, dietetyczną i psychologiczną.

– Na razie prehabilitacja w polskim systemie ochrony zdrowia pozostaje nieoszlifowanym diamentem. Pojawiają się wartościowe oddolne inicjatywy, ale to wciąż za mało. Dochodzimy do momentu, w którym trzeba ująć prehabilitację w ramy systemowe i stworzyć jednolite zasady jej funkcjonowania. Dziś nie jest ona świadczeniem refundowanym przez NFZ, a bez finansowania trudno będzie upowszechnić ją na większą skalę. Potrzebna jest dyskusja o tym, jak skutecznie wdrożyć takie rozwiązanie – podkreśla Krzysztof Karaś.

Zdaniem prof. Jerzego Sieńki,

Mimo rosnącej liczby dowodów
na skuteczność prehabilitacji
w Polsce nadal nie jest standardem
opieki

konsultanta krajowego w dziedzinie chirurgii ogólnej, wycenienie prehabilitacji w ramach NFZ zachęci te ośrodki, które jeszcze jej nie wprowadziły, i ułatwi funkcjonowanie tych, które już działają.

Pozytywnie jest jednak to, że widać światło w tunelu. – Obecnie nie mamy w koszyku świadczeń refundowanych NFZ stricte świadczenia prehabilitacyjnego, ale trwają rozmowy z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) na temat wprowadzenia finansowania prehabilitacji w kolejności od najważniejszych wskazań. Do tej grupy należą pacjenci z grup wysokiego ryzyka, przede wszystkim pacjenci kruchy, w zaawansowanym wieku, z cechami niedożywienia, osłabioną wydolnością fizyczną, słabym napędem psychicznym, często z anemią, z chorobą nowotworową – mówi prof. Tomasz Banasiewicz. Przypisuje też, że w pewnych obszarach załączki prehabilitacji już funkcjonują, np. w momencie zakładania karty DiLO jest oceniany

ZALECENIA W PREHABILITACJI

W 2023 r. w „Polskim Przeglądzie Chirurgicznym” ukazały się „Rekomendacje w zakresie stosowania prehabilitacji, czyli kompleksowego przygotowania pacjenta do zabiegu operacyjnego”. Pracowała nad nimi grupa 45 specjalistów z całej Polski (chirurdzy, anestezjologowie, dietetycy, fizjoterapeuci, psychologowie, pielęgniarki, farmaceuci). W publikacji znajdziemy wskazania do stosowania prehabilitacji, w tym co powinna obejmować, kto się powinien nią zajmować i jak długo powinna trwać. W ramach zaleceń czytamy między innymi, że:

- prehabilitacja powinna być elementem kompleksowej opieki okołoperacyjnej,
- optymalny czas trwania prehabilitacji przed planowym zabiegiem chirurgicznym wynosi 4–6 tygodni (w uzasadnionych przypadkach można go wydłużyć lub skrócić),
- prehabilitacja jest najbardziej wskazana w grupach największego ryzyka powikłań (głównie u pacjentów z licznymi chorobami współistniejącymi i u osób starszych),
- w określaniu grup ryzyka należy brać pod uwagę stan pacjenta oraz zakres planowanego zabiegu,
- szczególną uwagę należy zwrócić na pacjentów obciążonych, starszych (powyżej 65. roku życia), z zespołem kruchości, z sarkopenią oraz otyłością (BMI powyżej 35), przygotowywanych do rozległych zabiegów i/lub leczenia onkologicznego.

Dokument z rekomendacjami liczy kilkadziesiąt stron i zawiera wiele szczegółowych informacji. Całość jest dostępna online:



► Odpowiednio zaplanowana prehabilitacja wzmacnia organizm, zmniejsza ryzyko powikłań i zwiększa szanse na szybszy powrót do zdrowia

stan odżywienia pacjenta, jego wydolności fizycznej i kondycji psychicznej.

– To olbrzymia zmiana mentalna, ale muszą za tym pójść kolejne działania. Skoro na początku leczenia onkologicznego oceniamy stan pacjenta i jest on zły, to dla nas jasny sygnał, że coś trzeba z tym zrobić – podkreśla prof. Banasiewicz.

Inne pojedyncze przykłady elementów prehabilitacji też można znaleźć, problem polega na tym, że są one rozproszone. – Trzeba to usystematyzować, skupić się nie na konkretnych rodzajach zabiegów, a na stanie pacjenta, i wprowadzić zasadę kompleksowości opartej na czterech filarach z udziałem wielodyscyplinarnego zespołu specjalistów medycznych, ale nie na zasadzie, że się proponuje tylko pomoc dietetyka albo tylko fizjoterapeutę – dodaje prezes elekt Towarzystwa Chirurgów Polskich.

Trwają też dyskusje, w jakim kierunku należałoby rozwijać prehabilitację.

– Zastanawiamy się w gronie ekspertów, czy konieczne są odrębne poradnie prehabilitacji. Wydaje mi się, że nie jest to jedyna możliwa droga. Uważam, że można rozwijać prehabilitację również w ramach prostszego rozwiązania, czyli utworzenia świadczenia prehabilitacji, które będzie możliwe do rozliczenia w poradniach już istniejących, np. chirurgicznej, anestezjologicznej, ortopedycznej, onkologicznej, czyli wszędzie tam, gdzie pacjent wymaga takiego leczenia – uważa prof. Banasiewicz.

KIERUNEK POZ

Coraz częściej zwraca się uwagę na zasadność inicjowania prehabilitacji w obszarze podstawowej opieki zdrowotnej.

– O prehabilitacji warto pomyśleć już wtedy, gdy lekarz rodzinny kieruje pacjenta do szpitala lub poradni specjalistycznej z podejrzeniem schorzenia, które może wymagać leczenia inwazyjnego. To moment, w którym można wstępnie ocenić ogólną kondycję chorego i uświadomić mu, że czas oczekiwania na zabieg warto wykorzystać na jak najlepsze przygotowanie organizmu do obciążającego leczenia – mówi dr Magdalena Łasińska-Kowara. Dodaje, że kolejną dobrą okazją jest etap kwalifikacji do operacji, gdy lekarze kierujący na zabieg proszą lekarza POZ



foto: Shutterstock.com

o informacje dotyczące przebytych chorób i stanu zdrowia pacjenta.

– Warto wówczas ocenić jego rezerwę funkcjonalną i, jeśli jest ona obniżona, uwzględnić tę informację – podkreśla anestezjolożka.

Czy lekarze POZ mają wystarczającą wiedzę na temat prehabilitacji?

– Badamy tę kwestię w ramach ankiety dotyczącej opieki okołoperacyjnej opracowanej przez Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej we współpracy z Sekcją PRIMO PTPZ. Zachęcam lekarzy rodzinnych do jej wypełnienia. Zapraszam też do współpracy z naszą sekcją, jesteśmy otwarci na rozmowy o prehabilitacji – mówi dr Łasińska-Kowara. Ankietę można

wypełnić online, link jest dostępny na stronach PTMR i PTPZ. Zaznacza jednak, że systemowo włączanie prehabilitacji powinno odbywać się na etapie kwalifikacji do zabiegu operacyjnego, a specjalistyczne konsultacje fizjoterapeutyczne, dietetyczne, psychologiczne czy farmakologiczne powinny odbywać się w obrębie opieki szpitalnej. Uważa też, że trzeba stworzyć korzystniejsze warunki systemowe dla anestezjologów do kwalifikowania do programów prehabilitacyjnych, ponieważ lekarze tej specjalności są świetnie przygotowani do oceny wydolności fizycznej pacjenta, jego stanu odżywienia i zdolności do regeneracji.

CO WIESZ – ANKIETA DLA LEKARZY POZ

Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej we współpracy z Sekcją Prehabilitacji i Medycyny Okołooperacyjnej Polskiego Towarzystwa Programów Zdrowotnych opracowało ankietę dla lekarzy POZ dotyczącą opieki okołoperacyjnej, badającą m.in. wiedzę i praktykę z zakresu prehabilitacji.



TEMAT NUMERU

System nie jest na nas gotowy

Jak w praktyce funkcjonuje przygotowanie pacjentów do leczenia, tłumaczy **dr Magdalena Stankiewicz**, twórcą pierwszego w Polsce programu stacjonarnej prehabilitacji i rehabilitacji dla osób z chorobami onkologicznymi, w rozmowie z Piotrem Kościelniakiem.

O prehabilitacji dużo się mówi na zjazdach czy szkoleniach, ale w praktyce widzi się ją rzadko. Lekarze specjaliści podkreślają wagę odpowiedniego przygotowania, ale gdy przychodzi o konkretów, prehabilitacja schodzi na drugi plan. Dlaczego tak się dzieje? Problem jest złożony. Z jednej strony, gdy spotykamy się z pacjentem, jesteśmy skupieni na samym leczeniu, czyli na chirurgii, na radioterapii, na leczeniu systemowym – mówię to jako onkolog. I to jest najważniejsze, a przygotowanie pacjenta rzeczywiście trochę w tym wszystkim umyka. W całej machinie badań, konsultacji ta „miękka medycyna” – choć nie lubię tego określenia – niknie. A przecież przygotowanie organizmu – dietetyczne, wydolnościowe, psychologiczne – jest bardzo istotne.

Drugim problemem jest to, że z punktu widzenia NFZ prehabilitacja nie istnieje jako odrębne świadczenie. Oczywiście funkcjonują poradnie prehabilitacyjne, możemy znaleźć je w całej Polsce. Ale jest to inicjatywa oddolna zaangażowanych zespołów. Często nie mają finansowania lub są podpisane pod poradnie onkologiczne, żywieniowe czy pracownie fizjoterapii.

W tym wszystkim jest jeszcze podejście pacjentów – w sytuacji, w której człowiek jest chory i ma przejść ciężkie leczenie, dowiaduje się, że trzeba się jeszcze skupić na żywieniu i aktywności fizycznej. Słyszy: „To jeszcze może pan pójść porozmawiać z psychologiem”. Zdarza się, że pacjent się temu sprzeciwia. On jest chory, a my mu wymyślamy jakieś zajęcia poboczne.

Jest Pani twórcą programu prehabilitacji dla chorych na raka i pierwszego ośrodka, który go realizuje w Domu

Zdrojowym Cechini w Żegiestowie-Zdroju. Jak doszło do zorganizowania ośrodka? Czy był jakiś moment lub doświadczenie zawodowe, które stało się impulsem do działania?

Bezpośredni impuls był jak zwykle przypadkowy. Dwa lata temu Marcin Cechini poprosił o spotkanie z Górnośląską Fundacją Onkologiczną, której jestem wiceprezsem. Powiedział, że mają piękny ośrodek w świetnej lokalizacji i myślą o tym, żeby zrobić program rehabilitacji dla pacjentów onkologicznych. Tu krótkie wyjaśnienie:

W całej machinie badań i konsultacji przygotowanie pacjenta po prostu znika, a prehabilitacja powinna być standardowym elementem leczenia onkologicznego

dostęp do leczenia uzdrowiskowego dla pacjentów onkologicznych w Polsce jest bardzo ograniczony. Zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem ministra zdrowia w ramach finansowania z NFZ pacjenci onkologiczni nie mogą korzystać z takiej formy terapii przez rok, a nawet pięć lat od zakończenia leczenia operacyjnego, chemioterapii lub radioterapii.

Zaproponowałam stworzenie programu zarówno rehabilitacji, jak i prehabilitacji, czyli przygotowania pacjenta do leczenia w warunkach stacjonarnych. Oczywiście wiele z tych rzeczy można robić w domu, ale tu pomysł był taki, aby pacjenci

przebywali w trochę innym środowisku, żeby mogli oderwać się od codzienności. W takich programach uczestniczą pacjenci, którzy jeszcze nie rozpoczęli leczenia, ale są również w trakcie czy wiele lat po leczeniu. Mogą stanowić dla siebie wsparcie.

Wspomniała Pani, że zdarza się, iż sami pacjenci nie są skłonni uczestniczyć w prehabilitacji. Czy fakt uruchomienia takiego ośrodka w domu zdrojowym, a nie w szpitalu, nie umniejsza trochę znaczenia prehabilitacji w oczach pacjentów? Może myślą, że to takie sanatorium?

Tak, to jest myśl, która również przyszła nam do głowy. Dlatego w żadnym stopniu czy to w rozmowie z pacjentami, czy na stronie internetowej nie obiecujemy gruszek na wierzbie. Podkreślamy, że nasze podejście jest wielodyscyplinarne, że mamy cały zespół złożony z onkologa, dietetyka, psychologa i fizjoterapeutów. Oczywiście jeżeli pacjent chce skorzystać z jakichś zabiegów sanatorium – np. kąpeli solankowych czy inhalacji – to, o ile jego choroba na to pozwala, może to zrobić.

Organizujemy również w Domu Zdrojowym konferencje poświęcone tematyce prehabilitacji i profilaktyki – udało nam się przeprowadzić dwa takie spotkania – w których wzięli również udział pacjenci i ich bliscy. Chcemy, aby jak najwięcej osób dowiedziało się o prehabilitacji i miało szansę z niej skorzystać. W listopadzie tego roku planujemy kolejną konferencję połączoną z warsztatami.

Spróbujmy przekonać nieprzekonanych. Co dokładnie oferuje Zespół Prehabilitacji i Rehabilitacji Onkologicznej?

Program rozpoczyna się w piątek wieczorem. Pacjenci przyjeżdżają na kolację, a w sobotę i w niedzielę, czyli przez pierwsze dwa dni pobytu, trwają konsultacje: onkologiczna, psychologiczna, dietetyczna, jak również z zespołem fizjoterapeutów.

Dalszy program układamy indywidualnie dla każdego pacjenta w zależności od tego, na jakim jest etapie leczenia. Plan jest ułożony godzinowo, punkt po punkcie, dzień po dniu. To, jakie zajęcia są proponowane: czy bardziej skupiamy się na aktywności fizycznej, na wzmocnieniu organizmu, ćwiczeniach aerobowych lub w basenie, zależy od potrzeb i możliwości pacjenta. Wykonywane są też badania krwi i w ramach konsultacji dietetycznej dokonujemy pomiaru składu ciała. Od tego zależy, czy modyfikujemy posiłki – na przykład czy dietę fortyfikować żywnością specjalnego przeznaczenia medycznego. Kolejnym elementem jest konsultacja psychologiczna i w zależności od tego, jakie są potrzeby pacjenta, decydujemy, czy zajęcia mają się odbywać w pojedynkę, czy pacjent powinien być z rodziną. W zależności od potrzeb i możliwości włączamy w to również inne zajęcia, na przykład medytację lub jogę.

Pobyty mogą trwać tydzień, dwa lub trzy tygodnie. Na bieżąco kontrolujemy stan zdrowia pacjenta i konsultujemy z nim, co należałoby zmienić. Sprawdzamy też, czy pacjentowi udaje się nasz program realizować. Na zakończenie każdy dostaje wypis z zaleceniami, w jaki sposób kontynuować program w domu, jak zmodyfikować styl życia – czyli głównie sugestie dotyczące diety i aktywności fizycznej.

Czy prowadzone przez Panią programy są skierowane do pacjentów zakwalifikowanych do operacji czy już poddawanych chemioterapii lub radioterapii?

Nasz program jest skierowany do wszystkich, czyli do pacjentów zarówno przed leczeniem, w jego trakcie, jak i po zakończeniu – oczywiście po indywidualnej kwalifikacji. Jeden z ostatnich pacjentów był akurat w trakcie leczenia systemowego, o ile pamiętam był poddawany immunoterapii.

Oklepany zwrot mówi, że rak to nie jedna choroba, ale wiele różnych. Które nowotwory najlepiej „odpowiadają”



fot.: archiwum prywatne

na prehabilitację? Ma Pani takie dane?

Szczególnie dużo uwagi poświęca się pacjentom z zaburzeniami przełykania i przyjmowania pokarmów, czyli głównie chorym na nowotwory głowy i szyi oraz przewodu pokarmowego. W przypadku tych pacjentów przygotowanie jest absolutnie kluczowe, ponieważ często tracą na wadze, niejednokrotnie w momencie diagnozy organizm jest już w stanie wyniszczenia. Bez właściwego przygotowania ryzyko powikłań może być u nich większe. Trochę inaczej jest w przypadkach młodych kobiet z rozpoznaniem raka piersi, młodych mężczyzn z nowotworem jądra czy nawet starszych z rakiem stercza. Tacy pacjenci są na ogół w dobrym stanie ogólnym, ale oni również mogą odnieść korzyść z prehabilitacji.

Rozumiem, że prowadzony przez Panią ośrodek jest pierwszym i jak dotąd jedynym oferującym prehabilitację stacjonarnie.

Jeżeli chodzi o ośrodki stacjonarne oferujące prehabilitację dla pacjentów onkologicznych, to według mojej wiedzy jesteście jedyni.

◀**Dr n. med. Magdalena Stankiewicz** jest specjalistą radioterapii onkologicznej, zastępcą kierownika Zakładu Brachyterapii Narodowego Instytutu Onkologii w Gliwicach, kieruje pierwszym w kraju stacjonarnym Programem Prehabilitacji i Rehabilitacji Onkologicznej w Domu Zdrojowym Cechini

Ilu pacjentów skorzystało z programu?

Na razie killkunastu.

NFZ za takie programy płaci?

Obecnie nie ma takiej możliwości. Problem jest dwutorowy, bo tak jak powiedziałam, jeżeli chodzi o leczenie uzdrowskowe dla pacjentów onkologicznych, to zgodnie z zapisami rozporządzenia ministra zdrowia, w ramach finansowania przez NFZ nie mogą oni z niego skorzystać przez rok, a w przypadku niektórych nowotworów nawet do pięciu lat po leczeniu.

Również w środowisku lekarskim pokutuje mit, że pacjenci onkologiczni nie mogą być poddawani żadnej fizjoterapii, w tym także fizykoterapii. A wiadomo, że do uzdrowska czy sanatorium jedzie się właśnie w takim celu. To niestety powoduje, że często pacjenci onkologiczni nie korzystają z uzdrowsk nawet latami – lekarze nie wyrażają na to zgody. Tymczasem mamy coraz więcej danych i zaleceń międzynarodowych, które mówią o tym, że fizjoterapia nie tylko jest bezpieczna, ale poprawia jakość życia i funkcjonowanie pacjentów.

O ile pamiętam w przypadku schorzeń onkologicznych niektóre zabiegi, takie jak masaż czy terapia laserem, były niewskazane. Czy wiedza medyczna na ten temat się zmieniła?

Zmieniła się. Nawet pojawiły się podręczniki, również w języku polskim, które o tym mówią. Zebyśmy się dobrze zrozumieli: to nie jest tak, że wszystko dla wszystkich, bo jak pan słusznie zauważył, nowotwór to nie jest jedna choroba. Co więcej, nawet nowotwory tego samego narządu mogą się istotnie różnić w zależności od cech samej choroby oraz stanu pacjenta. Jednak nawet w przypadku

pacjentów z aktywną chorobą nowotworową, a także po zakończeniu leczenia, istnieje możliwość zastosowania fizjoterapii, w tym również zabiegów fizykoterapeutycznych. Nie można powiedzieć, że u każdego pacjenta onkologicznego masaż czy laseroterapia są bezwzględnie przeciwwskazane.

Porozmawiamy chwilę o systemie. Jakie inne bariery, oprócz tego, że NFZ nie płaci, utrudniają rozwój prehabilitacji w Polsce?

W dużej mierze problemem jest również opór części środowiska. Wszyscy wiemy, że kiedy przychodzi do nas chory, nie jest jedynym pacjentem – bywa piętnastym albo trzydziestym tego dnia. Każdemu z nich trzeba zaplanować leczenie. Wiemy też, w jakim systemie funkcjonujemy, to jest zwyczajnie niemożliwe, żeby wszystko było po stronie jednego lekarza. Konieczne są zespoły złożone z psychologów, dietetyków, fizjoterapeutów. Nie wszędzie jest to możliwe – często brakuje zasobów, aby stworzyć poradnię prehabilitacyjną.

Drugim elementem jest sam pacjent. Dostaje listę badań i wizyt: ma się zgłosić na badania krwi, na tomografię, a my dokładamy mu jeszcze dwie albo trzy konsultacje, na przykład u dietetyka, psychologa czy fizjoterapeuty. I do tego jeszcze w szpitalu w innej miejscowości. Nie dziwię się, że pacjenci mogą podchodzić do tego z niechęcią. Wiem, że niektórzy koledzy starają się planować na przykład tomografię i wizytę u dietetyka tego samego dnia, aby oszczędzić pacjentowi czasu i ograniczyć liczbę dojazdów. Nie wszędzie jest to jednak możliwe i wymaga odpowiedniej organizacji systemu.

W wielu krajach prehabilitacja jest bardziej zaawansowana niż w Polsce, jest częścią systemu i standardowym elementem leczenia. Czy to jest możliwe i u nas?

Jestem przekonana, że tak. Po pierwsze, uważam, że powinna być oferowana w formie ambulatoryjnej. Pacjent dostaje diagnozę, otrzymuje informacje na temat poszerzonej diagnostyki, a równolegle jest kierowany do poradni prehabilitacyjnej na konsultacje z wielodyscyplinarnym zespołem. Pod nadzorem onkologa wdraża zalecane postępowanie przed leczeniem i w jego trakcie. Chciałabym, żeby pacjent mógł wejść w ten rytm, żeby wiedział, że jest objęty kompleksową opieką i miał poczucie sprawczości.

I jeszcze, żeby NFZ za to płacił.

To już byłaby sytuacja idealna. ●

Niestety tacy pacjenci wciąż zbyt rzadko są poddawani odpowiedniej prehabilitacji. A to we współczesnej kardiochirurgii wydaje się być błędem. Zwracając na to uwagę specjaliści Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii w St. Bartholomew's Hospital w Londynie w publikacji z sierpnia 2025 r. „Cardiac prehabilitation: is there a role in cardiac surgery”, zamieszczonej na łamach „Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology”. Powołują się na najnowsze badania. Wynika z nich, że w Wielkiej Brytanii zaledwie 13 proc. ośrodków kardiochirurgicznych oferuje pacjentom planowym prehabilitację. Niesie ona wiele korzyści, ale powinna być dopasowana do konkretnego pacjenta. Tymczasem mniej niż połowa z nich podlega przedoperacyjnej ocenie.

W innych brytyjskich placówkach chirurgicznych jest pod tym względem znacznie lepiej. Aż 66 proc. z nich, w tym również chirurgia onkologiczna, oferuje pacjentom prehabilitację, w tym pełną ocenę anestezjologiczną.

Nie ma danych, jak wygląda to w Polsce, lecz w tej dziedzinie niestety jesteśmy opóźnieni w wielu obszarach naszej opieki medycznej, nie tylko w kardiologii i kardiochirurgii. Poradnie rehabilitacji powstają u nas zazwyczaj jedynie punktowo, jako inicjatywa oddolna. I nierzadko z inicjatywy lekarzy, którzy osobście zetknęli się z tym, że ich bliscy nie byli początkowo kwalifikowani do poważnej operacji – z powodu złego stanu zdrowia, głównie zespołu kruchości.

W rozmowie z Medonetem przyznała się do tego dr hab. n. med. Dorota Sobczyk. To z jej inicjatywy w 2022 r. powstała Poradnia Prehabilitacji Oddziału Klinicznego Chirurgii Serca, Naczyń i Transplantologii w Krakowskim Szpitalu Specjalistycznym im. św. Jana Pawła II. Efekt to spadek powikłań o 30 proc., mniej infekcji pooperacyjnych, krótszy czas hospitalizacji i szybsza mobilizacja pacjenta po operacji. „Mamy twarde dane na to,

że prehabilitacja działa” – powiedział specjalista.

SILA WDECHU

Często podnoszony jest argument dotyczący braku badań w zakresie prehabilitacji kardiologicznej. Specjaliści z St. Bartholomew's Hospital w Londynie nie mają jednak wątpliwości, że przed operacją należy zwiększyć aktywność fizyczną pacjenta, dostosowując ją do stanu zdrowia. Wciąż pozostają jednak pytania: jakie ćwiczenia są najskuteczniejsze, jak intensywne powinny być i jak długo należy je prowadzić, by uzyskać najlepsze efekty?

Opinię w tej sprawie opublikowali eksperci Sekcji Prewencji i Epidemiologii Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego w publikacji „Rehabilitacja pacjentów, u których zespół kruchości współlistnieje z chorobami układu krążenia” („Zeszyty edukacyjne”, „Kardiologia Polska” 2/2025). Odnieśli się w niej także do prehabilitacji, podkreślając, że przegląd 17 badań z zastosowaniem różnych interwencji przed operacją (m.in. ćwiczeń, treningu oddechowego, radzenia sobie ze stresem) wykazał zmniejszenie powikłań pooperacyjnych, skrócenie czasu do ekstubacji i czasu hospitalizacji w grupie starszych pacjentów. „Szczególnie dużą efektywność wykazano dla treningu mięśni oddechowych” – podkreślają.

W badaniach tych nie wyróżniono pacjentów z zespołem kruchości (FS). Według polskich kardiologów „można domniemywać, że wśród starszych osób były też takie z tym zespołem”. Dlatego też – dodają – kluczowym staje się przesiewowa ocena FS, aby możliwe było dostosowanie również prehabilitacji do szczególnych potrzeb w tej grupie pacjentów.

Prowadzone są badania dotyczące prehabilitacji starszych pacjentów przed planowymi operacjami serca, by wykazać poprawę rokowania, jakości życia i wydolności czynnościowej. Szczegółowe zalecenia dotyczące przygotowania pacjenta z FS do zabiegu kardiologicznego oraz prehabilitacji opracowali eksperci

TEMAT NUMERU

Serce potrzebuje mocnych mięśni

ZBIGNIEW WOJTASIŃSKI

Coraz więcej dowodów wskazuje, że prehabilitacja – obejmująca aktywność fizyczną, ćwiczenia oddechowe, wsparcie żywieniowe i psychologiczne – poprawia wyniki leczenia kardiochirurgicznego. Szczególnie istotna jest u osób starszych i z zespołem kruchości, których w Polsce szybko przybywa.

Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego („Patients with frailty syndrome and cardiac invasive procedures”).

POLSKA SZYBKO SIĘ STARZEJE

W naszym kraju ustalenia te mają szczególne znaczenie, gdyż zespół kruchości występuje u nas częściej niż w innych krajach. Polska wraz z Włochami i Hiszpanią ma jeden z najwyższych średnich wskaźników nasilenia zespołu kruchości w Europie (w przeciwieństwie do Danii i Szwajcarii). U nas występuje on u 16–17 proc. osób po 65. roku życia, a zagrożonych jest nim aż 44–50 proc. seniorów.

Konsultant krajowy w dziedzinie geriatrii prof. Tomasz Targowski podkreśla, że w porównaniu do innych krajów jesteśmy społeczeństwem bardziej schorowanym. Polacy są jednym z najszybciej starzejących się społeczeństw w Europie, z tą różnicą, że starzenie się naszego społeczeństwa szybko postępuje. Jednocześnie słabo w Polsce rośnie tzw. długość życia w zdrowiu. A to oznacza, że mamy więcej osób z wielochorobowością i zespołem kruchości, wymagających prehabilitacji, w tym szczególnie prehabilitacji kardiologicznej.

UNIKNAĆ POWIKŁAŃ

Z badań wynika, że w przypadku kardiochirurgii przygotowania do operacji powinny trwać od dwóch do sześciu tygodni. Ale są też opinie ekspertów, że należałoby ją przedłużyć nawet do ośmiu

tygodni, przynajmniej u niektórych pacjentów.

Pacjenta trzeba przygotować pod względem sprawności fizycznej, odżywienia (poziom białka) oraz stanu psychicznego. Szczególnie trudne są dla niego ostatnie

Przygotowanie pacjenta przed planowym zabiegiem kardiochirurgicznym może mieć równie duże znaczenie co późniejsza rehabilitacja

dwa tygodnie przed zabiegiem planowym, kiedy narasta stres, a stan psychiczny pacjenta się pogarsza i jest on mniej zmotywowany do ćwiczeń oraz innych zajęć. Ogromna w tym rola psychoterapeuty.

Doświadczenia Poradni Prehabilitacji Oddziału Klinicznego Chirurgii Serca, Naczyń i Transplantologii w Krakowie wykazały, że szczególnie ważny jest trening mięśni wdechowych. Pozwala on zwiększyć rezerwę oddechową, co z kolei zmniejsza ryzyko powikłań płucnych w przebiegu pooperacyjnym. A to ma kluczowe znaczenie. „Wiemy, że te powikłania płucne w kardiochirurgii stanowią

największy odsetek” – zaznaczyła w rozmowie podczas Seminarium o Zdrowiu Sądcezan dr Dominika Batycka-Stachnik, która zajmuje się prehabilitacją w Krakowskim Szpitalu Specjalistycznym im. św. Jana Pawła II.

Przygotowania powinny zatem tak przebiegać, by umożliwić maksymalne skrócenie pobytu pacjenta na oddziale intensywnej terapii. „Jeżeli dojdzie do powikłań płucnych, to zaczyna się cała kaskada niekorzystnych zdarzeń, czyli przedłużona wentylacja mechaniczna, przedłużone unieruchomienie w łóżku, a tym samym pogorszenie parametrów funkcjonalnych i poznawczych” – ostrzega dr Batycka-Stachnik.

Konsekwencje tych powikłań mogą być odczuwalne jeszcze długo po zakończeniu hospitalizacji. Wydłużony pobyt w szpitalu wiąże się również z większym ryzykiem zakażeń wewnątrzszpitalnych.

BRAKUJE TYLKO SZCZEPIEŃ

We wszystkich zaleceniach dotyczących prehabilitacji, często wspólnych dla wszystkich pacjentów, i to bez względu na rodzaj interwencji chirurgicznej, wymieniane się cztery elementy: przygotowanie żywieniowe, fizjoterapeutyczne, psychologiczne oraz eliminacja nałogów.

„Stanowią one dość uniwersalną podstawę przygotowania pacjenta do każdego – bardziej kompleksowego – leczenia chirurgicznego, a także chemio- i radioterapii” – podkreślają autorzy publikacji „Rekomendacje w zakresie stosowania prehabilitacji, czyli kompleksowego przygotowania pacjenta do zabiegu operacyjnego”.

Ale nawet w tych wszechstronnych i pogłębionych rekomendacjach brakuje zalecenia, żeby pacjenci się szczepili przed operacjami i zabiegami, choćby przeciwko grypie i COVID-19. A jeszcze niedawno do zabiegu, jak i do badania diagnostycznego nie kwalifikowano, jeśli pacjent nie był zaszczepiony przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B, a potem – przeciwko COVID-19.

TEMAT NUMERU

Siła zaczyna się na talerzu

LIDIA SULIKOWSKA

To, co znajduje się na talerzu przed operacją, może mieć równie duże znaczenie jak to, co wydarzy się na sali operacyjnej.

Nie bez powodu przygotowanie żywieniowe jest jednym z czterech filarów rehabilitacji. – To bardzo ważny element przygotowania do zabiegu operacyjnego czy leczenia onkologicznego, ponieważ odpowiednio odżywiony organizm lepiej toleruje terapię i szybciej wraca do codziennego funkcjonowania – mówi dr n. med. Dagmara Bogdanowska-Charkiewicz z Kliniki Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, pełnomocniczka rektora UMB ds. leczenia żywieniowego.

JADŁOSPIS MUSI BYĆ EMPATYCZNY

Zanim pacjent otrzyma zalecenia żywieniowe, należy ustalić jego punkt wyjścia oraz rzeczywiste potrzeby.

– Ocena stanu odżywienia nie może ograniczać się do obliczenia BMI. Obejmuje również screening niedożywienia, analizę zmian masy ciała, sposobu żywienia, występujących dolegliwości oraz, jeśli istnieje taka możliwość, ocenę składu ciała ze szczególnym uwzględnieniem masy mięśniowej. Niezwykle istotna jest także ocena siły i sprawności pacjenta, ponieważ prawidłowe BMI nie wyklucza niedożywienia ani utraty mięśni – tłumaczy dr n. med. Marta Lewandowicz-Czarnecka, dietetyk kliniczny i wykładowca Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu.

Jak dodaje, w ramach oceny stanu odżywienia przeprowadzany jest szczegółowy wywiad. Między innymi padają pytania, czy w ostatnim czasie wystąpiła u pacjenta niezamierzona utrata masy ciała, zmniejszenie ilości przyjmowanego pokarmu i pogorszenie apetytu. – Posiłkujemy się kwestionariuszami.

W warunkach szpitalnych mamy do dyspozycji NRS lub SGA, a także skalę MNA w przypadku osób starszych. Nieprawidłowy wynik powinien prowadzić do pogłębionej diagnostyki i zaplanowania konkretnej interwencji żywieniowej – dodaje dietetyczka.

Przy ustalaniu zaleceń żywieniowych bierze się również pod uwagę możliwości i ograniczenia

Niedożywienie, sarkopenia lub nadmierna masa ciała mogą wpływać niekorzystnie na przebieg interwencji medycznej. Dlatego warto zwrócić uwagę na dietę pacjenta

pacjenta, np. czy może gryźć, żuć, bezpiecznie przełykać, czy czuje ból, czy sam musi przyrządzać posiłki.

– Zawsze staramy się proponować posiłki zbliżone do tych, które jadł dotychczas. Jadłospis musi być empatyczny – podkreśla Marta Lewandowicz-Czarnecka. Znaczenie mają również rodzaj planowanego leczenia lub zabiegu oraz czas pozostały do jego rozpoczęcia. Optymalny program rehabilitacji trwa zazwyczaj 4–6 tygodni, jednak nawet krótszy okres może zostać wykorzystany na poprawę sposobu żywienia. W niektórych sytuacjach przygotowanie powinno trwać dłużej, na przykład u chorych wymagających bezpiecznej redukcji masy ciała przed zabiegiem.

– Jeśli pacjent choruje na otyłość i wymaga schudnięcia przed

operacją, dajmy mu na to czas. Szybka utrata masy ciała w krótkim czasie może przynieść więcej szkody niż pożytku, bo wówczas zazwyczaj najwięcej traci się tkanki mięśniowej. Celem nie jest po prostu niższa liczba na wadze, lecz poprawa stanu metabolicznego, sprawności i bezpieczeństwa leczenia – wyjaśnia ekspertka.

CO MA DIETA DO OPERACJI

Plan interwencji żywieniowej jest zindywidualizowany. Jak zauważa dr n. o zdr. Natalia Mogiłko, dietetyk kliniczny w Zespole ds. Żywienia Klinicznego w Szpitalu Zdrowie w Kwidzynie, inaczej wygląda interwencja w przypadku pacjenta niedożywionego, inaczej z otyłością sarkopeniczną, a inaczej u chorego na otyłość, ale bez otyłości sarkopenicznej.

– Do naszej szpitalnej poradni prehabilitacyjnej trafiają głównie pacjenci zagrożeni niedożywieniem albo wymagający redukcji masy ciała. Część z nich jest szczerze zdziwiona, że żywienie ma znaczenie dla powodzenia zabiegu, choćby w kwestii dostarczenia organizmowi białka i innych składników wpływających na gojenie się ran czy błonnika, który jest ważny pod względem mikrobioty jelitowej – mówi Natalia Mogiłko. Zdarza się, że pacjenci nie widzą potrzeby konsultacji dietetycznej, ale jak już odbędą poradę, to przyznają, że dowiedzieli się wielu wartościowych informacji.

– Znacząca część pacjentów bierze sobie do serca nasze zalecenia. Prehabilitacja staje się dla

CO ZALECAJĄ EKSPERCI

Zgodnie z „Rekomendacjami w zakresie stosowania prehabilitacji, czyli kompleksowego przygotowania pacjenta do zabiegu operacyjnego”, które ukazały się w 2023 r. w „Polskim Przeglądzie Chirurgicznym” czytamy m. in. że:

- *przesiewowa ocena stanu odżywienia pacjenta powinna się odbyć na jak najwcześniejszym etapie leczenia w celu szybkiego wykrycia pacjentów z zaburzeniami stanu odżywienia i podwyższonym ryzykiem żywieniowym oraz na podstawie decyzji o pogłębieniu oceny stanu odżywienia i wdrożeniu odpowiedniej interwencji żywieniowej;*
- *u pacjentów bez niedożywienia oraz z niewielkim niedożywieniem bez ograniczeń podaży doustnej zalecenia mogą opierać się na odpowiednich poradnikach, stronach internetowych czy aplikacjach; u pacjentów ze średnim i ciężkim niedożywieniem zalecane jest wprowadzenie żywienia klinicznego pod kontrolą lekarza, a u pacjentów z każdą postacią niedożywienia zaleca się wsparcie dietetyka.*

nich impulsem do zmiany stylu życia, bo zauważyli, że dzięki modyfikacji jadłospisu lepiej się czują, są aktywniejsi – dodaje dietetyczka.

NIEDOŻYWIENIOWE KOMPLIKACJE

Jednym z największych problemów dotykających pacjentów jest niedożywienie.

– Wyniki badań naukowych prowadzonych na całym świecie pokazują, że co trzeci pacjent, który trafia do szpitala, jest albo niedożywiony albo w wysokim ryzyku żywieniowym. To ogromny problem. Niedożywienie może opóźniać gojenie ran i obniżać odporność, przez co zwiększa się ryzyko infekcji, i to nie tylko w zakresie zakażenia rany, ale też np. wzrasta ryzyko zachorowalności na zapalenie płuc. Niedobory białkowe pogłębiają sarkopenię, czyli postępującą utratę masy i siły mięśniowej, co bezpośrednio upośledza zdolność

poruszania się – tłumaczy Dagmara Bogdanowska-Charkiewicz. Lekarka zwraca też uwagę, że niedożywienie wpływa negatywnie na wydolność oddechową w trakcie znieczulenia ogólnego, co ma bardzo istotne znaczenie w przypadku pacjentów, których czeka operacja.

– Niedożywienie to stan, który trzeba poprawić przed planowaną terapią. Natomiast jeżeli pacjent zgłasza się do szpitala na operację i dopiero wówczas okazuje się, że jest niedożywiony, to warto rozważyć odroczenie zabiegu do czasu, kiedy zostaną włączone chociaż podstawowe interwencje żywieniowe. Tam, gdzie można poczekać, warto to zrobić – podkreśla Dagmara Bogdanowska-Charkiewicz. Do grupy pacjentów w dużym ryzyku niedożywienia lub już niedożywionych należą m.in. osoby chorujące onkologicznie i cierpiące z powodów gastroenterologicznych, z przewlekłymi chorobami układu pokarmowego.

Co ważne, pacjent niedożywiony nie zawsze rzuca się w oczy. W przypadku otyłości sarkopenicznej mamy nadmiar tkanki tłuszczowej z jednoczesną zmniejszoną masą i siłą mięśniową. Tacy pacjenci często wyglądają „dobrze”, ale w rzeczywistości są niedożywieni.

PRZECZYTRZĄĆ SYTOŚĆ

Interwencja żywieniowa u osób niedożywionych polega na wprowadzeniu diety dostosowanej pod względem zapotrzebowania na energię oraz składniki odżywcze, z odpowiednią proporcją białka, węglowodanów, zdrowych tłuszczów, a także witamin, pierwiastków śladowych. – To także zwrócenie uwagi na formuły immunomodulujące, które mają dodatkowo pobudzić do działania układ odpornościowy – mówi Natalia Mogiłko.

Częstym problemem zwłaszcza u pacjentów niedożywionych jest to, że szybko odczuwają sytość. – W takiej sytuacji fortyfikujemy posiłki, czyli zamykamy w małej objętości jak najwyższą wartość odżywczą. Są na to różne sposoby, np. zamieniamy mleko na śmietankę, zamiast twarogu chudego dajemy twaróg półtłusty/tłusty, dodajemy do posiłków orzechy, awokado, masło orzechowe, produkty z dużą zawartością białka.

Również tłuszcz pozwala łatwo podnieść kaloryczność posiłku, ale jego nadmierna ilość może nasilać wczesną sytość, nudności, opóźniać opróżnianie żołądka albo pogarszać tolerancję ze strony przewodu pokarmowego – wyjaśnia Marta Lewandowicz-Czarnecka. Pacjentom, którzy szybko odczuwają sytość, doradza, aby spożywali posiłki na dużych talerzach – ta sama objętość na małym talerzu dużo bardziej przeraża niż identyczna ilość podana na większym naczyniu.

Zdarza się, że pomimo wysiłków dieta doustna nie wystarcza i trzeba wesprzeć pacjenta doustnymi suplementami odżywczymi (ONS), zaliczanymi do żywności specjalnego przeznaczenia medycznego. – Niestety ONS-y nie są refundowane. Uważam, że to powinno się zmienić w przypadku niektórych grup chorych, na przykład u pacjentów z chorobami onkologicznymi lub nieswoistymi zapalnymi chorobami jelit, jeśli czeka ich operacja czy inne obciążające leczenie – uważa Dagmara Bogdanowska-Charkiewicz.

Czasem jednak i taka interwencja to za mało. – Dla pacjentów, którzy nie mogą odżywiać się drogą naturalną lub odżywiają się niedostatecznie i u których rozwija się niedożywienie, bo dotychczasowe metody modyfikacji diety okazały się niewystarczające, jedynym sposobem postępowania jest zastosowanie leczenia żywieniowego przez sztuczną drogę do przewodu pokarmowego (dojelitowo) albo dożylną (pozajelitowo). Wśród pacjentów naszego ośrodka, wymagających takiego sposobu żywienia, są również chorzy, których czeka operacja – mówi dr n. med. Marek Kunecki, kierownik Centrum Leczenia Żywieniowego w WSSz im. M. Pirogowa w Łodzi. I dodaje: – Są to między innymi osoby z rozpoznaniem nowotworu głowy i szyi, u których w okresie przedoperacyjnym szybko rozwija się ciężkie niedożywienie. Skutecznie i bezpiecznie leczenie tych pacjentów, wykorzystujące zwykle agresywne terapie, takie jak rozległa operacja, chemioterapia czy radioterapia, wymaga zadbania o ich stan odżywienia i zapobiegania utracie masy ciała już od chwili ustalenia rozpoznania. ●

TEMAT NUMERU

Ruch przed operacją leczy

SYLWIA WAMEJ

Dobrze zaplanowana aktywność fizyczna zmniejsza ryzyko powikłań, skracając pobyt w szpitalu i przyspiesza powrót do sprawności. Fizjoterapeuci przekonują, że prehabilitacja powinna stać się standardem opieki.

Coraz więcej pacjentów trafia do fizjoterapeuty jeszcze przed operacją, ponieważ przygotowanie ruchowe staje się integralną częścią leczenia chirurgicznego.

OCENA FUNKCJONALNA

Zdaniem dr. Piotra Czyżewskiego, prodziekana ds. dydaktyki Wydziału Rehabilitacji AWF w Warszawie, oraz dr n. kult. fiz. Hanny Tchórzewskiej-Korby, kierownika Zakładu Rehabilitacji w Narodowym Instytucie Onkologii, kluczowa jest indywidualna ocena pacjenta. Obejmuje ona nie tylko siłę czy wydolność, ale także codzienną samodzielność, nawyki ruchowe i obciążenia zdrowotne. Dopiero na tej podstawie można zaplanować skuteczny program prehabilitacji.

Jak wyjaśnia dr Tchórzewska, fizjoterapeuci oceniają wydolność krążeniowo-oddechową, siłę i masę mięśniową oraz sprawność funkcjonalną. W zależności od rodzaju operacji wykorzystują m.in. sześciominutowy test marszowy, test schodkowy, test wstawania z krzesła czy TUG (Timed Up and Go), oceniający równowagę i bezpieczeństwo chodu. U osób starszych szczególnie ważne jest wykrywanie sarkopenii, czyli utraty masy i siły mięśniowej. – Duży ubytek masy i siły mięśniowej może oznaczać większe ryzyko powikłań, dlatego musimy go wykrywać i przygotować pacjenta pod tym kątem – podkreśla dr Tchórzewska.

Dr Czyżewski zwraca uwagę, że przed oceną siły i wydolności trzeba sprawdzić podstawową sprawność pacjenta.

– Zaczynamy od tego, czy pacjent jest samodzielny w poruszaniu się, ubieraniu i jedzeniu – mówi.

Równie ważna jest analiza chorób przewlekłych, otyłości czy nałogów, które zwiększają ryzyko powikłań. Dopiero pełna ocena pozwala dobrać odpowiedni program.

Eksperti podkreślają, że najważniejszym elementem prehabilitacji jest trening siłowy, szczególnie u osób starszych.

TRENING SIŁOWY

– Pacjenci czasem boją się ćwiczeń siłowych przed operacją, ale to właśnie one chronią przed zespołem kruchości – mówi dr Czyżewski.

Zespół kruchości, czyli gwałtowny spadek sprawności po zabiegu, jest jednym z głównych czynników pogarszających wyniki leczenia. Trening siłowy poprawia stabilność oraz siłę kończyn dolnych i tułowia, dzięki czemu ułatwia pionizację i mobilizację po operacji.

Drugim filarem jest trening aerobowy, który poprawia tolerancję wysiłku i zmniejsza ryzyko powikłań oddechowych. Trzecim – trening oddechowy, ważny w torakochirurgii i chirurgii jamy brzusznej.

Dr Tchórzewska podkreśla, że pacjent powinien nauczyć się bezpiecznego kaszlu po operacji, ponieważ nieprawidłowe odkrztuszanie może nasilać ból, a nawet doprowadzić do rozejścia rany. Ćwiczenia oddechowe, praca z oporem i zwiększanie ruchomości klatki piersiowej pomagają ograniczyć ryzyko zapalenia płuc oraz zalegania wydzieliny.

EDUKACJA

Czwartym filarem prehabilitacji jest edukacja. Jak podkreśla dr Czyżewski, zaczyna się ona od rozmowy. – Żeby edukacja była skuteczna, najpierw musimy posłuchać pacjenta: jakie ma obawy, przekonania i jakim mitom hołduje – mówi.

Dopiero wtedy można wyjaśnić, dlaczego ruch jest bezpieczny, jak wykonywać ćwiczenia, oddychać, kaszlać i mobilizować się po zabiegu. Metaanaliza Boden i wsp. (2024)

wykazała, że nawet pojedyncza, około 30-minutowa konsultacja z fizjoterapeutą przed operacją skuteczniej ogranicza ryzyko powikłań niż materiały edukacyjne przekazywane pacjentowi.

Optymalny czas prehabilitacji wynosi około sześciu tygodni. – Jeśli mamy trzy dni, też działamy. Wtedy skupiamy się na edukacji i oddechu – mówi dr Czyżewski.

Badania pokazują jednak, że nawet przygotowanie trwające 7–14 dni zmniejsza liczbę powikłań oddechowych, a trzy-pięć dni – poprawia jakość kaszlu i ułatwia mobilizację po zabiegu.

Eksperti obserwują, że pacjenci coraz aktywniej uczestniczą w przygotowaniach do operacji. Chcą wiedzieć, jak będzie przebiegał zabieg, czego mogą się spodziewać po operacji i jak przygotować się do powrotu do domu. Coraz częściej korzystają również z konsultacji dietetycznych i psychologicznych, które uzupełniają przygotowanie o aspekty żywieniowe i emocjonalne.

Dr Czyżewski podkreśla także, że fizjoterapia nie powinna nasilać bólu – jej celem jest bezpieczne przygotowanie organizmu do wysiłku po operacji.

Choć prehabilitacja jest zgodna z założeniami programu ERAS i z powodzeniem funkcjonuje w wielu ośrodkach, nadal brakuje systemowych rozwiązań finansowania.

Prehabilitacja fizjoterapeutyczna należy dziś do najlepiej udokumentowanych interwencji przedoperacyjnych. Jest bezpieczna, stosunkowo tania i skuteczna nawet wtedy, gdy czasu do zabiegu pozostało niewiele. Coraz więcej dowodów wskazuje, że odpowiednio dobrany ruch przed operacją nie jest dodatkiem do leczenia, lecz jego pełnoprawnym elementem.

TEMAT NUMERU

Spokój ma znaczenie

SYLWIA WAMEJ

Lęk przed operacją wpływa na przebieg leczenia równie realnie jak stan fizyczny pacjenta. Dlatego przygotowanie psychologiczne staje się jednym z kluczowych elementów nowoczesnej prehabilitacji.

Prehabilitacja psychologiczna, czyli przygotowanie pacjenta do zabiegu pod kątem emocji, sposobu myślenia i funkcjonowania społecznego, wciąż pozostaje w Polsce niedocenianym elementem leczenia. Choć w wielu krajach jest standardem, u nas nadal funkcjonuje fragmentarycznie, mimo że poziom lęku przedoperacyjnego realnie wpływa na przebieg terapii i rekonwalescencji.

– Lęk jest jednym z najważniejszych czynników rokowniczych, a jego nasilenie może realnie wpływać na wyniki leczenia. Dlatego kluczowym zadaniem lekarza jest jego redukcja poprzez rzetelną informację. Wiedza obniża lęk, to najlepsza metoda – podkreśla dr Zuzanna Kwissa-Gajewska, psycholog zdrowia i psychoterapeutka.

Potwierdzają to badania Powell i wsp. (2016) oraz Tsimopoulou i wsp. (2015), które wykazały, że wysoki poziom lęku zwiększa nasilenie bólu pooperacyjnego, zapotrzebowanie na leki przeciwbólowe, wydłuża rekonwalescencję i utrudnia rehabilitację.

Jednym z pierwszych elementów prehabilitacji psychologicznej jest ocena tzw. obrazu choroby, czyli przekonań pacjenta o jego stanie zdrowia. Lekarz sprawdza, co pacjent wie i skąd czerpie informacje, aby wychwycić błędne przekonania wynikające z mylnych wiadomości znalezionych w internecie czy generatywnej AI.

– Pacjenci od lat diagnozują się przez internet, a dziś także przy pomocy AI. Zwłaszcza wśród pacjentów onkologicznych i kobiet ciężarnych wciąż krąży wiele mitów i nieprawdziwych informacji. Zadaniem lekarza jest je prostować – mówi dr Kwissa-Gajewska.

Korygowanie błędnych przekonań nie tylko porządkuje wiedzę, ale również zmniejsza lęk i poprawia współpracę pacjenta z zespołem terapeutycznym.

KAŻDY POTRZEBUJE CZEGOŚ INNEGO

Badania psychologiczne opisują dwa style radzenia sobie z informacją. Jedni pacjenci

chcą znać wszystkie szczegóły i zadają wiele pytań, inni wolą ograniczoną liczbę informacji, ponieważ ich nadmiar zwiększa stres.

– Nie ma jednego wzorca. Warto zapytać pacjenta, czy ilość informacji jest dla niego wystarczająca. Część psychoedukacji mogą przejąć również pielęgniarki lub psycholog – podkreśla dr Kwissa-Gajewska.

Dostosowanie komunikacji do potrzeb pacjenta jest jednym z fundamentów prehabilitacji. Równie ważny okazuje się kontakt z osobami, które przeszły podobny zabieg.

– Badania pokazują, że pacjenci przygotowani przez osoby, które przeszły podobną operację, szybciej dochodzą do siebie. Widzą, że ktoś przeszedł tę samą drogę i wraca do zdrowia, co wyraźnie obniża poziom lęku – mówi psycholożka.

Istotną rolę odgrywają również techniki redukcji stresu, takie jak ćwiczenia oddechowe, relaksacja, mindfulness, hipnoza czy aromaterapia. Jak podkreśla ekspertka, ich skuteczność zależy od indywidualnych preferencji, dlatego najlepiej korzystać z metod, które wcześniej pomagały pacjentowi radzić sobie ze stresem.

Komunikacja pozostaje jednym z najskuteczniejszych narzędzi prehabilitacji.

– Najprostsze i najskuteczniejsze pytanie brzmi: „Czego najbardziej się pani/pan obawia?”. To pozwala od razu dotrzeć do źródła lęku i dostosować sposób rozmowy – mówi dr Kwissa-Gajewska.

Ogromne znaczenie ma także wsparcie bliskich. Obecność członka rodziny podczas wizyty i możliwość nagrania rozmowy z lekarzem ułatwiają zapamiętanie zaleceń.

Najpoważniejszym problemem pozostaje brak wsparcia po zakończeniu leczenia.

– Pacjenci często mówią, że w trakcie leczenia czuli się dobrze zaopiekowani. Problem zaczyna się po wypisie. Nie wiedzą, jak wrócić do codziennego funkcjonowania, jak się odżywiać, jaką aktywność fizyczną czy seksualną mogą podjąć ani gdzie szukać rehabilitacji. System nie daje im jasnych wskazań – mówi ekspertka.

Choć psycholog kliniczny może wspierać pacjenta na wielu etapach leczenia – od psychoedukacji i interwencji kryzysowej po ocenę ryzyka depresji czy zaburzeń lękowych – dostęp do takiej pomocy pozostaje bardzo ograniczony.

– W wielu ośrodkach opieka psychologiczna jest słabo dostępna. Badania wśród pacjentów po przeszczepieniu komórek macierzystych pokazały, że większość z nich mimo wieloletniego leczenia nigdy nie miała kontaktu z psychologiem – podkreśla dr Kwissa-Gajewska.

EMOCJE TEŻ WSPIERAJĄ ZDROWIE

Prehabilitacja psychologiczna obejmuje również świadome wzmacnianie pozytywnych emocji.

– Warto robić rzeczy, które sprawiają przyjemność czy praktykować trzy dobre rzeczy, które wydarzyły się danego dnia. Pozytywne emocje osłabiają negatywne skutki stresu – wyjaśnia psycholożka.

Przygotowanie psychologiczne poprawia współpracę pacjenta z personelem medycznym, ogranicza liczbę powikłań, skraca rekonwalescencję i ułatwia powrót do codziennego życia. Mimo dobrze udokumentowanej skuteczności nadal nie jest jednak powszechnym elementem opieki przedoperacyjnej. ●

TEMAT NUMERU

Najlepszy moment, by rzucić

DOROTA ROMANOWSKA

Diagnoza i planowane leczenie mogą stać się impulsem do zerwania z nałogiem.
To decyzja, która zmniejsza ryzyko powikłań, poprawia skuteczność terapii
i zwiększa szanse na dłuższe życie.

Rezygnacja z palenia w dowolnym momencie przed operacją lub po niej przynosi korzyść choremu – wykazali naukowcy z University of Toronto (szczegóły badania opisali na łamach „Canadian Journal of Anesthesia” w 2011 r.). Nawet jeden dzień bez papierosa poprawia zaopatrzenie tkanek w tlen, ale aby w organizmie zaszło więcej korzystnych zmian, potrzeba czasu. Dlatego w rekomendacjach w zakresie stosowania prehabilitacji zaleca się, aby pacjenci rzucili palenie co najmniej cztery tygodnie przed planowaną operacją lub leczeniem onkologicznym. Poprawi to wydolność krążeniowo-oddechową – zwiększy się poziom tlenu we krwi, przyspieszy regenerację i gojenie ran oraz zmniejszy ryzyko infekcji i powikłań pooperacyjnych. Zmniejszy również odczuwanie bólu i poprawi odpowiedź na stosowanie środków przeciwbólowych.

U pacjentów onkologicznych, którzy przed rozpoczęciem leczenia zerwali z nałogiem, stwierdzono zwiększoną skuteczność radioterapii, chemioterapii i immunoterapii w porównaniu z chorymi, którzy nadal palili. Naukowcy z University of Texas MD Anderson Cancer Center wykazali, że u osób, które zerwały z nałogiem, prawdopodobieństwo śmierci z powodu nowotworu złośliwego było o 22-26 proc. mniejsze niż u pacjentów palaczy. A im szybciej po usłyszeniu diagnozy chorzy zdecydowali się rzucić palenie, tym większą mieli szansę na dłuższe życie. Wyniki tego badania, którym objęto ponad 4,5 tys. pacjentów, zostały opublikowane w czasopiśmie „JAMA Oncology” w 2024 r.

Zerwanie z nałogiem jest jednak trudne. Szacuje się, że ok. 8 mln

mieszkańców Polski pali papierosy lub e-papierosy. Stanowi to ponad 28 proc. dorosłej populacji. Z raportu „Problem palenia tytoniu wśród pacjentów onkologicznych i kardiologicznych” przygotowanego w 2024 r. przez Fundację „To się leczy” wynika, że aż 56 proc. czynnych palaczy próbowało rzucić palenie, ale im się to nie udało.

W Polsce nie ma systemowych rozwiązań dotyczących terapii uzależnienia od palenia tytoniu. Osoby uzależnione od palenia – w przeciwieństwie do uzależnionych od alkoholu czy narkotyków – nie otrzymują pomocy w rzucaniu nałogu oraz w walce z jego konsekwencjami. W 2024 r. w Polsce działały tylko trzy kompleksowe stacjonarne poradnie antynikotynowe, finansowane ze środków publicznych. Jedną z nich – Poradnię Pomocy Palącym – znajduje się przy Narodowym Instytucie Onkologii w Warszawie. Przyjmuje ona pacjentów bez skierowania.

Jak wynika z raportu „Problem palenia tytoniu wśród pacjentów...”, wiele osób podejmowało próby zerwania z nałogiem samodzielnie, często kilka razy, ale skutecznie rzuca palenie tylko ok. 3 proc. osób. Co więcej, większość ankietowanych nie otrzymała od personelu medycznego żadnych informacji dotyczących wsparcia w rzucaniu palenia. Niewiele ponad 10 proc. pacjentów odbyło na ten temat rozmowę z lekarzem lub pielęgniarką.

Lepszy dostęp do specjalistycznej opieki mają pacjenci, którzy

w ramach prehabilitacji planują zerwać z alkoholem. Funkcjonuje ponad 700 poradni finansowanych ze środków publicznych, oferujących leczenie uzależnienia od alkoholu. Pacjenci mogą tam uzyskać bezpłatną pomoc, a także odbyć terapię na oddziałach dziennych lub w ośrodkach całodobowych.

Korzyści wynikające z całkowitego odstawienia alkoholu lub znacznego ograniczenia jego spożycia na kilka tygodni przed operacją nie są tak spektakularne jak efekty rzucenia palenia, ale również to pomaga w zdrowieniu, wykazał zespół naukowców pod kierunkiem Kristiana Oppedala ze Stavanger University Hospital. Ich analiza została opublikowana w Cochrane Database of Systematic Reviews w 2012 r. Zerwanie z tym nałogiem znacznie zmniejsza ryzyko powikłań pooperacyjnych i krwawienie pooperacyjne oraz przyspiesza gojenie się ran.

Z danych przedstawionych przez WHO wynika, że osoby nadużywające alkoholu są narażone na 200–400 proc. więcej powikłań pooperacyjnych w porównaniu z osobami niepijącymi. Nawet krótki okres abstynencji poprawia funkcjonowanie układu odpornościowego i stabilizuje rytm serca. Zaprzymanie picia sprawia, że sprawniej pracuje wątroba, dzięki czemu mniejsze jest ryzyko wystąpienia silnych nudności, wymiotów i niepożądanych reakcji na leki. Eksperci zalecają zrezygnować z alkoholu co najmniej 2 tygodnie przed zabiegiem.

WAŻNY TEMAT

Lekarz przed sądem

ANNA WOJDA

To samo zdarzenie może prowadzić do postępowania karnego i zawodowego, ale w każdym z nich lekarz jest oceniany według innych kryteriów. Sąd lekarski bada nie tylko to, czy doszło do naruszenia prawa, lecz także czy lekarz postępował zgodnie z zasadami wykonywania zawodu i etyką.

Lekarz może ponosić konsekwencje swojego postępowania na kilku płaszczyznach. W zależności od charakteru sprawy w grę może wchodzić odpowiedzialność cywilna, karna, pracownicza, a także zawodowa. Każdy z tych trybów służy innemu celowi i opiera się na innych zasadach. Odpowiedzialność zawodowa ma szczególny charakter, ponieważ dotyczy nie tylko naruszenia przepisów związanych z wykonywaniem zawodu, ale także zasad etyki lekarskiej.

Lekarz może więc odpowiadać zawodowo nie tylko za nieprawidłowości związane z diagnostyką czy leczeniem. Przedmiotem postępowania mogą być również m.in. naruszenie praw pacjenta, tajemnicy lekarskiej, zasad prowadzenia dokumentacji czy innych obowiązków wynikających z przepisów regulujących wykonywanie zawodu. Ocena zawsze wymaga uwzględnienia okoliczności konkretnej sprawy, aktualnej wiedzy medycznej oraz tego, czy lekarz postępował z należytą starannością.

Istotne jest również rozróżnienie odpowiedzialności zawodowej od karnej. Postępowanie karne koncentruje się na tym, czy doszło do popełnienia przestępstwa. W postępowaniu zawodowym ocenia się natomiast, czy zachowanie lekarza było zgodne z zasadami wykonywania zawodu i etyką. Dlatego jedno zdarzenie może być jednocześnie przedmiotem postępowania karnego i zawodowego, ale wynik jednego z nich nie musi automatycznie przesądzać o wyniku drugiego.

– Członkowie sejmowej komisji, która odbyła się w lipcu, byli zainteresowani tym, ilu lekarzy zostaje pozbawionych prawa wykonywania zawodu, wychodząc z założenia, że sądy powszechne karzą, a samorząd nie. Tymczasem to

my możemy na podstawie Kodeksu Etyki Lekarskiej skuteczniej nałożyć karę na daną osobę – mówi Jacek Fórmaniak, przewodniczący Naczelnego Sądu Lekarskiego. Jak podkreśla, różnica między tymi postępowaniami wynika także z odmiennych podstaw oceny. – Prokuratura sztywno trzyma się elementów określonych w prawie karnym i działań, które zagrażają życiu. Sądy lekarskie są mniej wyrozumiałe. Mówię to z perspektywy kogoś, kto działa w sądzie od 16 lat – dodaje.

POSTĘPOWANIE I KARY

Za prowadzenie postępowań w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej odpowiadają organy samorządu lekarskiego – rzeczniczy odpowiedzialności zawodowej oraz sądy lekarskie. Postępowanie może rozpocząć się na skutek skargi pacjenta lub jego bliskich, zawiadomienia innego lekarza albo informacji pochodzącej z innego źródła. Może być również wszczęte z urzędu.

Pierwszym etapem jest postępowanie wyjaśniające prowadzone przez rzeczownika odpowiedzialności zawodowej. Natomiast sąd lekarski dokonuje oceny zgromadzonego materiału. Lekarzowi przysługuje prawo do obrony, w tym do składania wyjaśnień, zgłaszania wniosków dowodowych, zapoznawania się z aktami sprawy oraz korzystania z pomocy obrońcy.

Katalog kar obejmuje m.in. upomnienie, naganą, karę pieniężną czy zakaz pełnienia funkcji kierowniczych. W poważniejszych przypadkach sąd może ograniczyć zakres

wykonywania zawodu, zawiesić prawo wykonywania zawodu albo orzec jego pozbawienie. O wyborze kary decydują okoliczności konkretnej sprawy, w tym charakter przewinienia, stopień zawinienia, jego skutki oraz dotychczasowe zachowanie lekarza. Sankcja powinna być adekwatna do naruszenia, a nie stanowić automatycznej konsekwencji samego faktu wszczęcia postępowania.

SPRAWDZIAN DLA SYSTEMU

To właśnie sposób działania systemu odpowiedzialności zawodowej stał się w ostatnich miesiącach przedmiotem szerszej dyskusji. Jednym z powodów była sprawa lekarza związanego ze Szpitalem Południowym w Warszawie. Postępowanie dotyczące Dawida Kacprzyka pokazało, jak łatwo w przestrzeni publicznej mogą zostać połączone kwestie organizacji pracy, wynagrodzeń i odpowiedzialności zawodowej. Samorząd lekarski wszczął w tej sprawie czynności wyjaśniające.

Zdaniem Jacka Fórmaniaka sprawa Szpitala Południowego nie powinna jednak przesłaniać szerszego obrazu. – Myślę, że sprawa Szpitala Południowego jest incydentalna i ma szersze tło polityczno-towarzyskie, które pozwalało na pewne nieprawidłowości i na to, co się wydarzyło. Przecież ktoś te faktury akceptował. Niestety sprawa ta może przynieść sporo zła – mówi.

W lipcu temat funkcjonowania tego systemu był przedmiotem posiedzenia sejmowej Komisji Zdrowia. Posłowie pytali m.in. o liczbę postępowań, ich czas trwania, liczbę kar oraz przypadki przedawnienia. Dyskusję odroczone do września. ●

WAŻNY TEMAT

Jak Europa rozlicza odpowiedzialność zawodową

DR N. PR. PAULINA TOMASZEWSKA-ROZBICKA, RADCA PRAWNY
MAREK SZEWCZYŃSKI, RADCA PRAWNY

Kto powinien rozstrzygać, czy lekarz naruszył zasady wykonywania zawodu – samorząd lekarski czy państwo? Europejskie systemy odpowiadają na to pytanie na dwa sposoby, ale niezależnie od przyjętego modelu wszędzie obowiązują podobne gwarancje dla obwinionego i coraz większą rolę odgrywa współpraca między państwami.

Kwestia odpowiedzialności zawodowej lekarzy i związanego z tym postępowania prowadzonego przez organy izb lekarskich coraz częściej pojawia się w debacie publicznej i informacjach medialnych, nierzadko z zarzutem, że jest to postępowanie czasochłonne, niezbyt skuteczne oraz że w innych państwach jest to lepiej uregulowane.

Odpowiedzialność zawodowa jest dodatkowym rodzajem odpowiedzialności osób wykonujących określone zawody (w Polsce określane jako zawody zaufania publicznego), obok odpowiedzialności o charakterze powszechnym jak karna, cywilna, pracownicza. Wykonujący dany zawód, w omawianym przypadku lekarz albo lekarz dentysta, może zatem – z powodu tego samego zdarzenia – podlegać jednocześnie kilku rodzajom odpowiedzialności, co niewątpliwie samo w sobie stanowi dodatkową dolegliwość.

Co istotne, postępowanie w zakresie odpowiedzialności zawodowej lekarzy z uwagi na jego represyjny charakter musi gwarantować obwinionemu szczególną ochronę prawną, zbliżoną do standardów procesu karnego (m.in. odpowiednie stosowanie przepisów procedury karnej, prawo do obrony i korzystania z pomocy profesjonalnego obrońcy, domniemanie niewinności, prawo do milczenia, dwuinstancyjność postępowania). Oznacza to, że organ prowadzący postępowanie musi

zebrać materiał dowodowy tak samo miarodajny jak w postępowaniu karnym, a to siłą rzeczy wymaga czasu, choćby dlatego, że organy prowadzące to postępowanie nie mają takich uprawnień i możliwości jak prokuratura i Policja.

MIĘDZY RZĄDEM I SAMORZĄDEM

W innych państwach europejskich odpowiedzialność zawodowa lekarzy opiera się na podobnych zasadach jak w Polsce, choć poszczególne systemy różnią się, m.in. organami prowadzącymi postępowanie,

W Europie lekarz może odpowiadać według różnych modeli, ale standard ochrony pacjenta pozostaje wspólny

katalogiem kar i procedurami ich orzekania. Wynika to z faktu, że kwestie te regulują przepisy krajowe – nie istnieje jeden ogólnoeuropejski ani unijny system odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Jednocześnie ze względu na rosnącą mobilność lekarzy wykonujących zawód w więcej niż jednym państwie prawo unijne przewiduje wymianę informacji

między państwami o orzeczonych wobec lekarzy sankcjach, co może w znaczący sposób stanowić przeszkodę dla możliwości wykonywania zawodu w innym państwie.

Analiza europejskich systemów odpowiedzialności zawodowej lekarzy pozwala wyodrębnić ich dwa zasadnicze modele. W pierwszym, tak jak ma to miejsce w Polsce, organami właściwymi do rozstrzygania spraw z zakresu odpowiedzialności zawodowej są samorządy zawodowe. W drugim modelu kompetencja ta należy do organów administracji rządowej.

Model samorządowy funkcjonuje m.in. w takich państwach, jak: Austria, Belgia, Chorwacja, Czechy, Francja, Hiszpania, Niemcy (niektóre sankcje orzeka izba lekarska, a te najdalej idące, jak zawieszenie albo pozbawienie uprawnień zawodowych, organy administracji landowej), Portugalia, Rumunia, Słowenia, Włochy. W tych krajach samorządy lekarskie sprawują pieczę nad należytym wykonywaniem zawodu i prowadzą postępowanie dyscyplinarne.

W drugiej grupie państw sprawami z zakresu odpowiedzialności zawodowej lekarzy zajmują się organy funkcjonujące w ramach administracji rządowej – taki model

obejmuje m.in. Cypr, Danię, Estonię, Finlandię, Irlandię, Niemcy, Norwegię, Wielką Brytanię, Szwecję.

We wszystkich tych systemach zapewnia się lekarzowi, którego dotyczy postępowanie, gwarancje procesowe takie jak w Polsce, czyli przede wszystkim domniemanie niewinności i prawo do obrony oraz kontrolę instancyjną. Katalog kar dyscyplinarnych bywa różny – podobnie jak w Polsce – od kar łagodnych, typu upomnienie i nagana, do kar dotkliwych, ograniczających bądź uniemożliwiających dalsze wykonywanie zawodu (czasowo albo na zawsze).

WSPÓŁPRACA PONAD GRANICAMI

Istotnym elementem wspólnym dla systemów odpowiedzialności zawodowej lekarzy w państwach UE jest tzw. mechanizm ostrzegania przewidziany w dyrektywie 2005/36/WE. Przepisy te zobowiązują właściwe organy państw członkowskich do wzajemnego przekazywania sobie informacji o lekarzach, wobec których wydano zakaz lub ograniczenie, nawet tymczasowo, prowadzenia na terytorium tego państwa działalności zawodowej.

Współpraca ta funkcjonuje niezależnie od tego, czy kompetencje w ramach nadzoru nad wykonywaniem zawodu lekarza sprawuje samorząd zawodowy, czy organy administracji rządowej. Wymiana informacji odbywa się za pośrednictwem Systemu Wymiany Informacji na Rynku Wewnętrznym (System IMI). Po wystąpieniu z UE w tym systemie nie uczestniczy Wielka Brytania – organy brytyjskie wielokrotnie podkreślały, że bardzo tego żałują.

W Polsce okręgowe rady lekarskie przekazują za pośrednictwem systemu IMI informacje o prawomocnie orzeczonych sankcjach skutkujących ograniczeniem lub zawieszeniem prawa wykonywania zawodu lekarza albo lekarza dentysty, a także otrzymują analogiczne informacje z zagranicy.

BEZPIECZEŃSTWO PACJENTÓW

W tym kontekście ciekawym zagadnieniem jest transgraniczne oddziaływanie orzeczonych sankcji. Co do zasady, kara orzeczona w ramach odpowiedzialności zawodowej wywiera bezpośrednie skutki w państwie, w którym została orzeczona. Jednocześnie jednak informacja o jej nałożeniu, przekazana poprzez system IMI organom wszystkich pozostałych państw UE, może wpływać na sytuację zawodową danej osoby także w tych innych państwach (np. odmowę przyznania uprawnień

z uwagi na karalność w innym państwie, podjęcie własnego postępowania lub automatyczne zastosowanie sankcji orzeczonej za granicą). System ten stanowi jeden z instrumentów poprawiających bezpieczeństwo pacjentów oraz przejrzystość wykonywania zawodów medycznych w ramach jednolitego rynku europejskiego.

LEKARZ PRZED TRYBUNAŁEM

Interesujący punkt odniesienia dla analizy odpowiedzialności zawodowej lekarzy w Europie stanowi system obowiązujący w Wielkiej Brytanii. Kluczową rolę w tym systemie odgrywa organ General Medical Council (GMC), realizujący swoje zadania między innymi za pośrednictwem wyspecjalizowanego podmiotu – Medical Practitioners Tribunal Service (MPTS).

GMC jest organem odpowiedzialnym za sprawowanie nadzoru nad wykonywaniem zawodu

Elementem wspólnym dla systemów odpowiedzialności zawodowej lekarzy w państwach UE jest tzw. mechanizm ostrzegania przewidziany w dyrektywie 2005/36/WE

lekarza w Wielkiej Brytanii, co obejmuje prowadzenie postępowania wyjaśniającego dotyczącego potencjalnych naruszeń standardów wykonywania zawodu. Jeżeli zgromadzony materiał dowodowy wskazuje na możliwość naruszenia przez lekarza norm zawodowych, etycznych lub prawnych, sprawę kieruje się do rozpoznania przez MPTS, który pełni funkcję niezależnego organu orzekającego.

Zadaniem MPTS jest przeprowadzenie niezależnej oceny sprawy na podstawie zgromadzonego materiału dowodowego. W przypadku stwierdzenia naruszenia możliwe jest zastosowanie jednej z przewidzianych prawem sankcji, których podstawowym celem jest zapewnienie bezpieczeństwa pacjentów oraz ochrona zaufania społecznego do zawodu lekarza. Co ciekawe, w skład trybunałów

MPTS wchodzi zarówno przedstawiciele zawodów medycznych – lekarze zarejestrowani w GMC i posiadający prawo wykonywania zawodu, jak i osoby niezwiązane zawodowo z medycyną. Wszyscy członkowie trybunałów przechodzą proces kwalifikacyjny oraz uczestniczą w obowiązkowych szkoleniach mających zapewnić jak najwyższy poziom orzecznictwa.

Istotnym elementem postępowań prowadzonych przed MPTS jest udział asesorów prawnych (legal assessors). Ich zadaniem jest udzielanie wsparcia w zakresie wykładni prawa, kwestii proceduralnych oraz zagadnień dowodowych pojawiających się w toku postępowania. Funkcję tę mogą pełnić osoby wykonujące określone zawody prawnicze z co najmniej pięcioletnim doświadczeniem zawodowym.

Znaczenie praktyczne dla działalności orzeczniczej MPTS mają wytyczne Guidance for MPTS Tribunals z 2025 r. zawierające wskazówki dotyczące kar dyscyplinarnych – dokument ten wskazuje przesłanki przemawiające za zastosowaniem określonych środków, służąc zapewnieniu większej jednolitości orzecznictwa.

Katalog podstawowych sankcji stosowanych przez MPTS obejmuje: warning, czyli upomnienie/naganę, conditions, polegające na ograniczeniu prawa wykonywania zawodu poprzez orzeczenie określonych warunków praktyki zawodowej, suspension, czyli czasowe zawieszenie prawa wykonywania zawodu, oraz erasure, oznaczające skreślenie lekarza z rejestru. Jednak w przeciwieństwie do wielu systemów prawnych brytyjski model odpowiedzialności zawodowej przewiduje możliwość ponownego wpisu do rejestru lekarzy. Lekarz może wystąpić z wnioskiem o ponowne prawo wykonywania zawodu po upływie pięciu lat od wydania decyzji o skreśleniu. Sankcja ta nie ma więc charakteru definitywnego, dopuszczając możliwość powrotu do wykonywania zawodu.

Odmienne rozwiązanie przyjęto w polskim systemie – kara pozbawienia prawa wykonywania zawodu, przewidziana w ustawie o izbach lekarskich, ma w obecnym stanie prawnym charakter trwały.

WAŻNY TEMAT

Kultura strachu utrwała patologie

Zgłaszanie nieprawidłowości ma sens. Bez tego sytuacja się nie poprawi, dlatego zachęcam do reagowania i sygnalizowania problemów – mówi **dr n. med. i n. o zdr. Rita Sharma**, przewodnicząca Zespołu ds. Naruszeń w Ochronie Zdrowia Naczelnej Izby Lekarskiej, w rozmowie z Lidią Sulikowską.

Czy lekarz zgłaszający nieprawidłowości występujące w pracy jest chroniony, czy raczej naraża się na zawodowe konsekwencje? Afera w Szpitalu Południowym w Warszawie i doniesienia medialne na temat tego, co miało się dziać w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Toruniu, pokazują, że osobom informującym o naruszeniach nie jest łatwo.

Mimo pozytywnych zmian w przepisach prawa sygnaliści nadal często spotykają się z negatywnym odbiorem społecznym. Wciąż funkcjonują określenia takie jak „donosiciel” czy „kabel”. Sama wielokrotnie doświadczyłam takiego podejścia w różnych miejscach pracy. Zgłaszam problemy, ponieważ wierzę, że jest to droga eliminowania nieprawidłowości. Niestety, często bywam postrzegana jako osoba, która „wszędzie widzi problem”. Spotykałam się z lekceważeniem, słyszałam, że przesadzam lub że nie ma sensu niczego zmieniać, bo „tak było od zawsze”.

Zresztą ten argument – że coś funkcjonuje od lat – pojawia się najczęściej. Co istotne, nie słyszę go wyłącznie od osób zbliżających się do emerytury, ale również od osób w średnim wieku. To bardzo trudne, ale mnie nie zniechęca. Wciąż żyje we mnie idea, że zgłaszanie nieprawidłowości ma sens. Bez tego sytuacja się nie poprawi, dlatego zachęcam do reagowania i sygnalizowania problemów.

Nie obawia się Pani nieprzyjemnych konsekwencji?

Nieraz mi mówiono: „nie rób problemu, bo nie przedłuża ci umowy”. Mimo to nigdy nie było we mnie strachu, ale mam świadomość, że większość osób

może się obawiać. Ludzie mają zobowiązania, rodzinę na utrzymaniu i potrzebują stabilnego miejsca pracy.

Lekarze bardziej boją się reakcji pracodawcy czy ostracyzmu ze strony środowiska?

Oba te mechanizmy wzajemnie się wzmacniają. Jeśli lekarz ma szefa, który wspiera zgłaszanie nieprawidłowości, zwykle nie tworzy się zła atmosfera ze strony współpracowników. Problemy pojawiają się wtedy, gdy osoby zarządzające obawiają się reakcji swoich przełożonych lub nie chcą mierzyć się z trudnymi tematami.

Trzeba też otwarcie powiedzieć, że wiele osób próbuje reagować, wielokrotnie zgłaszając problemy szefowi oddziału czy dyrekcji szpitala, ale ciągle odbijają się od ścian. To powoduje, że w końcu tracą motywację do dalszej walki. Warto jednak też zwrócić uwagę, że czasem ta nieskuteczność wynika z tego, że zgłaszamy naruszenia w niewłaściwy sposób. Wydaje mi się, że brakuje nam wiedzy, czego należy w tym zakresie przypilnować. Najważniejsze jest to, aby wszystkie zgłoszenia były składane na piśmie z datą wpływu do sekretariatu. Tego niestety często nie pilnujemy.

Co powinno się zmienić, by lekarze chętniej zgłaszali naruszenia?

Jeśli chodzi o zmiany systemowe, to warto przyrzeć się funkcjonowaniu zespołów antymobingowych i rad nadzorczych w szpitalach. Często tworzą je osoby pracujące

w szpitalu, które są w przyjaźni z dyrekcją czy innymi osobami decyzyjnymi. To nie gwarantuje obiektywizmu ani bezstronności. Takie zespoły powinny tworzyć osoby z zewnątrz, niezależne, kierowane z urzędu, a składy powinny podlegać częstym rotacjom. Tylko w ten sposób unikniemy sytuacji, że przykładowy Mirek z Wojtkiem odpowiednio się zajmą kłopotliwą sprawą. Mam świadomość, że wdrożenie takiego rozwiązania jest dużym wyzwaniem, ale w końcu każda zmiana jest trudna.

Co radziłaby Pani lekarzom, którzy widzą nieprawidłowości, ale boją się je zgłosić przełożonym?

Oczywiście zachęcam do kierowania zgłoszeń do Zespołu ds. Naruszeń w Ochronie Zdrowia działającego przy Naczelnej Izbie Lekarskiej. Dotychczas jednak mieliśmy niewiele takich sygnałów. Nie wpłynęły do nas na przykład żadne zgłoszenia dotyczące Szpitala Południowego. Chciałabym to zmienić.

Dotychczas najwięcej zgłoszeń mieliśmy od niezadowolonych pacjentów. Tego typu zgłoszenia odsyłamy do właściwych organów, głównie Rzecznika Praw Pacjenta albo okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej, jeśli w grę wchodzi skarga na lekarza. Ideą utworzenia zespołu, który powstał w 2023 r., jest pomoc lekarzom i lekarzom denty stom w sytuacjach problemowych dotyczących organizacji miejsca ich pracy, które mogą prowadzić do

zagrożenia bezpieczeństwa zdrowia lub życia pacjenta i bezpieczeństwa pracy personelu. Docelowo chcielibyśmy zajmować się właśnie systemowymi problemami i patologiami dziejącymi się głównie w szpitalach. To mój cel na najbliższe cztery lata jako przewodniczącej zespołu.

Chodzi na przykład o sytuację, kiedy w oddziale dyżuruje mniejsza liczba lekarzy niż powinna. Zajmowaliśmy się sprawą, gdzie w oficjalnym grafiku oddziału raportowanym do NFZ widniało dwóch dyżurnych, a w rzeczywistości na dyżurze był tylko jeden. Skoro NFZ wymaga dwóch dyżurnych, to skądś ten wymóg wynika, a nieprzestrzeganie go powoduje, że nie da się dobrze wykonywać swoich obowiązków.

A jeśli lekarz widzi, że jego kolega lub koleżanka wykonuje procedury, do których nie ma uprawnień?

Zaobserwowane braki merytoryczne w kwestii przygotowania do zawodu powinniśmy zgłaszać do okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej. Natomiast jeśli dany lekarz pracuje bez stosownych uprawnień, na przykład ma warunkowe prawo wykonywania zawodu, a mimo to pracuje samodzielnie w szpitalnym oddziale ratunkowym, to wówczas jest to jak najbardziej kwestia organizacyjna, w której podejmiemy interwencję. Dlatego lekarzu, lekarko, jeśli widzisz u siebie w pracy problem natury organizacyjnej, zgłoś się do nas. Wszystko jest w twoich rękach. Nie bój się zgłaszać patologii. Ten zespół działa, żeby ci pomóc. Zgłoszenia przyjmujemy pod adresem naruszenia@nil.org.pl. Nam jako organowi łatwiej się zwrócić z interwencją na przykład do osób zarządzających szpitalem lub do NFZ, aby niepokojące sytuacje wyjaśnić.

Można zgłosić sprawę anonimowo?

Nie preferujemy anonimów, ponieważ często chcemy osobie zgłaszającej, której sprawa dotyczy, zadać dodatkowe pytania i poprosić o wyjaśnienia. Jeśli ktoś się obawia, to można zaznaczyć w zgłoszeniu, abyśmy nie ujawniali jego danych ze względu na obawę utraty miejsca pracy. Chcemy pomóc w rozwiązaniu problemu, a nie przysparzać dodatkowego kłopotu. Lekarze mają się czuć bezpiecznie. Rzecz jasna, jeśli wcześniej lekarz zgłaszał sprawę dyrekcji, to pewnie te osoby domyślą się, o kogo chodzi w związku z naszym

Fot. Paweł Sudara



zapytaniem. Dlatego zachęcam do zgłaszania naruszeń jeszcze na etapie, gdy do kontaktu z dyrekcją nie doszło, np. lekarz odbył nieskuteczną rozmowę z ordynatorem.

Co w sytuacji, gdy ze strony dyrekcji brakuje woli do rozwiązania problemu?

To zależy, czego dotyczą nieprawidłowości. Na przykład w sytuacji, gdy nie zgadza się obsada grafiku dyżurowego ze stanem faktycznym, informujemy o tym NFZ, bo to jest kwestia nieprawidłowej realizacji kontraktu z płatnikiem.

Jakich narzędzi potrzebuje zespół, by działać skuteczniej?

Moim marzeniem jest dobra współpraca z Ministerstwem Zdrowia, NFZ, Rzecznikiem Praw Pacjenta. Liczę też na rozwój współpracy z okręgowymi rzecznikami odpowiedzialności zawodowej i Naczelnym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej.

Czy warto byłoby wdrożyć systemowo rozwiązanie w formie zewnętrznego organu, który z automatu badałby przypadki, gdy sygnalista zgłaszający naruszenie doświadcza przykrych konsekwencji zawodowych, np. otrzymuje naganę albo zostaje zwolniony z pracy?

Pytanie, jak takie przypadki wychwycić. Obecnie większość lekarzy w szpitalach jest zatrudniana

◀ *Najważniejsze jest to, aby wszystkie zgłoszenia były składane na piśmie z datą wpływu do sekretariatu. Tego niestety często nie pilnujemy – przypomina dr n. med. i n. o zdr. Rita Sharma*

na kontraktach. Kontrakt trwa 2–3 lata i po tym okresie sygnaliście po prostu można nie przedłużyć umowy. Myślę, że mogłoby tu pomóc ujednolicenie praw pracowniczych niezależnie od formy zatrudnienia.

Na pewno potrzebujemy systemowego rozwiązywania patologii w polskiej ochronie zdrowia – być może w formie czegoś w rodzaju izby kontroli przy Ministerstwie Zdrowia, do której lekarze mogliby bez obaw zgłaszać problemy. Mam na myśli organ podobny w swojej roli do Rzecznika Praw Pacjenta. My jako zespół naruszeń możemy skontaktować się z dyrekcją, poprosić o wyjaśnienia w konkretnym przypadku, natomiast w skali kraju danej patologii nie naprawimy.

Jakie są Pani zdaniem największe systemowe naruszenia organizacji pracy w szpitalach?

Powszechne jest oczekiwanie, że pacjent przed operacją zgłosi się na oddział z wykonanymi badaniami krwi. To jest dla mnie sytuacja nie do zaakceptowania. Kolejne naruszenie funkcjonujące w wielu szpitalach dotyczy tego, że lekarze dyżurujący w swoich oddziałach muszą dodatkowo udzielać konsultacji w szpitalnych oddziałach ratunkowych. To nie jest normalne, a dzieje się tak, bo pracują tam nie tylko specjaliści medycyny ratunkowej, ale często też osoby bez doświadczenia i odpowiedniego przygotowania.

Kolejna sytuacja do naprawy to kwestia dostępu do opieki psychologicznej dla pacjentów w chorobie oraz ich rodzin. Codziennie zderzamy się z trudnymi emocjami i oskarżeniami – że jestem złym lekarzem, że coś zostało źle zrobione. Dzieje się tak, ponieważ te emocje nie są zaopiekowane. W efekcie nawzajem skaczemy sobie do gardeł, przez co lekarz wypala się zawodowo, a pacjent czuje się źle potraktowany. Może to nie jest oczywista nieprawidłowość systemowa, ale wszyscy czujemy, że ten obszar wymaga poprawy. ●

AKTUALNOŚCI

Pakiet, który miał ratować system

MAŁGORZATA SOLECKA

Zamiast rozwiązać wątpliwości, konsultacje publiczne ujawniły ich skalę. Pakiet zmian w ochronie zdrowia miał być odpowiedzią na kryzys, ale dziś coraz trudniej rozstrzygnąć, czy rzeczywiście ma naprawiać system, czy przede wszystkim pokazać, że rząd nad nim panuje.

Czy Ministerstwo Zdrowia dotrzyma terminu i Sejm na pierwszym powakacyjnym posiedzeniu zajmie się dwoma projektami ustaw z pakietu naprawczego? Jakie są szanse, że zapowiadane zmiany zostaną uchwalone? Czy podpisze je prezydent? To tylko część pytań i wątpliwości, które przyćmiły proces konsultacji publicznych.

Te zakończyły się w połowie sierpnia. Resort zdrowia nie posłuchał apelu związków zawodowych i organizacji pracodawców. Wnioskowały one o wydłużenie konsultacji o dziewięć dni, z zaplanowanych 21. Argumentowały to nie tylko złożonością materii, ale także okresem urlopowym. Resort zdrowia przekazał negatywną odpowiedź.

14 sierpnia minęło 21 dni konsultacji ostatniego przekazanego do konsultacji projektu. To właśnie w nim zawarto większość przedstawionych propozycji. Wśród nich znalazły się: maksymalna stawka godzinowa w wysokości 240 zł brutto bez względu na formę zatrudnienia, wykluczenie umów kontraktowych opartych na procencie od procedury oraz ograniczenie maksymalnego czasu pracy do wymiaru dwóch etatów. To ostatnie rozwiązanie ma dotyczyć tylko lekarzy, którzy choćby częściowo pracują w sektorze publicznym. Projekt przewiduje także minimalny wymiar czasu pracy w szpitalnictwie. Lekarz miałby pracować w placówce na pół etatu, a podjęcie nowego zatrudnienia wymagałoby zgody pozostałych pracodawców. Łączny

wymiar pracy nie mógłby przekroczyć dwóch etatów.

NAPRAWCZY CZY RATUNKOWY?

Nie ulega żadnej wątpliwości, że projekty z tzw. pakietu naprawczego minister zdrowia Jolanty Sobie-rańskiej-Grendy, jak mało które,

Projekt przewiduje tyle furtek, że może się okazać, iż ustawa będzie próbowała obejść samą siebie

wymagały prekonsultacji. Pakietu, co warto zaznaczyć, nie tyle naprawczego, co ratunkowego. Po pierwsze, miał uratować jej posadę. Na przełomie czerwca i lipca była ona mocno niepewna, a dymisja wisiała na włosku. Po drugie, pakiet miał uratować PR rządu i Koalicji Obywatelskiej. Ci zmagali się z „afetą Dawida Kacprzyka” oraz zalewem informacji o innych patologicznych sytuacjach w szpitalach. Dotyczyły one przede wszystkim zarobków i czasu pracy lekarzy.

Premier Donald Tusk żądał „konkretnych rekomendacji” i działań. Nie chodziło jednak o rozwiązanie wszystkich realnych problemów systemu ochrony zdrowia. Te wynikają

przede wszystkim z przewlekłego niedofinansowania. Problemem jest także niesprawiedliwa struktura wycen świadczeń, narastające zadłużenie szpitali oraz nieracjonalne gospodarowanie kadrami. Z perspektywy pacjentów problemy są jeszcze bardziej konkretne. To problematyczna dostępność do świadczeń, kolejki czy ograniczenia, na przykład do programów lekowych. Tymczasem pakiet miał przede wszystkim umożliwić zademonstrowanie sprawczości rządu i uderzyć w te problemy, które najbardziej rażą opinię publiczną.

Skąd przekonanie, że prekonsultacje okazałyby się nie tylko błogosławieństwem dla pakietu, ale wręcz kolejnym już ratunkiem? Z powodu licznych głosów ekspertów. Wskazywali oni, jak bardzo pakiet przypomina pole minowe bez mapy rozmieszczenia ładunków. Zwracali też uwagę na brak rzetelnej oceny skutków wprowadzanych regulacji. Chodzi zarówno o cele, jakie im przyświecają, jak i o ewentualne zagrożenia. Te powinny być „prześlanką zero”, zwłaszcza przy tak szerokim spektrum eksperckich ocen.

PYTANIA BEZ KOŃCA

Na spotkaniu z mediami zorganizowanym zaraz po przekazaniu projektu przedstawiciele resortu zdrowia, AOTMiT i NFZ zostali dosłownie zasypani pytaniami. Podsumowaniem tej lawiny może być odpowiedź

dyrektora Departamentu Lecznictwa: – To trzeba będzie zapewne doprecyzować na dalszym etapie prac.

„To” oznaczało jedną z najbardziej niezrozumiałych kwestii – maksymalną stawkę godzinową dla specjalistów.

Dziennikarze usłyszeli, że 240 zł będzie mogło wzrosnąć do 360 zł. Tyle że tylko do wymiaru etatu. Maksymalna stawka za dwa etaty, którą w mediach szermował Donald Tusk („76 tys. zł, nie ma biedy”), ma pozostać bez zmian.

Wszystko wydaje się logiczne, jeśli założyć, że 360 zł w wymiarze etatu mieliby zarabiać np. ordynatorzy czy kierownicy klinik. W ich przypadku etat jest wymiarem umownym, bo zaangażowanie związane z zakresem obowiązków bywa większe. Ale nadzwyczajna stawka może – tak przewiduje projekt – dotyczyć także lekarzy o szczególnych umiejętnościach i kompetencjach. Można więc założyć, że w niektórych specjalizacjach wyższa stawka stanie się normą. Tyle że tylko na „pierwszy etat”? Czy poszukiwany i pożądany specjalista miałby w wymiarze drugiego etatu zarabiać 120 zł za godzinę?

Zarzut braku precyzji można postawić także w innych obszarach. Choćby w kwestii wyjątków od ograniczeń czasu pracy. Dotyczy to zarówno granicy maksymalnej, jak i minimalnego wymiaru. Decyzję w tej sprawie na wniosek szpitala miałby podejmować prezes NFZ. Można założyć, że pozytywne rozpatrzenie wniosku będzie miało moc ratunkową. Chroniłoby oddziały, a może nie tylko je, przed perspektywą zawieszenia, a niekiedy zapewne także zamknięcia. Nietrudno przewidzieć, że w roku wyborczym politycy raczej nie będą skłonni powstrzymać się przed próbami „ratowania szpitali”.

Nie bez przyczyny prezes Naczelnej Rady Lekarskiej dr n. med. Łukasz Jankowski, prezentując na konferencji prasowej stanowisko Prezydium NRL wobec pakietu zmian, zwracał uwagę na możliwość wykorzystania tych furtok. Mówił o projekcie ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw. Ustawa, jeśli weszłaby w życie w proponowanym kształcie, może zarówno wywrócić system i bardzo negatywnie wpłynąć na dostępność do świadczeń dla pacjentów, jak i nie zmienić literalnie niczego. Wszystko zależy od tego, czy wykorzystane zostaną w pełni wszystkie przewidziane w niej furtki. – Projekt przewiduje ich tyle, że wygląda, jakby ustawa miała obejść samą siebie – mówił szef lekarskiego samorządu.

Drugą przesłanką była niemal czterogodzinna dyskusja w Trójstronnym Zespole ds. Ochrony Zdrowia. Tu, według relacji uczestników, powtórzył się schemat ze spotkania z mediami: pytania, pytania, pytania. Niektóre były powtarzane wielokrotnie, ponieważ nie uzyskano na nie wystarczających odpowiedzi.

CUI PRODEST?

– Mamy wiele wątpliwości co do szeregu furtek, jakie daje przygotowany przez resort zdrowia projekt w kontekście wynagrodzeń i czasu pracy. Dyrektorzy szpitali alarmują, że koszty wynagrodzeń mogą wzrosnąć, a nie spaść. Komu więc to ma służyć? – mówiła po spotkaniu Maria Ochman z NSZZ „Solidarność”. Podkreślała, że na propozycjach MZ nie skorzystają ani szpitale, ani lekarze, ani pacjenci. Poza płatnikiem. Szczególnie zaś prezesem NFZ, którego kompetencje w systemie mają zostać radykalnie wzmocnione.

Trzecia przesłanka to również spotkanie. Tym razem z Radą Organizacji Pacjentów przy Ministrze Zdrowia. Według relacji resortu pacjenci reagowali na przedstawione propozycje ze zrozumieniem graniczącym z entuzjazmem. Nie podzielali obaw ekspertów ani samorządu lekarskiego dotyczących możliwego i prawdopodobnego pogorszenia dostępności do świadczeń.

„Pozytywne przyjęcie pakietu zmian w ochronie zdrowia. W Ministerstwie Zdrowia odbyło się spotkanie z Radą Organizacji Pacjentów” – poinformował dzień po spotkaniu resort.

„Łatwiejszy dostęp do świadczeń, lepsze zarządzanie kolejkami, równe traktowanie pacjentów i większa przejrzystość systemu – o tych kierunkach zmian rozmawiano podczas spotkania Rady Organizacji Pacjentów w Ministerstwie Zdrowia” – czytamy w mediach społecznościowych. Resort zapewnia w nich, że rozwiązania zawarte w pakiecie ułatwią dostęp do świadczeń, usprawnią zarządzanie kolejkami, wzmocnią prawa pacjenta i zwiększą przejrzystość systemu.

ZAŁOŻENIA I OBawy

Co na to pacjenci? – Przedstawione przez Ministerstwo kierunki

zmian są warte dalszej dyskusji. Z perspektywy pacjentów istotne są zwłaszcza rozwiązania, które mają wzmocnić dostęp do świadczeń w mniejszych miejscowościach, w tym koncepcja Powiatowych Centrów Zdrowia, oraz dalszy rozwój zakresu usług dostępnych w podstawowej opiece zdrowotnej – oceniła Fundacja MY Pacjenci.

Fundacja podkreśliła, że rzeczywiste w pakiecie pacjenci mogą upatrywać pewnych pozytywów. – Na tym etapie mówimy jednak o kierunkach i założeniach. O rzeczywistej wartości proponowanych zmian zdecyduje sposób ich realizacji.

Już z tych trzech wycinkowych spotkań, przeprowadzonych w ciągu 21 dni konsultacji publicznych, wynika, że projekt jest daleki od precyzji właściwej aktom prawnym. Z którejkolwiek strony patrzeć, pozostaje – jak określiła organizacja pacjentów – w fazie założeń.

PROGNOZY NA NIEPOGODĘ

A jak widzą to praktycy, czyli szpitale?

Naczelna Izba Lekarska zapytała dyrektorów ds. medycznych, lekarzy, o ich ocenę skutków ministerialnych propozycji. Lek. Marcin Karolewski, koordynator Ośrodka Profilaktyki i Strategii Zdrowotnych COBIK NIL, prezentując wyniki ankiety, w której wzięło udział ok. 10 proc. szpitali, podkreślił, że największe obawy budzi regulacja dotycząca minimalnego wymiaru pracy w szpitalnictwie. Będzie to szczególnie trudne dla szpitali powiatowych. Do nich lekarze dojeżdżali na pojedyncze dyżury, również np. na SOR.

Dwie trzecie dyrektorów medycznych obawia się pogorszenia sytuacji szpitali, a aż trzy czwarte – odejścia lekarzy z systemu publicznego. Są obawy, że będą zamykane oddziały, a nawet całe szpitale.

Dyrektorzy ocenili, że szczególnie duże problemy kadrowe mogą wystąpić w trzech specjalizacjach: anestezjologii, medycynie ratunkowej i radiologii.

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

AKTUALNOŚCI

Megawyciek

PIOTR KOŚCIELNIAK

Informacje dotyczące blisko 19 mln pacjentów z nawet 12 tys. placówek medycznych w całej Polsce dostały się w ręce włamywaczy. Przestępcy wykradli 2 terabajty danych z systemu informatycznego firmy MyDr oferującej oprogramowanie do elektronicznej dokumentacji medycznej.

O ataku pierwszy poinformował serwis Zaufana Trzecia Strona, zajmujący się bezpieczeństwem IT. Sprawcy zwrócili się do serwisu, informując, że uzyskali dostęp do danych osobowych 18 814 422 Polaków. Źródłem tych informacji ma być baza danych z systemu MyDr EDM.

NIC NIE WIADOMO

Najpoważniejszym problemem – oczywiście obok skali wycieku – jest jednak to, że wciąż nie znamy szczegółów tego incydentu. Choć Centralne Biuro Zwalczania Cyberprzestępczości zajmuje się sprawą od 10 sierpnia, wciąż nie wiadomo dokładnie, czyje i jakiego rodzaju dane zostały przechwycone. W chwili zamykania tego wydania „Gazety Lekarskiej” takich informacji nie znaleźliśmy na rządowej stronie bezpiecznede.gov.pl, która ma służyć właśnie do sprawdzania, czy informacje o indywidualnych osobach trafiły do internetu.

Nie ma również wiarygodnych informacji, kiedy doszło do wycieku – niewykluczone, że włamywacze wykradali dane wielokrotnie. Zdaniem prokuratury nieuprawniony dostęp do systemu MyDr sprawcy uzyskali najpóźniej 6 sierpnia 2026 r. Według serwisu Niezależna.pl z systemu MyDr nielegalnie pobierano dane znacznie wcześniej, bo w marcu 2024 r. Wówczas sprawcy mieli uzyskać dane ok. 13 mln osób.

Wicepremier i minister cyfryzacji Krzysztof Gawkowski przyznał, że mamy do czynienia „z niebywałym i bardzo dużym incydemem w zakresie bezpieczeństwa polskiej infosfery”. Wiceminister cyfryzacji Dariusz Standerski zapewnił jednocześnie, że wykradzione dane „nie krążą po sieci”, a pacjenci nie mają powodów do niepokoju.

ZASTRZEC PESEL, WYMIENIĆ CERTYFIKAT

Nieprzyjemnie kontrastuje to z informacjami płynącymi z placówek medycznych,

które przyznają, że zakres wykradzionych informacji był bardzo szeroki. To nie tylko imię, nazwisko, adres, numer telefonu i PESEL. Wśród danych, które wpadły w ręce włamywaczy, są również daty wizyt, choroby, na jakie cierpi pacjent, przyjmowane leki, wystawione recepty, a nawet notatki lekarza poczynione podczas porady.

Sprawę dodatkowo komplikuje fakt, że system EDM MyDr korzystał z usług chmurowych dostawców Google i Amazon, co może oznaczać, że przekazywano dane osobowe i informacje wrażliwe poza Europejski Obszar Gospodarczy.

Niepewności sprzyja również chaos informacyjny. Choć przedstawiciele rządu zapewniają, iż pacjenci „mogą spać spokojnie”, a dane nigdzie nie wypłynęły, to jednak pacjenci powinni na wszelki wypadek zastrzec swój PESEL. A Centrum e-Zdrowia zwróciło się również do placówek medycznych z żądaniem jak najszybszej wymiany certyfikatów dostępu do systemu P1 w związku z wyciekiem z MyDr – jako element dobrych praktyk.

CO DALEJ?

Do UODO ciągle napływają zgłoszenia (liczone w tysiącach) dotyczące wycieku danych z MyDr pochodzące od administratorów danych – czyli gabinetów, przychodni i praktyk lekarskich. Bo choć wykradziono dane z systemów IT firmy MyDr, to administratorami danych osobowych są instytucje i firmy, które je zbierały i wprowadzały do systemu. MyDr działał jako podmiot je przetwarzający. To zaś oznacza, że to sami lekarze,

a także placówki korzystające z tego systemu mogą ponosić odpowiedzialność za dopuszczenie do nieuprawnionego dostępu do danych pacjentów. Lekarze powinni zatem zweryfikować, czy korzystali z usług MyDr, przejrzeć postanowienia umowy i – jeśli będzie to konieczne – zgłosić naruszenie do UODO oraz poinformować pacjentów.

Naczelna Izba Lekarska przygotowała specjalny poradnik, prowadzący lekarzy i osoby odpowiedzialne za administrowanie danymi w placówkach medycznych krok po kroku przez wszystkie meandry postępowania. Poradnik, zawierający również wzory formularzy i pism, jest dostępny na stronie NIL oraz na portalu gazetalekarska.pl.

Problem bezpieczeństwa danych był jednym z tematów rozmów Rzecznika Praw Lekarzy NIL Grzegorza Wróny z wiceministrem Standerskim. Przedstawiciel samorządu lekarskiego apelował o doprecyzowanie odpowiedzialności administratorów danych, określenie odpowiedzialnych na to podmiotów i ociążenie prawne lekarzy. Dariusz Standerski przyznał, że jego resort podjął już działania w celu nadania informacjom medycznym statusu poufności równego informacjom o obronności państwa. Oznacza to nałożenie najwyższych standardów ochrony, co jest odpowiedzią na oczekiwania środowiska lekarskiego. ●



◀ Poradnik NIL:
co powinien zrobić
lekarz korzystający
z oprogramowania
MyDr

AKTUALNOŚCI

Stawiamy na wiedzę praktyczną

Znieczulenia miejscowe, wykorzystanie technologii cyfrowego bliźniaka do diagnozowania i planowania terapii i wreszcie warsztaty doskonalące umiejętności to tylko część bogatego programu Łódzkich Spotkań Stomatologicznych – mówi **Rafał Jackowski**, wiceprezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Łodzi, w rozmowie z Lidią Sulikowską.

W dniach 25–27 września odbędą się XV Łódzkie Spotkania Stomatologiczne. Czego się mogą spodziewać uczestnicy tego wydarzenia?

Jest tyle ciekawych tematów, że nie wiem, od czego zacząć. Przed nami 16 wykładów, sesja samorządowa, warsztaty i imprezy integracyjne. Stawiamy na wiedzę praktyczną, przydatną w codziennej pracy lekarzy dentyistów. W programie znalazły się między innymi dwie prelekcje prof. Mariusza Szuty, który jest niekwestionowanym autorytetem w dziedzinie chirurgii szczękowo-twarzowej. Jego wystąpienia będą dotyczyć znieczuleń miejscowych stosowanych w gabinecie stomatologicznym, w tym przede wszystkim ogólnoustrojowych stanów zagrożenia zdrowotnego związanych z tą procedurą. Nie zabraknie informacji o zachowaniu różnego rodzaju środków ostrożności podczas kwalifikowania pacjenta do znieczulania, dzięki którym możemy minimalizować ryzyko powikłań.

Zwracam też uwagę na wykład Nikodema Boreckiego o możliwościach leczenia biologicznego miazgi, szczególnie jeśli chodzi o głębokie ubytki, kiedy już praktycznie stoimy na granicy pomiędzy zachowaniem żywotności zęba a leczeniem endodontycznym. Lecząc zęby, chcemy, aby one jak najdłużej były żywe, więc myślę, że ten temat zainteresuje wielu lekarzy praktyków.

Z kolei Damian Oczkowski poruszy kwestię wirtualnego pacjenta – cyfrowego bliźniaka w stomatologii.

Podczas tego wykładu zostaną przedstawione możliwości, jakie daje cyfrowa stomatologia na etapie planowania leczenia, na przykład protetycznego. Stworzenie cyfrowego bliźniaka ułatwia zaplanowanie terapii, więc zdecydowanie warto poszerzać wiedzę, jak poruszać się w tym obszarze praktyki lekarskiej. Będzie mowa



fot.: OIL w Łodzi

o integracji CBCT, skanów i rejestracji ruchu żuchwy.

W programie zaplanowano też wykład dr. hab. n. med. Wojciecha Bednarza o problemach endoperio i możliwościach postępowania na podstawie własnych przypadków klinicznych.

Wojciech Bednarz chętnie dzieli się doświadczeniami opartymi na własnych obserwacjach. To cenna wiedza, dzięki której możemy się doskonalić.

Warto też wspomnieć o wykładzie Katarzyny Michalskiej, która poruszy temat pośrednich licówek kompozytowych, a wszystko to, co doktor Michalska nam przekaże, przećwiczymy na sali warsztatowej. Na warsztaty obowiązują zapisy.

Ponadto podczas konferencji odbędzie się otwarta sesja samorządowa i posiedzenie Komisji Stomatologicznej ORL w Łodzi. To dobra okazja dla samorządowców z komisji stomatologicznych izb

◀ **Rafał Jackowski**, wiceprezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Łodzi, zaprasza na XV Łódzkie Spotkania Stomatologiczne lekarzy dentyistów z całej Polski

lekarskich z innych części kraju do wymiany poglądów.

W tym roku konferencja obędzie się w nowym miejscu.

Po niemal 10 latach zmieniamy lokalizację na Hotel Magellan nad Zalewem Sulejowskim. Warunki pobytu są bardzo komfortowe, a teren sprzyja odpoczynkowi po sesjach wykładowych i wspólnej integracji. To także ważne elementy wydarzenia, ponieważ na naszej konferencji lekarze dentyści spotykają się nie tylko po to, żeby się uczyć, ale też chcą spotkać się ze swoimi znajomymi, często jeszcze z okresu studiów.

Konferencja ma dość długą tradycję, bo jest organizowana przez Komisję Stomatologiczną ORL w Łodzi już od kilkunastu lat.

Zaczynaliśmy od spotkań w kameralnym gronie, ale z roku na rok liczba uczestników rosła. W tym roku spodziewamy się około 200 osób. Zapraszamy lekarzy dentyistów z całej Polski. Koszt uczestnictwa różni się w zależności od tego, czy chcemy być obecni jedynie na wykładach, czy skorzystać z pełnej oferty uwzględniającej noclegi i imprezy towarzyszące. •



◀ XV Łódzkie Spotkania Stomatologiczne – program i szczegóły konferencji

AKTUALNOŚCI

Tanie zakupy, wysoka cena ryzyka

MARIUSZ TOMCZAK

Unijne kontrole wykazują, że część produktów trafiających do europejskich konsumentów z chińskich platform internetowych nie spełnia norm bezpieczeństwa, a niektóre mogą być realnym zagrożeniem dla zdrowia. Czy nowe przepisy zdolają ten problem ograniczyć?

Służby celne krajów należących do Unii Europejskiej nadzorują towary trafiające na wspólny rynek. Ich działania nie obejmują wyłącznie kwestii fiskalnych, jak zwykle się myśleć – razem z innymi organami państwa egzekwują przestrzeganie norm m.in. w zakresie zdrowia.

W ostatnich latach służby te – zwłaszcza w Belgii, na Węgrzech, w Holandii i we Francji – zostały przygniecione skalą importu towarów kupowanych na rynku e-commerce. Chodzi o przesyłki o bardzo niskiej wartości (poniżej 150 euro), dostarczane z państw trzecich – głównie z Chińskiej Republiki Ludowej – do mieszkańców Brukseli, Budapesztu, Amsterdamu, Paryża oraz setek innych miast i miasteczek, w tym oczywiście w Polsce.

Według Komisji Europejskiej w 2025 r. liczba przesyłek e-commerce o wartości nieprzekraczającej 150 euro osiągnęła 5,8 mld – to wzrost o ponad jedną czwartą w porównaniu z rokiem poprzednim. Szacunkowo w każdej sekundzie do UE trafia prawie 180 takich przesyłek, przy czym w 2024 r. aż 91 proc. z nich pochodziło z Chin.

NIEBEZPIECZNE ZABAWKI

W zeszłym roku przeprowadzono dwie zakrojone na szeroką skalę kontrole produktów – głównie tych o niższej wartości – które trafiają do konsumentów w UE bezpośrednio z krajów trzecich. W praktyce dotyczyło to przede wszystkim towarów produkowanych w Państwie Środka i jednocześnie stamtąd wysyłanych.

W czasie pierwszej kontroli, która miała miejsce od kwietnia do czerwca 2025 r., wytypowano do sprawdzenia 20 tys.

zabawek oraz drobnego sprzętu elektronicznego. Efekty były porażające, i to nie tylko dlatego, że ponad połowa z nich nie spełniała norm UE. Wybrane produkty zostały dodatkowo zbadane laboratoryjnie – aż 84 proc. z nich uznano za niebezpieczne.

Michael McGrath, unijny komisarz ds. demokracji, wymiaru sprawiedliwości, praworządności i ochrony konsumentów, podkreśla, że organy krajowe coraz szybciej

Chińskie platformy zalały europejski rynek tanimi przesyłkami. Nowe unijne przepisy mają sprawić, że ich napływ będzie bardziej opodatkowany i lepiej kontrolowany

identyfikują produkty, w których są przekroczone stężenia chemikaliów (od kosmetyków po zabawki czy urządzenia gospodarstwa domowego) i szybciej eliminują je z obrotu. – Bezpieczeństwo produktów konsumpcyjnych jest najwyższym priorytetem Komisji Europejskiej – zapewnia komisarz.

OD PAST DO ZĘBÓW PO SUPLEMENTY DIETY

Od października do grudnia 2025 r. służby celne UE we współpracy z organami nadzoru rynku i instytucjami odpowiedzialnymi za bezpieczeństwo żywności przeprowadziły kolejną kontrolę tanich

towarów, które zostały sprowadzone w ramach e-commerce spoza Wspólnoty.

Większość spośród ponad 11,3 tys. skontrolowanych produktów nie spełniała unijnych przepisów i norm. Niektóre miały niepełne etykiety lub nie posiadały ich wcale. Zdarzały się braki w dokumentacji, a produkty czasami zawierały niedozwolone składniki.

Spośród prawie 6 tys. kosmetyków, obejmujących produkty do pielęgnacji skóry, pasty do zębów, środki do makijażu czy produkty do pielęgnacji włosów i paznokci, norm UE nie spełniało 65 proc. Na pierwszym miejscu (63 proc.) znalazły się produkty importowane z Chin. I nie był to wyjątek.

Wśród ponad 2 tys. skontrolowanych środków ochrony indywidualnej, np. kasków rowerowych, rękawic, okularów przeciwsłonecznych czy kamizelek ratunkowych, z unijnymi normami na bakier było 60 proc. Zdecydowana większość – aż 91 proc. – pochodziła z Chin. Warto zwrócić na to uwagę, bo te produkty są nabywane z myślą o ochronie zdrowia lub życia.

Skontrolowano też ok. 3,5 tys. suplementów diety, w tym preparatów ziołowych, witamin oraz odżywek białkowych, potocznie określanych jako „białko w proszku”. Te ostatnie są popularne m.in. wśród osób aktywnych fizycznie, choć sięga po nie także część wegetarian. Wśród krajów pochodzenia produktów niezgodnych

► Prawie 180 przesyłek z towarami wartymi mniej niż 150 euro trafia co sekundę do Unii Europejskiej. W 2024 r. aż 91 proc. z nich pochodziło z Chin

z przepisami przodowały Stany Zjednoczone, Chiny i Wielka Brytania, przy czym USA wyprzedziły Państwo Środka minimalnie.

Dyrekcja Generalna Komisji Europejskiej ds. Podatków i Unii Celnej, informując o wynikach tej kontroli, ostrzegła: „Odżywka białkowa w proszku, okulary przeciwsłoneczne, krem nawilżający: co łączy te produkty? Jeśli kupujesz je online, najprawdopodobniej naruszają unijne normy dotyczące produktów”.

METALE CIĘŻKIE W BIELIŹNIE

Polki i Polacy powinni zachować czujność, kupując towary na azjatyckich platformach sprzedażowych. Wiele osób chętnie to robi z powodu atrakcyjnej ceny, zróżnicowanego asortymentu oraz wygody, jaką oferuje złożenie zamówienia online o dowolnej porze dnia i nocy. A przecież bezpieczeństwo powinno być na pierwszym miejscu.

Badania laboratoryjne przeprowadzone niedawno na zlecenie Federacji Konsumentów wykazały w ponad połowie wybranych losowo produktów odzieżowych i bielizny obecność metali ciężkich w stężeniach, które mogą być szkodliwe dla zdrowia.

Chodzi m.in. o chrom (działa mutagenie i rakotwórczo), nikiel (może wywoływać alergiczne kontaktowe zapalenie skóry), ołów (powoduje zaburzenia neurologiczne i poznawcze) oraz kobalt (może wywoływać reakcje alergiczne). Dopuszczalne limity metali często były przekroczone w ozdobach, np. sztucznych kamieniach, łańcuszkach, metalowych klamrach i sprzączkach, a także w nadrukach na ubraniach.

„Wyniki tych badań są zbieżne z innymi analizami europejskich organizacji konsumenckich i innych organizacji pozarządowych. Wskazują na systemowy problem niezgodności z europejskimi zasadami bezpieczeństwa konsumentów” – podkreślono w raporcie Federacji Konsumentów pt. „Zagrożenie dla konsumentów i rynku. Raport z badania odzieży, akcesoriów i obuwia kupionych na platformach Temu i Shein” opublikowanym w 2025 r.

PONAD GRANICAMI

Zakupy w internecie wiążą się z ryzykiem trafienia na różne podróbki. Zwalczaniem tego procederu zajmują się różne



foto: magnific.com

organy i instytucje państwa, w tym wyspecjalizowane komórki policji do spraw przestępczości ekonomicznej. Ręce pełne pracy mają m.in. polscy funkcjonariusze.

– W wielu przypadkach zabezpieczone towary nie spełniają norm jakościowych i stanowią bezpośrednie zagrożenie dla życia i zdrowia konsumentów. Działania policji służą zatem nie tylko ochronie praw własności przemysłowej, ale przede wszystkim zapewnieniu bezpieczeństwa obrotu gospodarczego oraz ochronie zdrowia publicznego – mówi asp. szt. Aleksandra Łaskowska z Komendy Głównej Policji.

Przedstawicielka KGP dodaje, że nasi funkcjonariusze uczestniczą w międzynarodowych operacjach mających na celu rozbijanie łańcuchów dostaw sfałszowanych produktów. Ze względu na to, że zjawisko ma charakter międzynarodowy, współpracują m.in. z Agencją Unii Europejskiej ds. Współpracy Organów Ścigania (Europol) oraz Międzynarodową Organizacją Policji Kryminalnej (Interpol).

ZMIANY WESZŁY W ŻYCIE

Od 1 lipca 2026 r. – po kilku latach sporów na forum międzynarodowym – przesyłki nabywane przez internet spoza UE zostały objęte ryczałtowym cłem w wysokości 3 euro za każdą pozycję (grupę towarów

tego samego rodzaju) w zgłoszeniu celnym, a dotychczas obowiązujące zwolnienie dla przesyłek o wartości do 150 euro przeszło do historii.

Im bardziej zróżnicowane są zakupy, tym wyższa kwota cła do zapłaty. Na przykład za dwie koszulki z bawełny naturalnej zapłacimy pojedynczą stawkę, koszulka kupowana razem z etui na telefon będzie obciążona podwójną, a koszulka, etui i zabawka – potrójną.

Cła nie uiszczą jednak konsument podczas składania zamówienia za pośrednictwem smartfonu czy komputera. Zobowiązany do tego jest sprzedawca, platforma internetowa lub ich przedstawiciel zgłaszający towar do odprawy. „Konsument może jednak zobaczyć wyższą cenę zakupu, jeśli sprzedawca uwzględni ten koszt w cenie lub kosztach dostawy” – czytamy na stronie internetowej Krajowej Informacji Skarbowej.

TRZY EURO ROBI RÓŻNICĘ

Już pierwsze tygodnie obowiązywania nowych przepisów wskazują, że chińskie e-platformy sprzedażowe przerzuciły na klientów koszty ich wprowadzenia, a liczba najtańszych przesyłek docierających z Azji do UE spadła. Jest to zgodne z oczekiwaniami. Sęk w tym, że e-sprzedawcy z państw trzecich nie zamierzają zrezygnować z europejskiego rynku – od dłuższego czasu przygotowywali się na wejście w życie nowych regulacji.

„Chińscy giganci e-commerce, tacy jak AliExpress, Shein czy Temu, szybko znaleźli sposoby na obejście nowych regulacji. Jednym z nich jest rozwój magazynów na terenie UE, tzw. EU Warehouses. Towary są importowane hurtowo, odprawiane zbiorczo na granicy, a następnie wysyłane do klientów z magazynów w Polsce czy Niemczech jako transakcje wewnątrzwspólnotowe” – napisał Business Insider w połowie sierpnia.

Część ekspertów ma jednak nadzieję, że dzięki temu łatwiej będzie kontrolować te towary pod kątem wymogów bezpieczeństwa, a konkurencja europejskich podmiotów z chińskimi platformami stanie się bardziej uczciwa i wyrównana. Były to zresztą główne argumenty za wprowadzeniem cła. Czy jednak faktycznie tak się stanie – czas pokaże.

AKTUALNOŚCI

Pięć priorytetów dla zdrowia

MARIUSZ TOMCZAK

Globalna Inicjatywa na rzecz Odporności Zdrowotnej pozwoli państwom członkowskim UE lepiej przygotować się na potencjalne kryzysy, takie jak epidemie czy niedobór leków spowodowany szantażem lub przerwaniem łańcuchów dostaw.

Organizacja systemu ochrony zdrowia należy do kompetencji własnych państw członkowskich Unii Europejskiej. Oznacza to, że Bruksela może zalecać władzom w Warszawie, Paryżu, Rzymie, Budapeszcie czy Lizbonie rozmaite rozwiązania w tym obszarze, jednak nie mają one charakteru wiążącego.

„Koordynacja w kwestiach zdrowia publicznego jest konieczną konsekwencją swobodnego przepływu osób i towarów na rynku wewnętrznym. Współpraca unijna w dziedzinie zdrowia publicznego służy zmierzeniu się ze wspólnymi wyzwaniami zdrowotnymi związanymi na przykład z opornością drobnoustrojów, możliwymi do uniknięcia chorobami przewlekłymi i starzejącą się populacją” – czytamy w oficjalnym portalu Rady UE i Rady Europejskiej.

PRZEZORNY ZAWSZE UBEZPIECZONY

Unijna polityka zdrowotna uzupełnia działania krajowe. U jej podstaw leży chęć zapewnienia mieszkańcom Wspólnoty ochrony przed zagrożeniami transgranicznymi oraz zagwarantowania dostępu do wysokiej jakości opieki zdrowotnej.

Właśnie w te cele wpisuje się Globalna Inicjatywa na rzecz Odporności Zdrowotnej, przyjęta przez Komisję Europejską w maju 2026 r. Określa ona strategiczne ramy przyszłych działań UE w zakresie reagowania na potencjalne zagrożenia i kryzysy zdrowotne. Ramy te obejmują pięć kluczowych obszarów.

WIĘCEJ KOORDYNACJI

Pierwszym priorytetem jest promowanie bardziej efektywnej i mniej rozdrobnionej



fot.: KE

▲ Globalna Inicjatywa na rzecz Odporności Zdrowotnej określa strategiczne ramy przyszłych działań UE

architektury zdrowotnej. Bruksela ocenia, że skuteczne stawianie czoła obecnym i przyszłym wyzwaniom wymaga zdecydowanie większej aktywności oraz transgranicznej koordynacji działań.

„UE zmobilizowała już ponad 6 miliardów euro na projekty w dziedzinie zdrowia w ramach Instrumentu Sąsiedztwa oraz Współpracy Międzynarodowej i Rozwojowej. Uczyniła też zdrowie kluczowym filarem strategii Global Gateway, czyli unijnego programu inwestycji zewnętrznych” – informuje KE.

WIĘCEJ WSPÓŁPRACY I ZAUFANIA

Silne krajowe systemy ochrony zdrowia to fundament ciągłości opieki i odporności na kryzysy. Dlatego drugim obszarem jest wspieranie państw członkowskich poprzez

konkretne inwestycje oraz wymianę doświadczeń i wiedzy ze szczególnym naciskiem na podstawową opiekę zdrowotną.

Kluczem jest wzmocnienie profilaktyki oraz lepsze przygotowanie do międzynarodowych kryzysów i epidemii. Wymaga to m.in. zwiększenia dostępu do diagnostyki oraz szybszej produkcji leków i szczepionek. Bruksela chce również mocniej wspierać globalny system monitorowania stanu zdrowia.

UE zamierza aktywnie zabezpieczać dostawy najważniejszych leków, wspierając dywersyfikację dostaw oraz ich produkcję zarówno na obszarze Wspólnoty, jak i u sprawdzonych sojuszników. Planuje też wzmocnić współpracę z sektorem technologii medycznych. Cel? Rozwój lokalnej infrastruktury, podnoszenie kwalifikacji i tworzenie nowych miejsc pracy w Europie.

Poza tym w ramach Globalnej Inicjatywy na rzecz Odporności Zdrowotnej UE chce wspierać zaufanie do nauki i w bardziej zdecydowany sposób reagować na dezinformację. Unia stoi bowiem na stanowisku, że wszelkie decyzje podejmowane w ramach polityki zdrowotnej muszą opierać się na dowodach naukowych.

Również w tym obszarze Bruksela wierzy, że kluczem do sukcesu jest współpraca międzynarodowa. To dzięki niej ma poprawić się dostęp do wiarygodnych danych naukowych oraz zwiększyć skuteczność w walce z fake newsami.

CO Z TEGO WYNIKA?

Dokumenty strategiczne często pozostają na marginesie debaty publicznej – zazwyczaj czytają je tylko eksperci. Warto jednak po nie sięgać, ponieważ to one definiują kierunki działań państw i organizacji międzynarodowych na kolejne lata.

Znajomość Globalnej Inicjatywy na rzecz Odporności Zdrowotnej to dla polskich firm, instytucji i placówek medycznych szansa na skuteczniejsze pozyskanie środków, które będą kierowane na jej wdrażanie. Dzięki temu pacjenci uzyskają lepszą opiekę, a personel medyczny być może otrzyma narzędzia ułatwiające jego codzienną pracę. ●

PODATKI I FINANSE

Kierujesz oddziałem? Uważaj na rozliczenia

ANNA WOJDA

Lekarz, który w ramach swojej działalności gospodarczej zawarł ze szpitalem odrębną umowę na kierowanie oddziałem, nie rozliczy wynagrodzenia z tego tytułu jako przychodu z działalności gospodarczej. Fiskus uznał, że jest to przychód z działalności wykonywanej osobiście i powinien być opodatkowany według skali podatkowej.

Tak wynika z najnowszej interpretacji indywidualnej Dyrektora Krajowej Informacji Skarbowej (sygn. 0115-KDWT.4011.162.2026.3.MJ).

Sprawa dotyczyła lekarzy pracujących na kontraktach w SPZOZ, którzy poza umowami na udzielanie świadczeń zdrowotnych zawierali również odrębne umowy na pełnienie funkcji kierownika albo zastępcy kierownika oddziału.

SPZOZ chciał potwierdzić, jak powinien kwalifikować wynagrodzenie wypłacane lekarzom za kierowanie oddziałem. Prowadzili oni działalność gospodarczą i właśnie w jej ramach zawierali ze szpitalem zarówno umowy dotyczące świadczeń medycznych, jak i odrębne umowy dotyczące funkcji kierowniczej.

Problem polegał na tym, że zakres obowiązków kierownika oddziału wykaczał daleko poza samo udzielanie świadczeń zdrowotnych. Obejmował m.in. organizację pracy oddziału, układanie grafików, nadzór nad lekarzami, koordynowanie leczenia, nadzór nad dokumentacją medyczną, udział w polityce kadrowej, gospodarowanie sprzętem i lekami czy dbanie o ekonomiczną efektywność funkcjonowania oddziału.

SPZOZ uznał, że charakter tych obowiązków odpowiada umowie o podobnym charakterze do kontraktu menedżerskiego. Zapytał więc fiskusa, czy wynagrodzenie z takich umów powinno być kwalifikowane jako przychód z działalności wykonywanej osobiście, o którym mowa w art. 13 pkt 9 ustawy o PIT.

CO PRZESADZA O SPOSOBIE OPODATKOWANIA

Dyrektor KIS przyznał rację SPZOZ. Kluczowe znaczenie ma art. 13 pkt 9 ustawy o PIT. Zgodnie z nim przychody z umów o zarządzanie przedsiębiorstwem, kontraktów

menedżerskich oraz umów o podobnym charakterze są przychodami z działalności wykonywanej osobiście – także wtedy, gdy umowa została zawarta w ramach prowadzonej przez podatnika działalności gospodarczej. To właśnie ten przepis okazał się decydujący.

Fiskus zwrócił uwagę, że dla zastosowania art. 13 pkt 9 nie jest konieczne zarządzanie całym przedsiębiorstwem. Przepis obejmuje również sytuację, w której podatnik zarządza częścią przedsiębiorstwa. Dlatego fakt, że lekarz kieruje jedynie wyodrębnioną jednostką organizacyjną – w tym przypadku oddziałem szpitalnym – nie zmienia kwalifikacji jego przychodu.

W ocenie KIS decydujące znaczenie ma więc rzeczywisty charakter wykonywanych czynności, a nie to, że lekarz prowadzi działalność gospodarczą ani nawet to, że umowa została zawarta właśnie w ramach tej działalności.

CO TO OZNACZA DLA LEKARZA

Wynagrodzenie za pełnienie funkcji kierownika lub zastępcy kierownika oddziału w opisanym przez SPZOZ modelu nie jest przychodem z pozarolniczej działalności gospodarczej, mimo że lekarz prowadzi taką działalność i w jej ramach zawarł umowę ze szpitalem. KIS wskazał jednoznacznie, że taki przychód należy zakwalifikować do działalności wykonywanej osobiście na podstawie art. 13 pkt 9 ustawy o PIT. Oznacza to opodatkowanie według skali podatkowej – 12 proc. do 120 tys. zł podstawy oraz 32 proc. od nadwyżki ponad tę kwotę.

Co istotne, to szpital występuje w tym przypadku w roli płatnika. Ma obowiązek pobierać i odprowadzać

zaliczki na podatek dochodowy od wynagrodzenia wypłacanego z tytułu umowy dotyczącej kierowania oddziałem.

Interpretacja nie dotyczy natomiast wynagrodzenia lekarza za świadczenia zdrowotne. Wnioskodawca wyraźnie zaznaczył, że przedmiotem pytania były wyłącznie przychody z odrębnych umów dotyczących pełnienia funkcji kierownika lub zastępcy kierownika oddziału.

DLACZEGO TO WAŻNE

Interpretacja pokazuje, że samo prowadzenie działalności gospodarczej przez lekarza nie oznacza, że każde wynagrodzenie otrzymywane w związku z wykonywaniem zawodu jest automatycznie przychodem z działalności gospodarczej. Przy ocenie sposobu opodatkowania fiskus patrzy przede wszystkim na charakter konkretnej umowy i rzeczywiście wykonywanych w jej ramach czynności. Jeżeli lekarz, obok świadczeń medycznych, otrzymuje odrębne wynagrodzenie za zarządzanie oddziałem, zakres tych obowiązków może spowodować zakwalifikowanie tego przychodu do działalności wykonywanej osobiście.

Dla lekarzy pełniących funkcje kierownicze oznacza to, że konstrukcja umowy ma realne znaczenie podatkowe. Nie wystarczy, że kontrakt na kierowanie oddziałem jest podpisany w ramach istniejącej działalności gospodarczej. Jeżeli jego rzeczywistym przedmiotem jest zarządzanie wyodrębnioną częścią podmiotu leczniczego, fiskus może uznać wynagrodzenie za przychód z działalności wykonywanej osobiście.



Fot.: pixabay.com

PODATKI I FINANSE

PPK: proste odpowiedzi na trudne pytania (cz. 1)

MARIUSZ TOMCZAK

Pracownicze plany kapitałowe to jeden z najprostszych sposobów na pomnażanie oszczędności. Mimo to wokół programu narosło wiele mitów i nieudomówień.

Najwyższy czas je wyjaśnić.

Minęło już ponad siedem lat od wejścia w życie ustawy o pracowniczych planach kapitałowych (PPK). Liczy ona ponad 100 stron, ale nawet dokładne przeczytanie nie gwarantuje, że wszystko będzie jasne i nie nasuną się pytania lub wątpliwości. Tym bardziej że w przepisach pojawia się terminologia charakterystyczna dla branży finansowej.

To jednak nie przeszkodziło wielu Polakom na w pełni dobrowolnie przystąpienie do tego programu, który pozwala gromadzić i – co warto

podkreślenia – pomnażać nadwyżki finansowe bez śledzenia wykresów giełdowych. Bezpośrednie zaangażowanie uczestników PPK na rynku kapitałowym jest praktycznie zerowe, a mimo to odnoszą realne korzyści.

ZYSK LICZONY W TYSIĄCACH

Na koniec czerwca 2026 r. łączna liczba aktywnych kont PPK przekroczyła już 5,48 mln. Udział w programie umożliwia prawie 345 tys. podmiotów – z tej możliwości skorzystało już 4,4 mln osób

◀ Środki gromadzone w ramach PPK nie są zamrożone do osiągnięcia wieku emerytalnego

(niektórzy mają więcej niż jeden rachunek). Wciąż jednak wielu Polaków podchodzi do tego programu jak pies do jeża, nie rozumiejąc, że trudno na nim stracić. Uczestnicy PPK zgromadzili na swoich rachunkach łącznie 53,76 mld złotych.

Zdania na temat tego, czy te kilkadziesiąt miliardów to wielki sukces, czy tylko umiarkowany powód do zadowolenia, są w branży finansowej podzielone. Nie ulega jednak wątpliwości, że zestawiając tę sumę z planowanymi przychodami Narodowego Funduszu Zdrowia na 2027 r. (237,3 mld złotych), jest to dość pokaźna kwota. Tym bardziej że siedem lat temu program wystartował od zera.

Jak podano w lipcowym wydaniu „Biuletynu PPK”, średnia wieku uczestników wynosi 40 lat. Oszczędza więcej kobiet niż mężczyzn, chociaż różnica jest minimalna. Prawie 94 proc. to Polacy, a wśród osób innej narodowości dominują Ukraińcy. Na rachunku hipotetycznego uczestnika PPK, oszczędzającego od grudnia 2019 r., wypracowano od 145 proc. do 228 proc. zysku. Oznacza to, że osoby zarabiające przez ostatnie kilka lat po kilka tysięcy złotych brutto mają na swoich rachunkach przynajmniej o kilkanaście tysięcy złotych więcej, niż same wpłaciły. Kto zarabiał więcej, osiągnął większe zyski. Jedni i drudzy pokonali inflację z nawiązką.

JAK TO DZIAŁA?

Mechanizm funkcjonowania PPK jest prosty: wpłacamy minimum 2 proc. swojej pensji brutto (są to na tyle niewielkie kwoty, że większości osób to „nie boli”), a pracodawca dokłada co miesiąc minimum 1,5 proc. brutto. Poza tym otrzymujemy od państwa bonusy – jednorazową wpłatę powitalną (250 złotych) oraz coroczną dopłatę w wysokości 240 złotych. Innymi słowy, do prywatnych oszczędności dokłada się pracodawca i państwo. Zarówno pracownik,

jak i pracodawca mogą również dokonywać wpłat dodatkowych (odpowiednio do 2 proc. i do 2,5 proc. wynagrodzenia).

Do PPK przystąpić mogą osoby zatrudnione na podstawie umowy o pracę oraz osoby pracujące na podstawie umów cywilnoprawnych (umowy zlecenia), które podlegają obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym. Pracodawca musi automatycznie zapisywać do programu osoby w wieku 18–55 lat. Zrezygnować lub ponownie przystąpić do programu można w każdej chwili – wystarczy wypełnić odpowiednią deklarację. Starsi mogą przystąpić samodzielnie, pod warunkiem że nie ukończyli 70 lat.

Środki są lokowane głównie w akcje i obligacje za pośrednictwem funduszy zdefiniowanej daty, których celem jest inwestowanie w sposób dostosowany do wieku. Uczestnik programu nie musi nic robić, bo z upływem lat fundusz samodzielnie modyfikuje skład portfela w oparciu o zasadę, że im ktoś jest młodszy, tym większe ryzyko inwestycyjne może podejmować. Rodzaj funduszu można samodzielnie zmieniać na mniej lub bardziej agresywny.

Ustawa nakazuje instytucjom zarządzającym PPK – obecnie jest ich dokładnie 16 – aby w części udziałowej przeważały akcje notowane na Giełdzie Papierów Wartościowych w Warszawie. Podmiot wybiera pracodawca w porozumieniu z zakładową organizacją związkową, a jeśli jej nie ma – z reprezentantami załogi.

WŁASNOŚĆ PRYWATNA I BASTA

Nie mają racji ci, którzy porównują PPK do otwartych funduszy emerytalnych. Różnic jest sporo – można wręcz powiedzieć, że oba programy więcej dzieli, niż łączy. Przede wszystkim PPK jest niezależne od Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, a środki gromadzone w ramach programu nie są częścią składki emerytalnej ani nie są zamrożone do osiągnięcia wieku emerytalnego.

Kluczowe jest to, że stanowią one własność prywatną. – Wynikają stąd pewne konsekwencje prawne, np. możliwość dochodzenia roszczeń przed sądem. Nie da się zatem, nie łamiąc prawa własności, tych środków znacjonalizować. Jest to równoznaczne z sytuacją przejęcia naszego samochodu, mieszkania czy konta w banku. Mało realne, prawda? – podkreśla Marta Damm-Świerkocka z zarządu PFR Portal PPK.

Nie ma lepszego argumentu przemawiającego za tym, że środki w PPK są naprawdę prywatne, niż to, że można je wypłacić właściwie w dowolnym momencie. Wystarczy kilka minut, a w ciągu paru dni na rachunek bankowy otrzymamy przelew. Nie trzeba się nawet nikomu tłumaczyć. I choć można to robić regularnie, nie warto iść tą drogą, bo w PPK chodzi o coś zupełnie innego niż o wypłacanie drobnych kwot na bieżąco.

ODROČZONA GRATYFIKACJA

Celem programu jest długoterminowe oszczędzanie i inwestowanie tak, by gromadzone środki stały się w przyszłości uzupełnieniem świadczenia emerytalnego. I właśnie dlatego wypłaty są najbardziej opłacalne dopiero po ukończeniu 60. roku życia. To wówczas unikniemy zapłaty 19-procentowego

Na koniec I półrocza 2026 r.
łączna liczba aktywnych kont PPK
przekroczyła 5,48 mln

podatku Belki. Im dłużej będziemy oszczędzać i inwestować, tym więcej czasu środki mogą pracować na rynku. Czas działa na korzyść cierpliwych.

Jeżeli jednak ktoś się uprze i wypłaci zgromadzone pieniądze wcześniej, tj. przed 60. rokiem życia, całość zostanie pomniejszona o bonusy pochodzące od państwa (tzn. dopłatę powitalną i dopłaty roczne), o 30 proc. wartości wpłat pracodawcy oraz o 19-proc. podatek od zysków kapitałowych wypłaconych przez pozostałą część środków.

„Nawet w przypadku zwrotu wypłacimy więcej, niż wpłaciliśmy – dla oszczędności rocznych zysk wyniesie ok. 50 proc., a przy oszczędzaniu przez 10 lat możemy wypłacić około dwa razy więcej, niż wpłaciliśmy, już po odliczeniu zwrotu wpłat państwa, przekazaniu 30 proc. wpłat pracodawcy na ZUS i opłaceniu podatku od zysków kapitałowych” – czytamy

w portalu MojePPK.pl. Na mocy ustawy jest to jedyne oficjalne źródło informacji o tym programie.

CO W RAZIE CHOROBY?

Na szczęście nie trzeba czekać do 60. roku życia, by odzyskać środki zgromadzone w PPK bez żadnych potrąceń. Do 25 proc. można wypłacić jednorazowo lub w ratach na preferencyjnych warunkach, bez pobierania podatku od zysków kapitałowych, w związku z poważną chorobą – swoją, małżonka lub dziecka. Oczywiście musimy to odpowiednio udokumentować.

Przez „poważne zachorowanie” należy rozumieć m.in. całkowitą niezdolność do pracy w świetle ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, ustaloną w formie orzeczenia przez lekarza orzecznika lub komisję lekarską ZUS na okres co najmniej dwóch lat.

Taką przesłanką jest też zdiagnozowanie u osoby dorosłej m.in. bakteryjnego zapalenia mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych, wirusowego zapalenia mózgu, choroby Alzheimera, choroby Leśniowskiego-Crohna, choroby neuronu ruchowego lub choroby Parkinsona. W kontekście osób pełnoletnich ustawa wspomina również o gruźlicy, dystrofii mięśniowej, niewydolności nerek, stwardnieniu rozsianym, kardiomiopatii, nowotworze złośliwym, toczniu trzewnym układowym, udarze mózgu, utracie mowy, słuchu lub wzroku, wrzodziejącym zapaleniu jelita grubego, zawale serca, a także chorobie wywołanej przez ludzki wirus upośledzenia odporności (HIV).

U dzieci definicję „poważnego zachorowania” spełnia zdiagnozowanie m.in. choroby Heinego-Medina, zapalenia opon mózgowych, zapalenia mózgu, anemii aplastycznej, przewlekłego aktywnego zapalenia wątroby, padaczki, gorączki reumatycznej, nabytej przewlekłej choroby serca, porażenia (paraliżu), utraty wzroku, utraty słuchu, potransfuzyjnego zakażenia wirusem HIV, schyłkowej niewydolności nerek, tężca, cukrzycy, łagodnego guza mózgu i – podobnie jak u dorosłych – nowotworu złośliwego. ●

PRAWO I MEDYCYNĄ

Dlaczego restrukturyzacja SPZOZ to nierozsądny pomysł

WOJCIECH WIŚNIEWSKI

Jedna uchwała Sądu Najwyższego może zachwiać całym systemem dostaw dla szpitali. Konsekwencje dotkną również lekarzy specjalistów będących przedsiębiorcami.

Wwydaniu 6/2026 „Gazety Lekarskiej” opublikowano artykuł „Szpitale toną” autorstwa Martyny Antosiewicz-Zajac, adwokat oraz doradcy restrukturyzacyjnego. Autorka uzasadniała tezę, że „Sąd Najwyższy zamknął 14 maja br. drzwi, które dla zadłużonych szpitali publicznych były ostatnią realną drogą wyjścia. Izba Cywilna rozstrzygnęła [...], że samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej nie ma zdolności restrukturyzacyjnej w rozumieniu ustawy Prawo restrukturyzacyjne”. Po pierwsze, warto powiedzieć, z jakiego powodu dla wielu czytelników „Gazety Lekarskiej” takie rozstrzygnięcie Sądu jest dobrą wiadomością. Po drugie, dlaczego, chociaż nie jest to ratunek dla systemu, jest to zgászenie zapalki, którą niektórzy chcieli bawić się na beczce prochu.

Zanim zacznę argumentować, powiedzmy, o czym dokładnie mowa. Szpitale w Polsce funkcjonują w dwóch modelach organizacyjnych. Pierwszym jest samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej (SPZOZ), a drugim spółka prawa handlowego. Zgodnie z ustawą o działalności leczniczej SPZOZ to podmiot, który nie może upaść, a za jego zobowiązania odpowiada organ tworzący. Jeżeli ma problemy finansowe, przewidziano dla niego osobną ścieżkę – plany naprawcze – których celem jest przywrócenie stabilności placówki. Mało tego, ustawa o działalności leczniczej poświęciła temu cały rozdział.

Z punktu widzenia działalności operacyjnej ma to zasadniczą zaletę. W niedofinansowanym oraz głodnym finansowo systemie ochrony zdrowia jest to szansa na tani kredyt kupiecki. Standardem na rynku dostawców (ujawniam konflikt interesów – to ich często reprezentuję w Trójstronnym Zespole ds. Ochrony Zdrowia) są wielomiesięczne terminy płatności. Jedynym

powodem, dla którego dostawcy są gotowi ponieść to ryzyko, jest pewność uzyskania płatności. W końcu zawsze można odwołać się do organu tworzącego, który nawet w trudnej sytuacji jest uznawany za wypłacalny. Inaczej jest w przypadku spółek prawa handlowego – ich na szczęście w publicznym systemie ochrony zdrowia jest zdecydowanie mniej.

Dzieje się to w warunkach bezprecedensowego kryzysu finansowego publicznej ochrony zdrowia. Pisałem o tym w grupie wysokiej próby specjalistów kolejne raporty od ponad dwóch lat. Z ostatniego wynika również, że bez zmiany systemu podatkowego i zduszenia inflacji w sektorze nie wyjdziemy z tego nawet w wieloletniej perspektywie. Obecnie zadłużenie SPZOZ wynosi ponad 30 mld zł, a wartość przeterminowanych zobowiązań rośnie najszybciej w historii. Luka finansowa w Narodowym Funduszu Zdrowia wynosi kilkanaście miliardów złotych, a w przyszłym roku będą to ponad 22 mld zł. Znikąd ratunku, kolejne propozycje rządu zajmują się objawami, a nie przyczynami problemów systemu. I to się nie zmienia w dającej się przewidzieć przyszłości.

Trudno zatem dziwić się dyrektorom szpitali, że starają się salwować ucieczką w dotychczas niezbadanym kierunku. Trudności w spieciu budżetu szpitala, brak przewidywalności związany z finansowaniem nadwykonań, bez których wiele szpitali nie może uzyskać ekonomicznej stabilności, a dodatkowo kryzys płynności płatnika publicznego są przekładane na świadczeniodawców.

Nawet przedstawiciele instytucji publicznych nie robią z tego żadnej tajemnicy. Wówczas do szpitali – przede wszystkim powiatowych, znajdujących się w najtrudniejszej sytuacji finansowej – trafiają oferty „restrukturyzacji SPZOZ”. Kto nie chciałby skorzystać, skoro na horyzoncie nie ma innych dostępnych narzędzi, w tym od dawna zapowiadanych pożyczek z Banku Gospodarstwa Krajowego?

Zadbajmy tutaj o przejrzystość języka. Słowo „restrukturyzacja” ma znaczenie potoczne i prawne. W odniesieniu do ochrony zdrowia potocznie oznacza dostosowanie do potrzeb lokalnych, reorganizację, wszelkiego rodzaju optymalizację. Każda zmiana to restrukturyzacja – na mniejszą lub większą skalę. Inaczej jest w przypadku znaczenia prawnego. Tu „restrukturyzacja” jest ściśle określona w osobnej ustawie, określa prawa i obowiązki jednostki restrukturyzowanej. Niesie szanse, ale i zagrożenia.

Spór dotyczy tego, kto tej procedurze podlega. Doradcy restrukturyzacyjni przekonują, że SPZOZ podlegają restrukturyzacji. Trudno im się dziwić – jest strukturalny, bezterminowy kryzys finansowy w ochronie zdrowia, brak odpowiednich narzędzi na stole, a słowa „konsolidacja” i „restrukturyzacja” są lejtymotyww konferencji branżowych. Z tego powodu pełnym przypadkiem od wielu miesięcy kolejne szpitale powiatowe otrzymują oferty „bezkosztowego” audytu finansowego i podążenia wspólną drogą do naprawy sytuacji szpitala.

Czytelnicy „Gazety Lekarskiej” mogą zapytać, co ich to wszystko obchodzi. A większość z nich powinno. Według danych Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w Polsce 74 proc. lekarzy specjalistów wykazanych przez podmioty w umowach z NFZ to właśnie przedsiębiorcy. Wszczęcie postępowania oznacza ochronę podmiotu przed wierzycielami, również jeżeli są to działalności gospodarcze pracowników medycznych. Inna sprawa, że standard pracy w szpitalu posiadającym kłopoty w zakupie najrozmaitszych towarów i usług do prostych na pewno nie należy. Między innymi z tego powodu strona społeczna – wszystkie związki zawodowe oraz wszystkie organizacje pracodawców – zwróciła się do Rady Ministrów o wyłączenie na twardo z ustawy Prawo restrukturyzacyjne samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Termin odpowiedzi mija w przyszłym miesiącu. W głowie nam się nie mieści, że można traktować SPZOZ jak przedsiębiorców, podobnie jak więzień czy aresztów, ale ludzka wyobraźnia najwyraźniej wymaga pisania wyłącznie wielkimi literami.

Warto odpowiedzieć na pytanie: dlaczego jedna uchwała Sądu Najwyższego jest tak istotna? Z jakiego powodu próba wszczęcia kilku postępowań restrukturyzacyjnych w SPZOZ spośród kilkuset, które funkcjonują w kraju, ma aż takie znaczenie? Wystarczy jedno orzeczenie sądu dla któregośkolwiek podmiotu, żeby system dostaw dla szpitali rozsypał się jak domek z kart. W przypadku gdy chociaż jeden samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej zostanie uznany za posiadający zdolność restrukturyzacyjną, rynek automatycznie uzna, że wszystkie z nich nie cieszą się korzyściami, które takie podmioty mają. Kredyt kupiecki, opierający się na zaufaniu ostatecznej zapłaty zobowiązań, przestanie funkcjonować. Zadłużonych szpitali nie stać na przedpłaty i windykację rozwiązań przez wierzycieli. Mało tego, wielu dostawców nie stanie do przetargu lub podwyższy ceny, wliczając nowe ryzyko do swojej działalności.

Spór dotyczący restrukturyzacji SPZOZ może wydawać się techniczny. Uchwała Sądu Najwyższego to ważny głos, czekamy na decyzję rządu w sprawie twardego wyłączenia tych podmiotów z katalogu podlegających restrukturyzacji.

To wszystko jest jednak dyskusja o objawach, a nie o przyczynach. Od dwóch lat było jasne, że bezterminowy kryzys finansowy NFZ nastąpi. Od kilku lat kolejne rządy nie są w stanie nawet skierować do prac sejmowych systemowego wsparcia podmiotów leczniczych. Może czas przestać rozmawiać o konsolidacji czy odpowiadać radykalnymi propozycjami na głosy oburzenia opinii publicznej w rozmaitych sprawach. Zamiast tego zastanówmy się, jak przywrócić stabilność finansową systemu. ●

Autor jest członkiem Trójstronnego Zespołu ds. Ochrony Zdrowia i liderem Zespołu ds. Ochrony Zdrowia Polskiego Towarzystwa Gospodarczego

Ministerstwo z dykty

Okres wakacyjny zazwyczaj nie obfituje w znaczące wydarzenia, ale tym razem jest inaczej. Ministerstwo Zdrowia i NFZ dbają o to, żebyśmy się nie nudzili. A przy okazji w brutalny sposób obnażają braki w zarządzaniu zdrowiem w Polsce.

PAWEŁ BARUCHA
WICEPREZES NACZELNEJ
RADY LEKARSKIEJ



Wiele się teraz mówi o patologiiach systemu. Niestety kolejny już raz rządzący demonstrowują brak woli naprawy, a wyciągnięte wnioski sprowadzają się jedynie do stwierdzenia, że wszystkim są winni lekarze. To prowadzi do kolejnych patologii, czyli nowej ustawy i licznych rozporządzeń, szumnie nazwanych reformą, a sprowadzających się jedynie do uprzykrzania nam życia. Pacjenci nie skorzystają na tym nic a nic. Pieniądzy w NFZ nie przybędzie, chyba że uwzględniono w przychodach przyszłe kary za nieprzestrzeganie nowych przepisów.

Wszystkie działania mają sprawić, że w społeczeństwie poprawi się nastój. A jak wszystko runie, to winni będą inni. Zresztą w ustawie zaznaczono, że skutki wprowadzenia przepisów... są nieznane. Widać, że długo nad tym myśleli. Smaczku dodaje zapis o groźbie ośmiu lat więzienia dla lekarza za niedopełnienie obowiązku informacyjnego. Mniej dostają przestępcy drogowi za wypadki ze skutkiem śmiertelnym.

Ale skutki „reformy” wcale nie są takie zupełnie nieznane. Umowy kontraktowe wygasną 31 grudnia. A co będzie, jeżeli duża część lekarzy nie zdąży podpisać nowych? Co się wtedy stanie z pacjentami? Pani minister Kęcka wpadła na

genialny pomysł – to inny personel ma wykonywać pracę lekarza. Nawet żał to komentować. Jak sądzę, lekarze i tak przyjdą do pracy, bo przecież nie zostawiają pacjentów samych. Nie odchodzimy od łóżek – odchodzimy od NFZ. Zarówno Ministerstwo, jak i Fundusz bardzo się starają, żeby lekarze i lekarze dentyści nie pracowali w publicznym systemie opieki zdrowotnej. A jak lekarze zaczną rezygnować, to oczywiście winą za upadek systemu obciąży się właśnie ich.

Resort zdrowia dużo mówi o dialogu, o potrzebie wsłuchiwania się w społeczeństwo. I nic z tego nie wynika. Widać, że z własnej inicjatywy nie ma nic sensownego do zaoferowania. To ministerstwo teoretyczne – szkoda, że znowu straciłszy kilka lat.

Prezes NFZ opublikował zarządzenie dotyczące profilaktyki w stomatologii. Nie ma nawet co tłumaczyć celu, wystarczy wspomnieć o głównym problemie – koszty są za wysokie. Wspaniały przykład myślenia paraekonomicznego. Nawet dzieci wiedzą, że lepiej zapobiegać, niż leczyć. Koszty w przyszłości będą większe, ale to przecież będzie kiedyś... ●

Prezes NFZ zapowiedział wdrożenie reguły sprowadzającej się do tego, że fundusz nie zapłaci za zabiegi kiretażu u dzieci w wieku poniżej 15. roku życia wykonane po 1 stycznia 2026 r.

Kiretaż to zabieg stomatologiczny polegający na oczyszczeniu kieszonek dziąsłowych. Wykonuje się go w celu zahamowania chorób przyzębia. Ten zaawansowany zabieg periodontologiczny sięga głęboko pod dziąsło, by oczyścić korzenie i usunąć tkanki objęte stanem zapalnym. Dzieli się na kiretaż zamknięty – bez nacinania dziąsła oraz otwarty – z odchyleniem dziąsła chirurgicznie przy głębokich zmianach.

W rozporządzeniu ministra zdrowia z 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz.U. z 2025 r. poz. 615), w załączniku nr 2 w „Wykazie świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia oraz warunkach ich realizacji” znajduje się pozycja „Kiretaż zwykły (zamknięty) w obrębie 1/4 uzębienia”. Wydawałoby się, że póki to rozporządzenie nie zostanie zmienione, dentyści pracujący w ramach kontraktu z NFZ mają nie tylko prawo, ale wręcz obowiązek wykonywać tego typu zabiegi, nie pobierając opłat od pacjentów.

ZMIANA ZASAD

Dla wielu przychodni i gabinetów stomatologicznych posiadających umowę z NFZ 22 lipca zapisze się głęboko w pamięci. Tego właśnie dnia ukazał się komunikat nr 627276.

„Uprzejmie informujemy, że w systemie rozliczeniowym zostanie wdrożona reguła weryfikacyjna dotycząca sprawozdawania rozliczania świadczeń obejmujących wykonanie kiretażu u pacjentów do ukończenia 15. roku życia.

Wprowadzenie reguły wynika z obowiązujących zaleceń i aktualnej wiedzy medycznej, zgodnie z którymi wykonywanie wskazanego świadczenia w tej grupie wiekowej nie znajduje praktycznego zastosowania. W związku z tym świadczenia zrealizowane od 1 stycznia 2026 r. obejmujące wykonanie kiretażu u pacjentów do ukończenia 15. roku życia nie będą podlegały pozytywnej weryfikacji w procesie rozliczeniowym.

W przypadkach o charakterze wyjątkowym, odpowiednio

PRAKTYKA LEKARSKA

NFZ nie chce płacić za kiretaż

ARTUR PEDRYC

Komunikat prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 22 lipca 2026 r. to próba zmiany reguł gry w czasie trwającego meczu oraz pogwałcenie odwiecznej zasady, że prawo nie działa wstecz.

udokumentowanych i uzasadnionych medycznie, gdy wykonanie świadczenia było niezbędne, świadczeniodawca może zwrócić się do właściwego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w celu indywidualnej oceny zasadności rozliczenia”.

TYSIĄCE ZABIEGÓW

Prezes NFZ swoją decyzję uzasadnia tym, że kiretaż „w tej grupie wiekowej nie znajduje praktycznego zastosowania”. Można pomyśleć, że liczba tego typu zabiegów jest znikoma.

– Z raportów statystycznych przekazywanych przez świadczeniodawców wynika, że na Mazowszu u dzieci poniżej 15 r. ż. wykonywanych jest średniorocznie 1733 świadczeń kiretażu zwykłego (zamkniętego) w obrębie 1/4 łuku zębowego (na podstawie danych sprawozdawczych z lat 2023-2025) – informuje Piotr Kalinowski, główny specjalista w Zespole Komunikacji Społecznej i Promocji Mazowieckiego Oddziału NFZ w Warszawie.

W okresie od stycznia do lipca 2026 r. w ramach kontraktu z NFZ wykonano na Mazowszu już 665 takich zabiegów.

Sprawdziliśmy także, ile takich świadczeń wykonywano w Świętokrzyskiem, które jest jednym z najmniejszych regionów w kraju. Jak wynika z danych przekazanych przez dział prasowy NFZ w Kielcach, w 2023 r. wykonano tam 33 zabiegi kiretażu, z czego większość, bo aż 31, dzieciom poniżej 15. roku życia. W 2024 r. 39, z czego 37 dzieciom poniżej 15. roku życia, a w ubiegłym roku 19 (18 dzieciom do 15. r.ż.), zaś w pierwszym półroczu bieżącego roku fundusz odnotował sześć takich zabiegów i wszystkie wykonano dzieciom do 15. roku życia.

Czy zatem prezes NFZ ma rację?

REAKCJA SAMORZĄDU

Na komunikat prezesa NFZ szybko odpowiedział samorząd lekarski w piśmie

z 31 lipca 2026 r. „Naczelna Rada Lekarska nie może się zgodzić na to, aby w formie komunikatu Narodowego Funduszu Zdrowia pozbawiano pacjentów do 15. roku życia prawa do procedury, która jest wymieniona w rozporządzeniu koszykowym, a lekarzy dentystów możliwości rozliczenia świadczeń, które zostały wykonane począwszy od 1 stycznia 2026 roku” – czytamy w liście Pawła Baruchy, wiceprezesa Naczelnej Rady Lekarskiej, do Filipa Nowaka, prezesa NFZ.

– Wykaz świadczeń gwarantowanych został określony w rozporządzeniu z 2013 r. i to on decyduje, które świadczenia są gwarantowanymi, a prezes funduszu nie może tego zmieniać – wyjaśnia Paweł Barucha.

NRL podkreśla, że wykaz świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego wymienia „kiretaż zwykły (zamknięty) w obrębie 1/4 uzębienia” bez jakichkolwiek ograniczeń wiekowych. Samorząd lekarski zwraca uwagę, że tam, gdzie ustawodawca chciał ograniczyć krąg uprawnionych pacjentów, zrobił to wprost – tak jak w przypadku zdjęcia pantomograficznego, zastrzeżonego dla pacjentów od 5. do 18. roku życia w uzasadnionych medycznie przypadkach.

WADLIWY KOMUNIKAT

NRL domaga się, aby NFZ odstąpił od próby uchylania się od rozliczenia procedur wykonanych przed wydaniem komunikatu z 22 lipca 2026 r. oraz nie stosował go w przypadku świadczeń zrealizowanych już po jego wydaniu.

Za żądaniem stoją mocne prawne argumenty. Po pierwsze, hierarchia aktów prawnych. Akt niższej rangi

nie może znosić postanowień aktów wyższej rangi. Po drugie, prawo nie może działać wstecz, a reguła weryfikacyjna ma objąć świadczenia wykonane już od 1 stycznia 2026 r., czyli na kilka miesięcy przed opublikowaniem komunikatu. Samorząd podkreśla, że ewentualne zmiany zasad rozliczeń powinny być ogłaszane z odpowiednim wyprzedzeniem i dotyczyć wyłącznie przyszłych świadczeń. Po trzecie, pozbawienie pacjentów do 15. roku życia dostępu do świadczenia wymienionego w koszyku gwarantowanych w drodze wewnętrznego komunikatu rozliczeniowego godzi w ich prawa wynikające wprost z rozporządzenia ministra zdrowia.

BRAK PAKIETÓW

U dzieci i młodzieży zapalenia przyzębia mogą świadczyć o poważnej chorobie ogólnoustrojowej. Dlatego często trafiają one do specjalistycznych ośrodków, gdzie zarówno mali pacjenci, ich rodzice, jak i lekarze natrafiają na kolejny problem. – Kiretaż u dzieci wykonuje się w wybranych przypadkach i robią to specjaliści. Problem w tym, że stomatologia dziecięca nie ma pakietów specjalistycznych. Do nas trafiają dzieci chore z wadami serca, przed transplantacją i po niej, dzieci ze skomplikowanymi urazami zębów, wadami genetycznymi. Te dzieciaki trafiają do ośrodków akademickich i byłych wojewódzkich, które mogą wykonywać podstawowe procedury jak wszyscy – mówi Dorota Olczak-Kowalczyk, kierownik Zakładu Stomatologii Dziecięcej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego i konsultant krajowy w dziedzinie stomatologii dziecięcej.

PRAKTYKA LEKARSKA

Nerki chorują po cichu

Przewlekła choroba nerek może przez lata nie dawać wyraźnych objawów, a nieleczona skraca życie i zwiększa ryzyko zawału, udaru czy niewydolności serca. **Prof. Marcin Adamczak**, prezes Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego, w rozmowie z Lucyną Krysiak przekonuje, że mamy dziś proste badania i nowoczesne leki, ale największym problemem pozostaje zbyt późne rozpoznanie choroby.

Ocenia się, że 4,5 mln Polaków cierpi na przewlekłą chorobę nerek, ale 95 proc. z nich nie ma o tym pojęcia.

Jak to możliwe?

We wczesnych stadiach przewlekła choroba nerek (PChN) przebiega bezobjawowo. Opisy w podręcznikach dotyczą najczęściej zaawansowanej mocznicy, w której możliwości zahamowania PChN są bardzo ograniczone i chory wymaga już leczenia nerkozastępczego. Jednym z nielicznych, choć nieswoistych objawów w początkowym okresie może być wzrost ciśnienia tętniczego. Ponieważ występuje powszechnie, nie wiąże się tego objawu z chorobą nerek. W efekcie diagnostyki nefrologicznej nie podejmuje się odpowiednio wcześniej, choroba pozostaje nierozpoznana, czego konsekwencje są bardzo poważne. Nieleczona PChN skraca życie. Szacuje się, że w Polsce z jej powodu umiera rocznie około 80 tys. osób. Co istotne, zgony te niezmiennie rzadko są następstwem samej mocznicy, gdyż leczenie nerkozastępcze jest w Polsce dostępne dla wszystkich pacjentów, którzy tego wymagają. Najczęściej umierają oni z powodu chorób układu krążenia, jak zawał mięśnia sercowego, udar mózgu czy też niewydolność serca. Wyniki jednego z badań wskazują, że u chorych na PChN z szacowanym przesączaniem kłębuszkowym (eGFR) poniżej 30 ml/min/1,73 m² lub z zespołem nerczycowym ryzyko zgonu jest nawet dwukrotnie wyższe niż u chorych z nowotworem złośliwym bez przerzutów. To pokazuje, z jaką skalą problemu mamy do czynienia.

Jak ważne jest to szacowane przesączanie kłębuszkowe?

Jest podstawowym parametrem służącym do oceny czynności nerek. Określa ich zdolność do filtrowania krwi, czyli usuwania produktów przemiany materii i utrzymywania prawidłowej gospodarki wodno-elektrolitowej. W praktyce klinicznej eGFR jest wyliczany na podstawie stężenia kreatyniny w surowicy z uwzględnieniem wieku i płci

Wczesne rozpoznanie pozwala często uniknąć dializoterapii lub przeszczepienia nerki

pacjenta, a wynik wyrażany jest w ml/min/1,73 m² powierzchni ciała. Jest stosowany zarówno w rozpoznawaniu przewlekłej choroby nerek, jak i do oceny stopnia jej zaawansowania. Oznaczenia eGFR i ACR powinny stanowić element rutynowych badań profilaktycznych i być zlecane nie tylko przez nefrologów, ale także lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, medycyny pracy oraz specjalistów opiekujących się pacjentami z innymi chorobami przewlekłymi. Ponieważ zdecydowana większość chorujących na PChN nie jest tego świadoma, konieczne jest upowszechnienie tych badań przesiewowych. Wczesne rozpoznanie pozwala

często uniknąć leczenia nerkozastępczego lub przeszczepienia nerki.

Jak w takim razie wcześniej wykryć, że z nerkami dzieje się coś złego?

Za pomocą prostych i powszechnie dostępnych badań laboratoryjnych. Warunkiem jest jednak ich regularne wykonywanie, szczególnie u osób należących do grup ryzyka PChN. Podstawą diagnostyki są dwa badania, które należy interpretować łącznie. Pierwszym jest ocena szacowanego przesączania kłębuszkowego (eGFR), obliczanego na podstawie stężenia kreatyniny we krwi z uwzględnieniem wieku i płci chorego. Drugim – oznaczenie stosunku wydalania albuminy do kreatyniny w próbce moczu porannego (ACR, albumin-to-creatinine ratio), pozwalające wykryć zwiększone wydalanie albuminy z moczem. Oba te parametry dostarczają uzupełniających się informacji.

U części chorych z PChN obserwuje się zmniejszenie eGFR poniżej 60 ml/min/1,73 m², przy prawidłowym wydalaniu albuminy. U innych natomiast funkcja filtracyjna nerek pozostaje zachowana, ale występuje zwiększona albuminuria, definiowana jako ACR ≥ 30 mg/g. Dopiero łączna ocena eGFR i ACR pozwala na wiarygodne rozpoznanie oraz ocenę stopnia zaawansowania choroby.

W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości badania te należy powtórzyć po co najmniej trzech miesiącach, aby wykluczyć stany chorobowe, w których doszło do ostrego uszkodzenia nerek, lub takie sytuacje, w których z innych powodów, takich jak intensywny wysiłek fizyczny, gorączka czy infekcja, przejściowo mogło wystąpić zwiększenie wydalań albuminy z moczem. Szczególnie znaczenie, zwłaszcza u młodszych pacjentów, ma oznaczenie ACR. Jest to badanie czułe i swoiste, wykonywane z pojedynczej, porannej próbki moczu. Jest szeroko dostępne, niedrogi i może być zlecane zarówno przez lekarza POZ, jak i lekarzy specjalistów. W laboratoriach prywatnych jego koszt wynosi około 25–30 zł.

Kto jest w grupie zwiększonego ryzyka PChN?

Do grupy zwiększonego ryzyka rozwoju PChN należą przede wszystkim pacjenci z nadciśnieniem tętniczym, cukrzycą typu 2, otyłością, chorobami reumatologicznymi oraz chorobami układu krążenia. Istotnym czynnikiem ryzyka jest również rodzinne występowanie schyłkowej niewydolności nerek, przebyte ostre uszkodzenie nerek oraz stan przedrzucawkowy w wywiadzie położniczym. U wszystkich tych osób co najmniej raz w roku powinny być wykonywane wspomniane badania przesiewowe – eGFR oraz ACR, co daje szansę znacząco zwiększyć wykrywalność PChN.

Na czym polega leczenie?

Aktualna farmakologiczna nefroprotekcja opiera się na lekach przeciwnadciśnieniowych, lekach zmniejszających aktywność układu renina–angiotensyna, tj. inhibitorach enzymu konwertującego i antagonistach receptora angiotensyny, inhibitorach SGLT2 oraz stosowaniu wodorowęglanu sodu u chorych z często występującą w PChN kwasicy metaboliczną. Dodatkowo u chorych z cukrzycą typu 2 i z PChN w nefroprotekcji znajduje zastosowanie niesteroidowy antagonist receptorów mineralokortykoidowych, czy też agonista receptora GLP-1. Leczenie nefroprotektoryjne wspomagają nowoczesne leki wiążące potas w przewodzie pokarmowym, przeznaczone do leczenia hiperkaliemii, która



foto: Tomasz Porębski

w przeszłości uniemożliwiała stosowanie w pełnych dawkach leków zmniejszających aktywność układu renina–angiotensyna–aldosteron. Czekamy na wprowadzenie do leczenia nefroprotektoryjnego nowych klas leków będących obecnie przedmiotem badań klinicznych, takich jak aktywatory rozpuszczalnej cykazy guanylanowej, inhibitory syntazy aldosteronu czy antagoniści receptorów endoteliny.

Czyli narzędzia są, tylko trzeba je odpowiednio wykorzystać?

Zdecydowanie tak. Dysponujemy dziś zarówno prostymi narzędziami diagnostycznymi, jak i skutecznymi lekami, które spowalniają postęp PChN. Duże znaczenie ma szeroko pojęta edukacja – nie tylko pacjentów, ale i lekarzy wszystkich specjalności, studentów kierunków medycznych oraz osób odpowiedzialnych za organizację ochrony zdrowia. Polskie Towarzystwo Nefrologiczne od lat podejmuje działania na rzecz podnoszenia świadomości wczesnego

◀ **Prof. Marcin Adamczak**, prezes Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego, członek zarządu Europejskiego Towarzystwa Nefrologicznego (European Renal Association Council Member) z Katedry i Kliniki Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

wykrywania PChN. Uczestniczy w pracach parlamentarnych dotyczących ochrony zdrowia, angażuje się w działania edukacyjne oraz wspólnie z Ogólnopolskim Stowarzyszeniem „Moje Nerki” patronuje inicjatywom promującym badania przesiewowe w tym kierunku. Są to ważne działania, ale są potrzebne nowe inicjatywy, które zwiększą wykrywalność choroby.

Jaką strategię należałoby przyjąć, aby zrealizować te cele?

Powinna ona opierać się na kilku uzupełniających się filarach. Pierwszym i najważniejszym jest wspomniana już wczesna diagnostyka. Drugim poprawa dostępności do nefrologa (obecnie na konsultację nefrologiczną czeka się 120 dni), co wymaga odpowiedniego finansowania świadczeń i zwiększenia liczby nefrologów. W Polsce pracuje około tysiąca specjalistów nefrologii, a ich liczba maleje. Prawie 30 proc. z nich ma ponad 55 lat, a liczba lekarzy specjalizujących się w tej dziedzinie nie gwarantuje pełnej wymiany pokoleniowej. W krajach zachodnich jest ich dwukrotnie więcej.

Trzecim filarem jest modyfikacja sposobu leczenia nerkozastępczego, odpowiadająca wyzwaniom współczesności. Obecnie dominuje hemodializoterapia wykonywana w stacjach dializ. Hemodializa w domu nie jest dostępna m.in. z powodu luk legislacyjnych. Hemodiafiltracja, która jest bardziej efektywną odmianą hemodializoterapii, jest w Polsce stosowana tylko u około 12 proc. chorych, a z alternatywnej metody leczenia nerkozastępczego, tj. dializoterapii otrzewnowej, korzysta jedynie około 3,6 proc. z nich (w krajach UE odsetek ten wynosi 12–30 proc.). Tymczasem

w ciągu trzech pierwszych lat leczenia nerko zastępczego metoda ta daje lepsze wskaźniki przeżycia i jakości życia niż hemodializoterapia. Umożliwia też leczenie w domu, zapewniając większą swobodę chorym i ułatwiając utrzymanie aktywności zawodowej.

Elementem strategii powinno być również zwiększenie dostępności do przeszczepienia nerki. Transplantacja jest najbardziej efektywną klinicznie metodą leczenia schyłkowej niewydolności nerek, a także rozwiązaniem bardziej opłacalnym ekonomicznie niż wieloletnia dializoterapia. Dlatego pacjentów należy częściej kwalifikować do tego zabiegu jeszcze przed rozpoczęciem dializoterapii i konsekwentnie promować ideę dawstwa żywego. Warunkiem powodzenia tych działań jest jednak finansowanie nefrologii uwzględniające realną wycenę procedur nefrologicznych, która odzwierciedlałaby rzeczywiste koszty diagnostyki i leczenia. Polskie Towarzystwo Nefrologiczne przygotowuje obecnie kompleksowy program działań na rzecz poprawy opieki nefrologicznej w Polsce. Dokument ten będzie zawierał rekomendacje dotyczące profilaktyki, diagnostyki, leczenia oraz organizacji opieki nad pacjentami z PChN i liczymy, że będzie stanowił punkt wyjścia do systemowych zmian w nefrologii.

Kiedy lekarze bezwzględnie powinni kierować pacjenta do nefrologa?

Głównie w przypadku wystąpienia zespołu nerczycowego, współistnienia białkomoczu i krwinkomoczu, szybko postępującego pogorszenia czynności nerek oraz stwierdzenia mnogich torbieli nerek. Konsultacji specjalistycznej wymagają też chorzy z istotnym obniżeniem eGFR oraz wszyscy, u których istnieje podejrzenie pierwotnego lub wtórnego kłębuszkowego zapalenia nerek. Aby ich zidentyfikować, u każdego chorego z uprzednio rozpoznaną PChN należy w ramach POZ lub poradni specjalistycznych wykonać badanie ultrasonograficzne jamy brzusznej i badanie ogólne moczu z oceną osadu moczu.

Niestety, pacjenci wciąż zbyt rzadko są kierowani do nefrologa odpowiednio wcześniej. Tymczasem dokonał się ogromny postęp w leczeniu celowanym przyczyn PChN. Pojawiły się nowoczesne terapie,

a dostępne w Polsce programy lekowe pozwalają skuteczniej leczyć choroby nerek.

W ciągu ostatnich 12 lat Europejska Agencja Leków (European Medicines Agency – EMA) zarejestrowała 20 nowych preparatów stosowanych w leczeniu chorych z PChN. Ich skuteczność jest jednak uwarunkowana odpowiednio wcześniej postawionym rozpoznaniem w celu zidentyfikowania przyczyny PChN (obejmującej często biopsję nerki) i rozpoczęcia celowanego leczenia.

A co z profilaktyką chorób nerek?

W profilaktyce obowiązuje prosta zasada: to, co jest dobre dla serca, jest dobre dla nerek. Oznacza to przede wszystkim prowadzenie zdrowego stylu życia – regularną

Pacjenci wciąż zbyt rzadko są kierowani do nefrologa odpowiednio wcześniej, tymczasem dokonał się ogromny postęp w leczeniu celowanym przyczyn PChN

aktywność fizyczną, utrzymywanie prawidłowej masy ciała, zbilansowanej diety z eliminacją żywności wysoko przetworzonej oraz skuteczną kontrolę ciśnienia tętniczego i zaburzeń metabolicznych, a także unikanie palenia tytoniu czynnego i biernego. Coraz więcej danych wskazuje na rolę czynników środowiskowych oraz zagrożenia wynikające z nadużywania leków dostępnych bez recepty – jak niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ), inhibitory pompy protonowej czy też preparaty witaminy D mogące prowadzić do hiperkalcemii i wapnicy nerek. Leki te są stosowane często bez kontroli lekarskiej i bez wskazań klinicznych.

Polskie Towarzystwo Nefrologiczne przykładą dużą wagę do konferencji. Dlaczego?

Konferencje naukowe są jednym z ważnych elementów

działalności PTN. Zapraszamy na nie wykładowców reprezentujących różne dyscypliny medyczne (m.in. kardiologię, hipertensjologię, diabetologię czy też reumatologię). Jedną z tego rocznych konferencji PTN, która odbyła się w czerwcu br. w Krakowie, po raz pierwszy towarzyszyła Ogólnopolska Konferencja Nefrologicznych Studenckich Kół Naukowych, w której udział wzięli studenci z ośmiu uczelni medycznych. Zależy nam, aby już na etapie studiów zainteresować przyszłych lekarzy nefrologią i zachęcić ich do wyboru tej specjalizacji. Również po raz pierwszy Towarzystwo wręczyło Nagrody PTN – „Złote Nefrony”, przyznawane osobom lub instytucjom, które w istotny sposób przyczyniają się do rozwoju nefrologii poprzez edukację, popularyzację wiedzy, wspieranie innowacji oraz budowanie współpracy między nauką, medycyną i środowiskiem pacjentów.

A działalność międzynarodowa?

Od dwóch lat wszyscy członkowie PTN są jednocześnie członkami European Renal Association (ERA), co umożliwia szybkie wdrażanie europejskich standardów diagnostyki i leczenia do codziennej praktyki klinicznej w Polsce. ERA jest jedną z największych i najbardziej prestiżowych organizacji nefrologicznych na świecie i przynależność do niej otwiera nowe możliwości rozwoju zawodowego, w tym dostęp do programów stypendialnych, materiałów edukacyjnych i czasopism naukowych, a także stwarza preferencyjne warunki uczestnictwa w kongresach i szkoleniach. Zrzesza ponad 30 tys. specjalistów z około 50 krajów i odgrywa kluczową rolę w tworzeniu wytycznych, rozwoju badań naukowych oraz kształceniu lekarzy w zakresie nefrologii, dializoterapii i transplantologii. Oprócz corocznego kongresu ERA organizuje mniejsze spotkania edukacyjne. Jedno z najbliższych, tzw. ERA Education, odbędzie się w Krakowie w dniach 1-2 października 2027 r. we współpracy z PTN. ●

FELIETON

Czego uczy nas doktor Kacprzyk?

Własnej przyzwoitości i spokoju ducha nie warto sprzedawać
za dodatkowe zera na fakturach.

JAKUB SIECZKO
ANESTEZJOLOG



Na przełomie tysiącleci opinią publiczną wstrząsnęła afera „łowców skór”. Dziś Polaków elektryzują doniesienia z warszawskiego Szpitala Południowego. Wszystko za sprawą 29-letniego Dawida Kacprzyka – rezydenta anestezjologii, który został milionerem, radnym, koordynatorem (nie mylić z ordynatorem) SOR, a i na błyszczenie w mediach czasu mu starczało.

W 2003 r., gdy przygotowywałem się do egzaminu na studia medyczne, wziąłem udział w spotkaniu informacyjnym dla maturzystów. Ówczesny prodziekan wydziału lekarskiego jednej z najbardziej prestiżowych polskich uczelni medycznych wygłosił na nim płomienną przemowę. Oburzał się i drwił z doniesień na temat rzekomego podawania przez lekarzy leku zwiotczającego mięśnie w celu przyspieszenia śmierci pacjentów. Dodał również – pamiętam jak dziś – że za to, że żaden lekarz do tak haniebných czynów by się nie posunął, dałby sobie uciąć rękę. Kilka lat temu spotkałem profesora. Jego ręce miały się dobrze.

Najgorsze, co moglibyśmy zrobić z trwającym kryzysem, to nazwać go tylko nieuzasadnioną nagonką. Zakryć uszy, zamknąć oczy i zatkać nos, żeby nie poczuć, że coś tu jednak śmierdzi. Straty wizerunkowe, które doktor Kacprzyk i jego wesoła ferajna ze Szpitala Południowego przynieśli naszemu zawodowi, są ogromne i godzą w zaufanie do każdego i każdej z nas – w ogromnej większości przecież Bogu ducha winnych. Pamiętam, ile sam zarabiałem jako 29-letni rezydent anestezjologii. Moje roczne zarobki nie sięgały wówczas nawet dziesięciu procent przychodów bohatera historii w Szpitalu Południowym. Ogromna większość polskich lekarzy i lekarek nie wpisuje na fakturach niewypracowanych godzin, nie dyżuruje równolegle w kilku miejscach. Nie przyszłoby nam nawet do głowy, żeby dwa lata po otrzymaniu pełnego prawa wykonywania zawodu myśleć o obejmowaniu funkcji kierowniczych. Dawid Kacprzyk

jest jednak jednym z nas – choć, oględnie mówiąc, wielkiej kariery w polskiej ochronie zdrowia już mu nie wróże.

Za sprawą afery w Szpitalu Południowym pojawiła się emocja społeczna. Dostaje się lekarzom przyzwoitość i uczciwość. Ale tak to z emocjami bywa – nie rządzą się prawami ważenia racji i racjonalnej analizy. Są dżinem wypuszczonym z butelki, którego nijk do tej butelki wepchnąć się nie da.

Nie pomagają też kolejne doniesienia medialne: jak choćby o aferze w Miastku, gdzie, według Wirtualnej Polski, neurochirurdzy krótkie procedury rozliczali jako długie i skomplikowane świadczenia, dzięki czemu ich stawka godzinowa wynosiła nawet 26 tys. zł.

Choć możemy (słusznie) czuć się traktowani niesprawiedliwie, kiedy wrzuca się nas z doktorem Kacprzykiem do jednego worka, to nie funkcjonował on przecież w próżni. Ktoś mu na taką karierę pozwolił. Ktoś mu te faktury podpisywał. Ktoś tę podejrzaną działalność i rosnące wpływy widział. Zgorszenie było publiczne i ewidentne.

Jeśli ten kryzys, choć teraz boli, ma nas – polskich lekarzy i polskie lekarki – czegoś nauczyć, niech przypomni o wadze jednego słowa: umiarkowanie. Styk dużych pieniędzy i pracy polegającej na dbaniu o zdrowie innych ludzi bywa ogromnie niebezpieczny. Niedośkonały, czasami zupełnie nieracjonalny, system niektórych kusi. Dziś problemem

moralnym naszego środowiska nie są łapówki. Teraz kusić potrafią wysokie stawki w placówkach o wątpliwych standardach, układy towarzysko-zawodowe osób na wysokich stanowiskach, prowadzenie prywatnej praktyki przy jednoczesnym zarządzaniu jednostką publiczną. Te pokusy nie znikną, nawet gdy doktora Kacprzyka osądzimy surowo i bezwzględnie. W Polsce 2026 lekarza specjalistę, który nie może pozwolić sobie na życie na przyzwoitym poziomie (ładne mieszkanie, dobry samochód, wakacje za granicą, dzieci w prywatnych szkołach) trzeba by szukać ze świecą. Okazja jednak czyni złodzieja. Gdy do kogoś z nas taka okazja zapuka, przypomnijmy sobie historię Dawida Kacprzyka. Uczy nas ona, że nasz zawód zawsze będzie związany ze szczególnymi powinnościami moralnymi. I że własnej przyzwoitości i spokoju ducha nie warto sprzedawać za dodatkowe zera na fakturach.

Gdybym miał polecić koleżankom i kolegom film, który najlepiej oddaje tę przestrożę, byłaby to ostatnia część „Dekalogu” Kiesłowskiego – ze Stuhrem i Zamachowskim, o pożądaniu rzeczy. Tam chodziło o kolekcję znaczków pocztowych, ale mechanizm jest przecież ten sam. Krzysztof Piesiewicz, współscenarzysta filmu, zapytany kiedyś o jego przesłanie, odpowiedział: „Miarkuj, bo jeśli nie, to cię zniszczy”. I tego właśnie powinniśmy się trzymać. ●

Napisz do autora:
siczko.gazetalekarska@gmail.com

PRAKTYKA LEKARSKA

Gdy pacjent przychodzi z diagnozą z TikToka

SYLWIA WAMEJ

Poppsychologia coraz częściej wchodzi do gabinetów lekarskich. Pacjenci przychodzą nie tylko z objawami, ale z gotowymi diagnozami, językiem klinicznym zaczerpniętym z internetu i oczekiwaniem, że lekarz je potwierdzi.

Zdrowie psychiczne przestało być tematem tabu, a psychoedukacja w mediach społecznościowych stała się masowa. Wraz z jej popularyzacją pojawiły się jednak poppsychologia i psychowashing – uproszczone, emocjonalne treści udające wiedzę kliniczną. Coraz częściej wpływają one na pracę lekarzy, bo pacjenci oczekują potwierdzenia internetowych narracji.

Psychoterapeutka dr Joanna Gutral uważa, że psychologia odniosła gigantyczny sukces. – W ciągu sześciu lat liczba studentów psychologii wzrosła o 147 proc. Pojęcia kliniczne weszły do języka codziennego, ale często używamy ich bezkrytycznie. Terminy, takie jak depresja, trauma, regulacja emocji, ADHD czy styl przywiązania, stały się elementem potocznych rozmów – wyjaśnia.

Problem polega na tym, że diagnozy zaczęły pełnić funkcję wyjaśnień i usprawiedliwień. – Ekstrawersja nie tłumaczy zachowania: ona je opisuje. Podobnie diagnozy. Mówienie: „zachowuję się tak, bo mam ADHD” jest błędne klinicznie – dodaje.

Autorzy badania opublikowanego w „PLOS One” przeanalizowali 100 najpopularniejszych filmów na TikToku oznaczonych #ADHD. Mniej niż połowa twierdzeń pokrywała się z kryteriami DSM-5, a analizowane treści miały łącznie prawie pół miliarda wyświetleń. Aż 93,9 proc. filmów nie podawało żadnych źródeł, a tylko 4,1 proc. zawierało zachętę do skontaktowania się ze specjalistą.

W drugiej części badania, obejmującej 843 młodych dorosłych, wykazano, że im częściej oglądali oni treści o ADHD, tym bardziej przeceniali rozpowszechnienie

i nasilenie zaburzenia oraz chętniej polecali filmy ocenione przez klinicystów jako nierzetelne.

POKOLENIA I AUTODIAGNOZY

Dr Gutral zwraca uwagę, że różnice pokoleniowe są widoczne w gabinecie. Pokolenie millenialsów częściej traktuje specjalistę jako autorytet, który „powie im, co mają robić”. Z kolei pokolenie Z, „cyfrowi tubylcy”, przychodzi do gabinetu z większą świadomością, ale nie zawsze z rzetelną wiedzą. Ich podstawowym źródłem informacji jest internet, a ekspozycja na treści dotyczące zdro-

Jeśli każde doświadczenie nazwiemy traumą, a każde zmęczenie depresją, tracimy zdolność odróżniania realnego cierpienia od codziennych trudności

wia jest ogromna, choć ich rzetelność jest niska: połowa najpopularniejszych filmików na TikToku w tym obszarze zawiera błędne informacje medyczne.

Zdarza się, że pacjent naoglądał się treści o ADHD do tego stopnia, że trudno odróżnić realne objawy od tych wytworzonych pod wpływem internetu. W takich sytuacjach konieczne są dodatkowe źródła informacji, na przykład wywiad z rodziną, bo sam wywiad z pacjentem przestaje być obiektywny.

Wiele popularnych treści o ADHD w mediach społecznościowych działa jak horoskop: operuje ogólnikami, które łatwo dopasować do siebie, niezależnie od rzeczywistego obrazu klinicznego. Algorytmy mediów społecznościowych premiuja treści proste, emocjonalne i łatwe do utożsamienia się, dlatego ADHD bywa tam przedstawiane w skrajnych, niezgodnych z kliniczną rzeczywistością narracjach: albo jako „supermoc”, albo jako stan całkowitej bezradności. Tego typu uproszczenia zwiększają zasięgi, ale nie wspierają rzetelnej psychoedukacji.

INFLACJA JĘZYKA

Psychiatra i psychoterapeutka Agnieszka Popiel, dr hab. i prof. Uniwersytetu SWPS, mówi wprost: – Pacjenci używają języka klinicznego w znaczeniu potocznym. Kiedy ktoś mówi „mam depresję”, pierwszym pytaniem powinno być: „co pani/pan przez to rozumie”. Nadużywanie pojęć prowadzi do ich rozcieńczenia – zauważa.

Popiel zwraca uwagę na nowy trend: mikrotraumy – pojęcie popularne w internecie, ale nieistniejące w klasyfikacjach.

– W języku potocznym trauma stała się słowem wytrychem. Używa się go na określenie stresu, trudnego dnia, konfliktu, rozczarowania. Tymczasem w psychiatrii trauma ma bardzo precyzyjną definicję, opartą na kryteriach diagnostycznych. Jeżeli każde doświadczenie nazwiemy traumą, to pojęcie traci wartość

kliniczną. A to ma realne konsekwencje: pacjent przychodzi z gotową etykietą, która nie opisuje jego stanu, a lekarz musi najpierw „odkręcić” język internetowy, zanim zacznie diagnozować. To spowalnia proces, utrudnia komunikację i może prowadzić do błędnych oczekiwań wobec leczenia – mówi Agnieszka Popiel.

CELEBRYCI I COACHOWIE

Prof. dr hab. Przemysław Bąbel z Instytutu Psychologii Uniwersytetu Jagiellońskiego podkreśla, że psychowashing – pseudonaukowe podszywanie się pod psychologię – ma głębokie korzenie. Jego źródłem jest wieloletni brak regulacji, nadzoru i jednolitego systemu kształcenia psycho-terapeutów: luka, która pozwala dziś działać zarówno rzetelnym specjalistom, jak i osobom bez przygotowania klinicznego.

– Psychoterapia w Polsce zaczynała się w latach 70. ubiegłego wieku w sposób całkowicie nieuregulowany. Pierwsi terapeuci byli samoukami albo po krótkich kursach, bo nie istniał żaden system szkolenia. Ten brak struktury utrwalił się i dziś prowadzi do sytuacji, w której psychoterapię mogą oferować osoby bez wykształcenia psychologicznego, bez przygotowania klinicznego, a czasem nawet bez jakichkolwiek kursów – dodaje prof. Bąbel.

W przestrzeni publicznej łatwo znaleźć jaskrawe przykłady psychowashingu: celebryckie narracje o „leczeniu” depresji ayahuaską, coachowie ADHD oferujący płatne sesje na podstawie własnej diagnozy czy Play Sand Therapy – praca z niebieską kuwetą i figurkami Playmobil, mimo braku badań potwierdzających skuteczność.

Przykłady te pokazują, jak szerokie spektrum obejmuje dziś psychowashing. Jak podkreśla prof. Przemysław Bąbel, przy braku regulacji zjawisko to będzie się rozwijać bez kontroli.

KAŻDY MOŻE BYĆ PSYCHOTERAPEUTA

Rynek psychoterapii w Polsce działa dziś w logice wolnoamerykanki: każdy może ogłosić się psycho-terapeutą, prowadzić terapię, szkolić innych, a nawet nadawać sobie tytuły, które brzmią profesjonalnie, choć nie mają żadnego umocowania. W takiej rzeczywistości marketing, zasięgi i autopromocja stają się ważniejsze niż kompetencje kliniczne.

Dr Joanna Gutral wskazuje na systemowe luki: psychoterapia powinna być zarezerwowana dla psychologów i psychiatrów. – Nie mamy egzaminów, które weryfikują wiedzę na starcie. Nie mamy jednolitego egzaminu państwowego na koniec edukacji, który gwarantowałby,

że ta osoba posiada wszystkie umiejętności niezbędne do świadczenia psychoterapii – mówi.

Zwraca uwagę, że szkoły psychoterapii są prywatne, nie podlegają nadzorowi, a ustawa o zawodzie psychologa nie przewiduje wymogu wykształcenia bazowego.

– Dlaczego zawód psycho-terapeuty ma w Polsce tak niski próg wejścia? Dlaczego wymagania wobec osób szkolących się do psychoterapii są istotnie niższe niż wobec psychologów czy psychiatrów? I dlaczego opłaty za wieloletnie szkolenia trafiają do prywatnych ośrodków, a nie do systemu publicznego? – pyta dr Gutral.

Terapeutka podkreśla, że filtrowanie treści w sieci jest trudne nawet dla osób świadomych. Najważniejsze kryteria bezpieczeństwa to: weryfikacja tytułów (czy „doktor” oznacza lekarza, czy doktora chemii), sprawdzenie wykształcenia bazowego – psychoterapia powinna być wykonywana przez psychologów i psychiatrów – szkolenia i supervizja, praca w nurcie o potwierdzonej skuteczności (na przykład metody uwzględniane w zaleceniach NICE), a także reakcja na polemikę. Jeśli specjalista każdą krytykę nazywa hejtem, to sygnał ostrzegawczy.

Prof. Agnieszka Popiel opisuje nowy typ pacjentów. – Przychodzą dziś z diagnozami z internetu, często bardzo mocno w nie wierząc – mówi. – Pacjenci nie przychodzą z objawami, tylko z etykietą i oczekują jej potwierdzenia. Lekarz rodzinny musi więc najpierw odkodować, co konkretny pacjent ma na myśli, zanim w ogóle przejdzie do badania.

Jak zauważa psychiatra, część pacjentów walczy o diagnozę ze względu na postrzegane ułatwienia, które – w ich przekonaniu – mogą poprawić ich sytuację w pracy, na uczelni lub w szkole. – W ostateczności trzeba powiedzieć, że w świetle mojego doświadczenia klinicznego nie mogą się pod tym rozpoznaniem podpisać. To trudny moment, bo pacjent często czuje się niezrozumiany albo wręcz odrzucony – podkreśla prof. Popiel.

KORZYŚCI Z EDUKACJI

Prof. Popiel podkreśla wartość rzetelnych treści. – Wielu pacjentów trafiło do leczenia, bo usłyszeli w radiu czy podcaście, że ich objawy mogą być związane na przykład z PTSD. Rzetelna psychoedukacja jest potrzebna.

Jak dodaje, specjaliści występują w mediach, by dotrzeć do osób, które nie wiedzą, że ich cierpienie ma nazwę i że można je skutecznie leczyć.

– Internet premiuje treści szybkie i emocjonalne. To sprzyja trywializacji cierpienia. Depresja nie jest gorszym dniem, a trauma nie jest metaforą trudnego tygodnia – ostrzega ekspertka. – To jest bardzo niebezpieczne, bo jeśli depresja zaczyna oznaczać zmęczenie, a trauma – każde doświadczenie, to tracimy zdolność rozróżniania realnego cierpienia od codziennych trudności – wyjaśnia Agnieszka Popiel. I dodaje: – Trywializacja cierpienia jest jednym z najpoważniejszych skutków popsycho-ologii. Uproszczone treści nie tylko wprowadzają w błąd, ale też banalizują doświadczenia osób naprawdę chorych. Depresja to choroba, która potrafi odebrać zdolność funkcjonowania. PTSD to zaburzenie, które niszczy życie. Jeśli sprowadzimy je do memów i rolek, to odbieramy im powagę, a pacjentom odbieramy szansę na realną pomoc.

PSYCHOWASHING ZA PUBLICZNE PIENIĄDZE

Popiel zwraca uwagę na pilotaż programu leczenia traumy za 40 mln zł.

– Program prowadzono bez jakichkolwiek kryteriów oceny skuteczności, a ośrodki mogły zgłaszać własne pomysły na terapię niezależnie od tego, czy miały one jakiegokolwiek podstawy naukowej. W dokumentach pojawiało się nawet stwierdzenie o udokumentowanej skuteczności, której w rzeczywistości nie było. Brak jakichkolwiek odniesień do istniejących od lat badań i analiz agencji HTA dotyczących skuteczności klinicznej i efektywności kosztowej leczenia PTSD w programie finansowanym ze środków publicznych jest co najmniej niepokojący – mówi.

Zdaniem psychiatry państwo nie zapewnia rzetelnej edukacji, nie wyznacza jasnych standardów i nie reguluje zawodu psycho-terapeuty. A właśnie od instytucji państwa należałoby się spodziewać rzetelnej edukacji.

Największym zagrożeniem jest zalew dezinformacji. Pacjent błądzi między internetem a gabinetem. Państwo powinno być kompasem, a dziś nim nie jest – podsumowuje Popiel. ●

PRAKTYKA LEKARSKA

Rak trzustki: nowy początek

DOROTA ROMANOWSKA

Gdy lekarze zaprezentowali wyniki badania klinicznego nowego leku dla chorych na raka trzustki, dostali owację na stojąco, a nową terapię uznano za przełomową. To niezwykle rzadkie sytuacje w świecie medycyny. Daraxonrasib hamuje aktywność zmutowanych białek RAS – kluczowych regulatorów wzrostu i przeżycia komórek nowotworowych.

W badaniu, którego wyniki zaprezentowano na do- rocznym spotkaniu Amerykańskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej (ASCO) w Chicago, wzięło udział 500 pacjentów z Ameryki Północnej, Europy i Azji (Polska nie uczestniczyła w rekrutacji). Wszyscy mieli przerzutowego gruczolakoraka trzustki z mutacją genu KRAS. Wykazano, że średni czas przeżycia pacjentów otrzymujących daraxonrasib wyniósł 13,2 miesiąca w porównaniu z 6,6 miesiącami chorych, którzy byli poddawani standardowej terapii. Nowy lek, w tabletkach przyjmowanych raz dziennie, nie tylko wydłużył czas przeżycia pacjentów, ale również powodował mniej działań niepożądanych niż stosowane obecnie terapie.

TERAPIA NA WAGĘ ZŁOTA

Dwukrotne wydłużenie życia chorych robi wrażenie, ale to wciąż nie jest satysfakcjonujące ani dla pacjentów, ani dla ich bliskich. Dlaczego zatem nowy lek uznano za przełomowy? Powodów jest kilka.

Rak trzustki pozostaje nowotworem o najgorszym rokowaniu spośród najczęściej występujących nowotworów złośliwych. Pięcioletnie przeżycie całkowite nie przekracza 10–15 proc., a u większości chorych rozpoznawanie stawiane jest w stadium miejscowo zaawansowanym lub uogólnionym. Wynika to z biologicznej agresywności nowotworu, wczesnego rozsiewu oraz braku skutecznych metod wczesnego wykrywania. W efekcie niewielu pacjentów kwalifikuje się do leczenia radykalnego. Każda nowa terapia

dla chorych z rakiem trzustki budzi więc nadzieję na poprawę wyników ich leczenia.

Daraxonrasib jest pierwszym inhibitorem pan-RAS, który w badaniu III fazy wykazał istotną korzyść kliniczną u chorych na raka trzustki. Wzbudził tak duże zainteresowanie, ponieważ rak ten pozostaje jednym z nielicznych nowotworów, w których postęp terapeutyczny w ostatnich dekadach

Każda nowa terapia, która może realnie poprawić wynik leczenia chorych z rakiem trzustki, ma szczególne znaczenie zarówno dla pacjentów, jak i dla lekarzy

był stosunkowo niewielki. Podczas gdy w wielu nowotworach wprowadzenie immunoterapii i terapii ukierunkowanych molekularnie doprowadziło do istotnej poprawy przeżycia pacjentów, w zaawansowanym raku trzustki leczenie nadal opiera się przede wszystkim na klasycznej chemioterapii.

– Pomimo postępu, jaki dokonał się w ostatnich latach, wyniki leczenia zaawansowanego raka trzustki pozostają niezadowalające. Dostępne obecnie schematy terapeutyczne wydłużają przeżycie jedynie w ograniczonym stopniu. Dlatego istnieje pilna potrzeba

opracowania nowych metod leczenia – mówi dr Leszek Kraj, onkolog kliniczny z Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

UDERZENIE W KLUCZOWY MECHANIZM

Zaprezentowane podczas kongresu ASCO wyniki badania z daraxonrasibem również nie oznaczają przełomu w rozumieniu możliwości leczenia chorych. Lek wydłużył medianę całkowitego przeżycia do 13,2 miesięcy, co stanowi istotną poprawę, ale nadal jest to leczenie paliatywne.

– Największe znaczenie wyników tego badania wykracza poza samą wartość mediany przeżycia. Można oczekiwać, że inhibitory pan-RAS będą oceniane we wcześniejszych liniach leczenia, w skojarzeniu z chemioterapią, a także z innymi metodami leczenia systemowego. Ponieważ mutacje RAS występują również w wielu innych nowotworach, potencjalne zastosowanie tej grupy leków może być znaczenie szersze niż tylko rak trzustki – podkreśla dr Kraj.

Co najważniejsze, nowy lek jest ukierunkowany na najważniejszy mechanizm molekularny odpowiedzialny za rozwój raka trzustki. Mutacje genu KRAS występują u ponad 90 proc. chorych na gruczolakoraka przewodowego trzustki i odgrywają kluczową rolę w inicjacji oraz utrzymaniu procesu nowotworowego.

► Każdego roku rak trzustki jest rozpoznawany w naszym kraju u ponad 4 tys. osób i pozostaje jedną z najczęstszych przyczyn zgonów z powodu nowotworów złośliwych

– Daraxonrasib należy do nowej klasy inhibitorów pan-RAS. Jego aktywność nie ogranicza się do jednego, określonego wariantu mutacji KRAS. W praktyce może to oznaczać możliwość zastosowania leczenia u zdecydowanej większości chorych z rakiem trzustki – mówi dr Kraj.

NIEUCHWYTNY CEL

Znaczenie mutacji KRAS w biologii raka trzustki poznano już w latach 80. XX wieku. Przełomowe prace opublikowane w 1988 r. wykazały, że mutacje tego genu należą do tzw. mutacji kierujących, które napędzają rozwój nowotworu i odpowiadają za utrzymanie jego złośliwego fenotypu. Od tego czasu zahamowanie aktywności KRAS stało się jednym z najważniejszych celów badań nad nowymi terapiami przeciwnowotworowymi.

Przez ponad trzy dekady KRAS uznawano jednak za cel terapeutyczny praktycznie niemożliwy dla skutecznego zahamowania. Mimo intensywnych badań nie udawało się opracować cząsteczki zdolnej do selektywnego i trwałego zahamowania aktywności białek RAS.

– Rzeczywisty przełom nastąpił kilka lat temu wraz z rozwojem chemii medycznej i biologii strukturalnej, które umożliwiły zaprojektowanie cząsteczek wiążących się z białkiem RAS. Wyniki zaprezentowanego badania klinicznego pokazują, że strategia ta może przełożyć się na istotną korzyść kliniczną u pacjentów – mówi dr Kraj.

Daraxonrasib uznano za jedno z najważniejszych osiągnięć ostatnich lat w onkologii, ponieważ większość dotychczas opracowywanych terapii celowanych jest przeznaczona dla stosunkowo niewielkich grup pacjentów z określonym wariantem molekularnym nowotworu. Dobrym przykładem są inhibitory KRAS G12C, które znajdują zastosowanie jedynie u chorych z tą konkretną mutacją. Występuje ona u około 13 proc. pacjentów z niedrobnokomórkowym rakiem płuca oraz u zaledwie 1–3 proc. chorych na raka jelita grubego. W przypadku raka



fot. Shutterstock.com

trzustki mutacja KRAS G12C należy do rzadkości.

DŁUGA DROGA DO PRAKTYKI KLINICZNEJ

Znaczenie tego odkrycia wykracza poza raka trzustki. Mutacje w genie z rodziny RAS należą do najczęstszych zmian molekularnych w nowotworach. Szacuje się, że uczestniczą w rozwoju blisko jednej trzeciej wszystkich nowotworów złośliwych. Jeżeli skuteczność inhibitorów pan-RAS zostanie potwierdzona w kolejnych badaniach, leki te mogą znaleźć zastosowanie również w leczeniu wielu innych nowotworów.

– W onkologii wielokrotnie obserwowaliśmy, że pojawienie się pierwszego skutecznego leku ukierunkowanego molekularnie otwiera drogę do rozwoju całej klasy nowych terapii. Dobrym przykładem jest trastuzumab. Opracowanie tego leku całkowicie odmieniło rokowanie pacjentów z rakiem piersi z nadekspresją receptora HER2 i zapoczątkowało rozwój kolejnych leków anty-HER2, które obecnie stosujemy również w raku żołądka czy nowotworach dróg żółciowych. Liczymy, że podobny rozwój nastąpi

także w przypadku inhibitorów KRAS – mówi dr Kraj.

Dodatkową zaletą daraxonrasibu jest doustna droga podawania oraz korzystny profil bezpieczeństwa obserwowany w badaniach klinicznych. – Profil działań niepożądanych tej grupy leków jest przewidywalny i w większości przypadków możliwy do skutecznego monitorowania oraz leczenia objawowego, co ma istotne znaczenie w codziennej praktyce klinicznej – podkreśla dr Kraj.

Choć wyniki badania budzą duże nadzieje, droga do rutynowego stosowania leku jest długa. Obecnie producent czeka na decyzję amerykańskiej Agencji Leków i Żywności (FDA). Kolejnym etapem będzie ocena przez Europejską Agencję Leków (EMA), a następnie proces refundacyjny w poszczególnych krajach, w tym w Polsce.

Każdego roku rak trzustki jest rozpoznawany w naszym kraju u ponad 4 tys. osób i pozostaje jedną z najczęstszych przyczyn zgonów z powodu nowotworów złośliwych. Z tego względu każda nowa terapia, która może realnie poprawić wynik leczenia chorych z tą chorobą, ma szczególne znaczenie zarówno dla pacjentów, jak i dla lekarzy. ●

Recepta na chaos

Jedno pismo Ministerstwa Zdrowia wystarczyło, by recepta, którą dotychczas można było prawidłowo zrealizować, stała się dla farmaceuty potencjalnym źródłem problemów. Pacjent jak zwykle znalazł się na końcu tego łańcucha.

W Polsce, gdzie dostęp do lekarza bywa loterią, a na wizytę u specjalisty czeka się miesiącami, farmaceuci od lat stoją na pierwszej linii opieki zdrowotnej. Wydawałoby się więc, że Ministerstwo Zdrowia, a zwłaszcza Departament Polityki Lekowej i Farmacji (DPLiF), powinno ich wspierać. Tymczasem robi coś dokładnie odwrotnego: wprowadza chaos, zaprzecza samemu sobie i grozi konsekwencjami tym, którzy chcą po prostu wydawać leki zgodnie z prawem i zdrowym rozsądkiem.

20 lipca 2026 r. na ręce prezesa Naczelnej Rady Aptekarskiej wpłynęło pismo DPLiF dotyczące interpretacji przepisów o realizacji e-recept ważnych 30 dni, ale z liczbą opakowań na roczną kurację. Od 1 sierpnia 2024 r. do otrzymania tego pisma, gdy na takiej receptce przepisano roczny zapas leków, farmaceuci wydawali go w transzach, np. po 120 dni terapii, w kolejnych trzech realizacjach w terminie ważności recepty. Taką możliwość przewidywał Komunikat nr V Ministra Zdrowia.

Teraz interpretacja się zmieniła – choć ustawa ani rozporządzenie się nie zmieniły. Resort wskazał, że lek należy wydać maksymalnie na 120 dni zapasu. Co więcej, zapowiedział, że recepty realizowane wcześniej w inny sposób mogą zostać uznane przez NFZ za wadliwe i stać się przedmiotem kontroli. A potem pojawiło się zastrzeżenie: brak oznaczenia recepty jako rocznej może przecież wynikać z przeoczenia, niewiedzy albo błędu techniczno-organizacyjnego po stronie osoby wystawiającej receptę. Ocena ma więc uwzględnić m.in. treść recepty, dawkowanie, ilość przepisanego produktu, charakter terapii i – uwaga – możliwą intencję lekarza.

Czyli najpierw farmaceuta dowiaduje się, że powinien liczyć się z kontrolą, bo realizuje receptę zgodnie z dotychczasową praktyką. Chwilę później resort zaczyna rozważać, co lekarz „miał na myśli”, wystawiając receptę. To już nie jest tylko problem interpretacji przepisów. To sposób

MARIUSZ POLITOWICZ
CZŁONEK NACZELNEJ
RADY APTEKARSKIEJ



na nastawienie jednych zawodów medycznych przeciwko drugim.

Reakcje farmaceutów pracujących w aptekach były zgodne. Nawet nie próbują ich cytować, bo żadna redakcja by tego nie opublikowała.

Reguły zmieniono w trakcie gry. Pacjenci, którzy przed pojawieniem się pisma częściowo zrealizowali recepty, nagle dowiadują się, że nie mogą kontynuować ich realizacji w dotychczasowy sposób. Część wraca więc do lekarzy po nowe recepty. Lekarz również zostaje między młotem a kowadłem: przepisał tyle opakowań, ile uznał za potrzebne, a teraz nie wie, czy i jak jego recepta zostanie zrealizowana. Pacjent jest tymczasem najmniej zainteresowany sporem interpretacyjnym. Chce po prostu dostać lek.

Naczelna Izba Aptekarska podtrzymuje swoje dotychczasowe stanowisko, odmienne od interpretacji Ministerstwa Zdrowia, wskazując m.in., że pismo resortu nie zmienia obowiązujących przepisów. NIA zwraca też uwagę, że zgodnie z art. 96a ust. 7ab Prawa farmaceutycznego obliczenia ilości leku przeznaczonego do wydania dokonuje system P1, a nie farmaceuta. Jeśli system nie wyznacza kolejnego terminu realizacji ani nie ogranicza możliwości wydania leku, zdaniem NIA brak jest podstawy prawnej do odmowy realizacji recepty wyłącznie na podstawie odmiennej interpretacji resortu.

I tu dochodzimy do sedna problemu. System P1 jest systemem państwowym. Jeśli nie działa tak, jak powinien, odpowiedzialność za jego funkcjonowanie ponoszą instytucje publiczne. Tymczasem farmaceuta, który realizuje receptę zgodnie z informacją dostępną w tym systemie, zostaje postawiony w sytuacji, w której musi wybierać między interesem pacjenta a obawą przed kontrolą. NIA od lat zwraca uwagę na brak odpowiednich mechanizmów walidacyjnych w P1. To klasyczne: państwo stworzyło problem, a wy za niego zapłacicie.

Od października system ma zostać usprawniony. Jeśli tak się stanie, będzie to tylko potwierdzeniem, że problem rzeczywiście tkwił w rozwiązaniach systemowych, a nie w farmaceutach, którzy próbowali prawidłowo realizować recepty. Do tego czasu pozostaje jednak niepewność. A za niepewność w ochronie zdrowia zawsze płaci pacjent.

Rozwiązanie nie wymaga kolejnych komunikatów ani interpretacji. Potrzebne są jasne, spójne przepisy, sprawnie działający system P1 i zaufanie do profesjonalistów, którzy codziennie pracują z pacjentami.

Polska farmacja nie prosi o przywiłaje. Oczekuje logiki. Pacjent funkcjonuje w systemie, w którym biurokracja może więcej niż farmaceuta stojący przy pierwszym stole. A to nie jest dobra polityka zdrowotna. To polityka, która może szkodzić zdrowiu. ●

PRAKTYKA LEKARSKA

ECMO: terapia ostatniej szansy

ADAM CZERWIŃSKI

Esperanza, Tytus i Marcin w pierwszych chwilach życia otarli się o śmierć. Żyją dzięki metodzie, która – choć nie leczy – pozwala skutecznie zregenerować się uszkodzonym płucom.

Zanim ECMO stało się uznaną metodą ratowania życia, było odważnym eksperymentem, na który zdecydowano się wtedy, gdy nie pozostawało już nic innego.

KWIECIEŃ 1975

Orange County Medical Center, Kalifornia. Do szpitala trafia 29-letnia nielegalna emigrantka z Meksyku. Rodzi swoje szóste dziecko. Po wypisie znika bez śladu. Na neonatologii pozostaje jej córeczka. Urodzona z sinicą, z wynikiem 6 i 7 w skali Apgar. W trakcie porodu dochodzi do aspiracji smółki przez dziecko. Rozwija się niewydolność oddechowa. Stan dziewczynki błyskawicznie się pogarsza i nikt nie daje jej wielkich szans na przeżycie.

Neonatology, widząc, że dziecko może umrzeć, postanawiają sięgnąć po eksperymentalną terapię. Zwracają się o pomoc do dr. Roberta Bartletta z Uniwersytetu Kalifornijskiego w Irvine. Bartlett przez kilka lat prowadził badania nad wykorzystaniem krążenia pozaustrojowego u niemowląt z potencjalnie odwracalną niewydolnością serca lub płuc. Postanawia spróbować techniki, nad którą pracował przez ostatnie lata.

Krążenie pozaustrojowe jest w tamtym czasie stosunkowo nową technologią. Pierwsze pompy, które mogłyby zastąpić płuca i serce, powodowały bardzo duże uszkodzenie komórek krwi. Dopiero w latach 50. opracowano płucoserce, działające na zasadzie wymiany gazowej przez membranę. Wynalazek umożliwia rozwój kardiologii. 3 grudnia 1967 r. pierwszy przeszczep serca przeprowadza w Kapsztadzie (RPA) profesor Christiaan

fot. archiwum prywatne



Barnard. Rok później – 4 stycznia 1969 r. podobny zabieg wykonuje w Łodzi prof. Jan Moll. W 1971 r. udało się uratować dorosłego z niewydolnością oddechową dzięki podłączeniu na kilkadziesiąt godzin do krążenia pozaustrojowego.

Esperanza (Nadzieja), bo tak pielęgniarki nazwały porzuconą Meksykankę, jest pierwszym noworodkiem, u którego zastosowano ECMO jako metodę wspomagającą w niewydolności oddechowej. Dziewczynka przeżyła. Esperanza

◀ Neonatolodzy z „Matki Polki” mówią, że początki były bardzo trudne, bo zespołowi brakowało doświadczenia

Pineda została „ambasadorką” ECMO. Na naukowych konferencjach opowiada swoją historię i propaguje metodę, która uratowała jej życie.

Dziś wiemy, że włączenie ECMO u Esperanzy było przełomem w neonatologii. Ale początkowo sukces spotkał się z raczej chłodnym przyjęciem. „Uznaliśmy, że przypadek jest wart zgłoszenia, aby pokazać możliwość i technologię ECMO w niewydolności oddechowej noworodków. Redaktorzy czasopism się nie zgodzili i nasza praca nie została opublikowana” – wspominał Bartlett.

MAJ 1989

Esperanza miała 14 lat, kiedy w Łodzi uruchomiono Centrum Zdrowia Matki Polki. W szpitalu pojawiło się krążenie pozaustrojowe, ale korzystali z niego tylko kardiochirurdzy.

– W latach 90. z ogromnym zainteresowaniem czytaliśmy o ECMO. Ale mogliśmy o nim tylko pomarzyć – wspomina prof. Iwona Maroszyńska, pediatra, neonatolog, dyrektor Instytutu „Centrum Zdrowia Matki Polki”. – To był taki okres, że pracowaliśmy na respiratorach pożyczonych z innych szpitali.

Neonatolodzy z Łodzi śledzą kolejne doniesienia o ECMO. Dowiadują się, że nie potwierdzono

► Średnio terapia ECMO trwa tydzień, udaje się uratować około 70 proc. pacjentów

skuteczności metody u dorosłych, ale kolejne badania wskazują na celowość jej stosowania u noworodków. Tylko że w szpitalu, który ledwo wiąże koniec z końcem, wciąż nie ma perspektyw na zakup aparatury potrzebnej do rozpoczęcia nowej terapii.

W 2003 r. rusza w Polsce Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD. Ma na celu zmniejszenie umieralności z powodu chorób serca i naczyń w Polsce oraz prowadzenie badań przesiewowych i działań profilaktycznych.

– Prof. Bohdan Maruszczyński z Centrum Zdrowia Dziecka namawia neonatologów, by aplikowali o wsparcie w zakupie ECMO – wspomina prof. Maroszyńska. – Kupiono nam to urządzenie. Zaczęliśmy się szkolić – również dzięki POLKARD-owi. Później udało mi się zdobyć środki i trzy osoby z naszego oddziału pojechały do Leicester w Anglii (Glenfield Hospital), gdzie w największym w Europie ośrodku ECMO szkoliły się pod okiem polskiego lekarza Andrzeja Sosnowskiego. No i byliśmy gotowi – dodaje.

LISTOPAD 2008

– Właśnie rozpoczęłam pracę w „Matce Polce” – wspomina dr Katarzyna Fortecka-Piesterziewicz, neonatolog, p.o. kierownika Kliniki Intensywnej Terapii i Wad Wrodzonych Noworodków i Niemowląt. – Naszym pierwszym pacjentem był noworodek z wrodzoną przepukliną przeponową.

Chwilę wcześniej do ECMO został zakwalifikowany noworodek w innym polskim ośrodku. Jego nie udało się uratować.

Prof. Maroszyńska: – Wiedzieliśmy o niepowodzeniu kolegów. Ale nasz pacjent był w takim stanie, że jeśli byśmy nie sięgnęli po ECMO, i tak by zmarł. Oczywiście baliśmy się, że niepowodzenie może wywołać efekt mrozący na cały zespół. Ale czy mieliśmy z ECMO czekać na pacjenta, który by dobrze rokował?

– Dziecko po porodzie było w miarę stabilne, przeszło zabieg operacyjny, po którym rozwinęły się cechy nadciśnienia płucnego, czyli bardzo ciężkiego powikłania – wspomina dr Fortecka. – Pogarszało się dosłownie z godziny na godzinę. Wiedzieliśmy, że niestety wentylacja mechaniczna nie dawała rady.

Prof. Maroszyńska: – Zdecydowaliśmy, że zaryzykujemy.



fot. archiwum prywatne

Jak mówią neonatolodzy z „Matki Polki”, początki były bardzo trudne, bo zespołowi brakowało doświadczenia. Największy kłopot sprawiało wypracowanie homeostazy w obrębie układu krzepnięcia. Bo ECMO to system rurek, oksygenator, pompa – wszystko z materiałów sztucznych. Przepływa przez nie krew zabierana od serca, by wrócić

może dojść do krwawienia w różnych narządach. Dla noworodka najgorsze jest krwawienie do ośrodkowego układu nerwowego.

– Na szczęście udało się nam uniknąć wszystkich tych powikłań i pacjent szczęśliwie przeżył – mówi prof. Maroszyńska.

STYCZEŃ 2009

Wkrótce do „Matki Polki” trafił kolejny pacjent na ECMO. To Tytus.

– Zadzwonili do nas kole-dzy z Opola. Powiedzieli, że wysyłają do nas pacjenta w bardzo ciężkim stanie – wspomina dr Fortecka-Piesterziewicz.

Tytus podobnie jak Esperanza miał zespół aspiracji smółki. Jego płuca i serce po prostu przestały działać. Rodzice pokazują zdjęcia dziecka oplecionego rurkami i opowiadają o horrorze, jaki przeżywali, i terapii ostatniej szansy, którą im zaproponowano w Łodzi. I jak stan ich dziecka zaczął się poprawiać, aż po kilku dniach zostało odłączone od ECMO.

– Byłam jego lekarzem prowadzącym – opowiada dr Fortecka-Piesterziewicz. – To coś niesamowitego zobaczyć, jak po kilku dniach stosowania ECMO dziecku się poprawia. I jeszcze wspomniały efekt przyniosło płukanie płuc surfaktantem. Dziś Tytus jest już dorosły i podobnie jak Esperanza

Instytut CZMP jest wiodącym ośrodkiem w Polsce, w którym wykorzystuje się ECMO w leczeniu ciężkiej niewydolności oddechowej u noworodków

do niego natlenowana. Krew musi pokonać dużą odległość i sporo przeszkód. Na każdym elemencie może dojść do zacinania się krwi, do powstania zatoru. Na kolejnych elementach systemu są traczone morfotyczne elementy krwi. Dla twórców ECMO wyzwaniem było znalezienie najlepszych standardów leczenia przeciwkrzepiającego, by w rurkach nie dochodziło do zatorów. Bo jeśli wystąpi, blokuje się napływ lub odpływ i krew przestaje krążyć. Może dojść do udaru albo zawału u niemowlaka. Jednocześnie prowadzenie leczenia, które rozrzedza krew, powoduje, że u pacjenta

WSPARCIE, KTÓRE DAJE CZAS NA POWRÓT DO ZDROWIA

ECMO jest techniką pozaustrojowego natleniania krwi, która pozwala czasowo zastąpić funkcję płuc i/lub serca. Układ ECMO składa się z pompy, oksygenatora (sztucznego płucoserca), kaniuli łączących krążenie pacjenta z układem pozaustrojowym oraz dodatkowego osprzętu. Krew pobierana jest z dużej żyły centralnej, przepływa przez oksygenator, gdzie następuje wymiana gazowa, a następnie wraca do organizmu pacjenta żyłą, kiedy zastępujemy płuca, lub tętnicą – jeżeli zastępujemy płuca i serce. ECMO nie leczy, ale zastępując chory narząd (płuca, czasami również serce), daje czas potrzebny na jego regenerację i poprawę funkcji. W neonatologii procedurę tę wykorzystuje się w sytuacjach, w których leczenie konwencjonalne zawodzi. Schorzenia, w których najczęściej konieczne jest wsparcie pozaustrojowe, to zespół aspiracji smółki, nadciśnienie płucne, ciężkie zapalenie płuc, przepuklina przeponowa. ECMO stosuje się również u dorosłych z potencjalnie odwracalnym uszkodzeniem płuc lub serca, np. w ciężkiej niewydolności oddechowej. Ogromną popularność metoda zdobyła w trakcie pandemii COVID-19 u pacjentów, u których inne metody leczenia, takie jak wentylacja mechaniczna czy leki wspomagające, nie przynosiły efektów.

jest ambasadorem ECMO. Występował na gali „Matki Polki” z okazji trzydziściopięciolecia i w programie TVN. Na telewizyjnym ekranie widać długowłosego przystojniaka w kapeluszu, opowiadającego, że lubi łamigłówki, szachy i że jest w tym naprawdę dobry.

MAJ 2012

Instytut CZMP jest wiodącym ośrodkiem w Polsce, w którym wykorzystuje się ECMO w leczeniu ciężkiej niewydolności oddechowej u noworodków. Z metody

skorzystało ponad 120 dzieci. Średnio terapia ECMO trwa tydzień. Około 70 proc. pacjentów udało się uratować. Powikłania w postaci krwawienia do ośrodkowego układu nerwowego wystąpiły tylko u dwóch pacjentów.

Dr Fortecka: – Oczywiście było kilkoro takich dzieci, które pozostały w naszej pamięci. Na przykład pierwszy maluszek, który był operowany na ECMO. To znów było dziecko z przepukliną przeponową. Jeszcze przed zabiegiem podłączyliśmy ECMO, bo widać było, że nie damy rady w żaden sposób utrzymać go w dobrej kondycji do operacji. No i zabieg chirurgiczny był prowadzony w krążeniu poza-

Lekarze przez lata zdążyli już oswoić się z ECMO i pozbyć obaw, które pojawiały się na początku

ustrojowym. Co też nie jest takie łatwe, bo przecież mogą się pojawić powikłania krwotoczne, np. duże krwawienie z rany pooperacyjnej czy z miejsca operowanego. Ale wszystko przebiegło pomyślnie i znów przełamaliśmy kolejną barierę.

Dr Fortecka wspomina także porażki. – Maleńką Konstancję z powodu przepukliny przeponowej podłączyliśmy do ECMO. To była nasza rekordzistka, bo przez miesiąc nie było widać żadnej poprawy, a zaczęły się powikłania wynikające ze stosowania heparynizacji, czyli nadmierne krwawienia, utrata płytek. Musieliśmy ją odłączyć. No i niestety zmarła na moim dyżurze. Straszne przeżycie, bo staraliśmy się zrobić wszystko, żeby to dziecko uratować, a nie byliśmy w stanie tego zrobić.

SIERPIEŃ 2021

Za to udało się z Marcinkiem, który urodził się z niedrożnym przewodem pokarmowym i słabo rozwiniętym jelitem dystalnym do niedrożności. Przeszedł kilka operacji. Największy kryzys przyszedł po trzeciej. Dziecko miało posocznicę i zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych. Stan był dramatyczny. Serce i płuca przestawały pracować.

– Tu sięgnęliśmy po ECMO z powodu niewydolności wielonarządowej – mówi prof. Maroszyńska.

U Marcinka zastosowano jeszcze cytosorb – aparat, który wypłukiwał wszystkie cytokiny prozapalne. Udało się. Po ośmiu dniach chłopczyka można było odłączyć od aparatury. Dziecko zaczęło samodzielnie oddychać, a na jego buzi pojawił się zniewalający uśmiech. W Marcinku zakochał się cały personel Kliniki Intensywnej Terapii i Wad Wrodzonych Noworodków i Niemowląt. Lekarki i pielęgniarki ogłosiły się ciociami chłopca, a on został oddziałowym synkiem. Do szczęścia brakowało mamy. – Widziałam ją tylko raz – wspomina dr Fortecka-Piesterziewicz – gdy pojechałam po Marcinka do szpitala, w którym się urodził. Przez chwilę z nią rozmawiałam, by uzyskać zgodę na leczenie, bo zostałam uprzedzona, że mama pewnie do nas nie przyjedzie. Gdy zabraliśmy malca do Łodzi, już nigdy się z nami nie kontaktowała ani do nas nie przyjechała. Kiedy Marcinek skończył siedem miesięcy, był w tak dobrym stanie, że można było planować wypis ze szpitala. To oznaczało, że dziecko trafiłoby do domu dziecka.

Szpital zorganizował więc konferencję prasową, na której przedstawił historię Marcinka i ogłosił, że szuka dla niego kochającej rodziny. Następnego dnia do Instytutu przyszła rodzina, która już wcześniej przygotowywała się do adopcji. Marcinek ma się dobrze, po wakacjach idzie do drugiej grupy w przedszkolu.

– ECMO to nadal procedura ostatniej szansy – podsumowuje prof. Maroszyńska. – Ale przez lata oswoiiliśmy się z nią i pozbyliśmy się obaw, które towarzyszyły nam na początku. Między innymi dlatego odważniej podejmujemy decyzję o podłączeniu pacjenta do ECMO. Nie czekamy jak kiedyś na ostatni dzwonek. Zaczynamy terapię, nim pacjentowi się skrajnie pogorszy. Jeśli czytają nas neonatolodzy, to proszę, dzwońcie do nas, jeśli macie maluszka z niewydolnością oddechową. Chętnie pomożemy, przyjmujemy dzieci z całej Polski. Tylko nie czekajcie za długo, bo transport może być niemożliwy, a rozwinięta niewydolność wielonarządowa odbiera szansę na sukces – apeluje do lekarzy. ●

Awans nie daje instrukcji obsługi ludzi

W ochronie zdrowia wciąż awansuje się za kompetencje kliniczne, a potem oczekuje kompetencji menedżerskich. I choć ordynator może być znakomitym lekarzem, nikt nie zagwarantował, że potrafi równie dobrze zarządzać ludźmi.

Awans na ordynatora nie jest magicznym momentem, w którym wraz z nową funkcją pojawiają się kompetencje przywódcze jak za dotknięciem czarodziejskiej różdżki, a sam ordynator pierwszy zaczyna w to wierzyć. To jeden z najbardziej kosztownych mitów współczesnej ochrony zdrowia.

Nie ma przecież powodu, by znakomity specjalista w danej dziedzinie medycyny automatycznie rozumiał mechanizmy przywództwa, delegowania, komunikacji zarządczej, motywacji zespołu. Podobnie jak nie oczekujemy od wybitnego ekonomisty, żeby bez przygotowania poszedł przyjmować pacjentów. Mimo to w szpitalach od dekad funkcjonuje przekonanie, że awans kliniczny jest jednocześnie certyfikatem kompetencji menedżerskich.

Peter Drucker pisał, że zarządzanie polega na sprawianiu, aby ludzie byli zdolni do wspólnego osiągania rezultatów. Nie na wydawaniu poleceń. Nie na demonstrowaniu pozycji. Nie na przypominaniu, kto podpisuje grafik. Tymczasem wielu szefów w ochronie zdrowia myli zarządzanie z rządzeniem.

Źródła tej pomyłki bywają zaskakująco podobne. Trochę obserwacji dawnych przełożonych. Trochę seriali, w których najbardziej charyzmatyczny lekarz zawsze ma rację. Trochę innych filmów, gdzie silny bohater jest szefem firmy. Czasem studia MBA, które, jeśli nie są wsparte szerszą i przeciwzoną refleksją nad psychologią organizacji i zarządzania – łatwo zamieniają język współpracy w język narzędzi i procedur.

Efekt jest przewidywalny. Szef jest przekonany, że motywuje, podczas gdy personel odczuwa głównie kontrolę. Uważa, że buduje autorytet, a buduje dystans. Myśli, że wzmacnia odpowiedzialność, a w rzeczywistości hodzi bierność.

Badania Fredericka Herzberga pokazały, że podwyżki, regulaminy czy nadzór nie

ANNA GOŁĘBICKA
EKONOMICZKA, STRATEG
KOMUNIKACJI I ZARZĄDZANIA



budują trwałego zaangażowania. Usuwają jedynie część niezadowolenia. Motywację tworzą autonomia, uznanie, możliwość rozwoju i poczucie sensu wykonywanej pracy. Wszystko to, czego w wielu oddziałach brakuje bardziej niż łóżek albo pacjentów, bo tu też co oddział, to i jego specyfika.

Douglas McGregor już w poprzednim wieku opisał dwa sposoby myślenia o pracownikach. Teoria X zakłada, że ludzie z natury unikają pracy i trzeba ich pilnować. Teoria Y – że chcą wykonywać dobrą pracę, jeśli stworzy się im odpowiednie warunki. Trudno oprzeć się wrażeniu, że znaczna część szpitalnych kultur organizacyjnych nadal funkcjonuje według teorii X. Im większa kontrola, tym więcej kontroli potrzeba. A dla ludzi najwyższą motywacją bywa wysokość wystawionej faktury. To błędne koło.

Amy Edmondson, badająca bezpieczeństwo psychologiczne zespołów, udowodniła, że najlepsze zespoły nie są tymi, które popełniają najmniej błędów. Są tymi, które potrafią o błędach rozmawiać. W ochronie zdrowia ma to szczególne znaczenie. Lekarz czy pielęgniarka, którzy boją się odezwać z obawy przed reakcją przełożonego, stanowią zagrożenie nie dlatego, że są niekompetentni, a dlatego, że organizacja nauczyła ich milczeć.

I tak dotarliśmy do efektu Duninga-Krugera. Im mniej ktoś wie

o zarządzaniu, tym częściej uważa, że zarządzanie jest proste. W szpitalach objawia się to przekonaniem, że skoro od wielu lat pracuję z ludźmi, to wiem o nich wszystko. Skoro ktoś mi dał tę funkcję, to znaczy, że mam kompetencje. Tymczasem doświadczenie pracy obok ludzi nie jest tym samym co umiejętność kierowania zespołem.

Ordynatorzy nie są winni temu, że nikt ich tego nie nauczył. Winny jest ktoś, kto wziął taką robotę, czy system, który awansuje za dorobek naukowy i kliniczny, a następnie oczekuje kompetencji przywódczych. To trochę tak, jakby mianować kogoś pilotem, ponieważ zna każdy szczegół samolotu i potrafi w nim wszystko naprawić.

Nowoczesny szpital nie potrzebuje kolejnego przełożonego, przekonanego, że stanowisko daje rację. Potrzebuje lidera, który rozumie, że autorytet buduje się codziennie – sposobem prowadzenia rozmowy, reakcją na konflikt, umiejętnością słuchania, rozwijania pracowników i tworzenia warunków, w których inni chcą pracować dobrze. Ludzie rzadko odchodzą z miejsca. Znacznie częściej odchodzą od swoich szefów.

Pacjent, choć zwykle tego nie widzi, prędzej czy później płaci cenę za każde źle zarządzane miejsce pracy. Atmosfera nie jest dodatkiem do jakości leczenia. Jest jednym z jej najważniejszych składników.

NOWE TECHNOLOGIE

Agenci AI zaczynają działać

DR INŻ. MARCIN BIEŃKOWSKI

Chatbot odpowiada na pytanie lekarza, a agent AI sam przeszukuje dokumentację, wyniki badań i systemy szpitalne, układa informacje i wykonuje kolejne zadania. To zmiana nie tylko technologiczna – wraz ze sprawczością algorytmu rośnie też odpowiedzialność za jego działanie.

Medyczne chatboty nauczyły się już, co prawda, mówić klinicznym językiem, ale wciąż same nie potrafią niczego zrobić. Agent AI to inna klasa oprogramowania. To system, który planuje kolejne kroki, sam sięga do EDM-u, systemu laboratoryjnego i archiwum obrazów, a lekarzowi podaje gotowy efekt. Pierwsze testy tego typu systemów pokazują, ile realnie na tym może zyskać lekarz i gdzie kryją się pułapki.

Duży model językowy sam z siebie nie wie o konkretnym pacjencie dosłownie nic. Odpowiedzi generuje na podstawie tylko tego, co znalazło się w zapytaniu. Choć sprawnie streści patofizjologię niewydolności serca, nie wie, jaki był poziom NT-proBNP u konkretnego chorego. Asystent AI to ten sam model sztucznej inteligencji działający w specjalnie zaprojektowanym interfejsie, któremu lekarz podsuwa kontekst – zwykle wklejony ręcznie fragment dokumentacji medycznej. Niemniej wciąż jest to narzędzie reaktywne – lekarz pyta, a program odpowiada.

Agent AI działa inaczej. Otrzymuje sformułowane ogólnie zadanie, rozkłada je na poszczególne kroki, sam decyduje, po które narzędzia sięgnąć, wykonuje zapytania do systemów zewnętrznych, ocenia to, co wróciło, i w razie potrzeby ponawia próbę inną drogą. Pamięta kontekst sprawy, a wynik przedstawia dopiero wtedy, gdy uzna zadanie za zamknięte. Różnica nie leży więc w jakości systemu sztucznej inteligencji, lecz w zdolności do działania.

Medycyna okazała się jednym z najbardziej naturalnych obszarów zastosowania tej technologii, bo informacja o pacjencie nigdy nie leży w jednym miejscu. Rozpoznania i wpisy z wizyt



▲ Agent AI zwykle czerpie wiedzę pozakliniczną z generowania odpowiedzi wspieranego wyszukiwaniem

są w EDM, morfologia w systemie laboratoryjnym, opis tomografii w bazie danych RIS, czyli systemie Radiology Information System, zarządzającym danymi pacjentów i obiegiem pracy w pracowni obrazowej, a sam obraz w PACS, przechowującym i udostępniającym zdjęcia z RTG, TK czy rezonansu magnetycznego. Do tego dochodzi terminarz i moduł rozliczeniowy. Pytania zadawane w gabinecie dotyczą zazwyczaj tego, czy pacjent ma aktualne wyniki, co pokazywało poprzednie badanie i kiedy był na kontroli. Odpowiedź wymaga

zajrzenia w cztery lub pięć miejsc, a agent robi to w jednym przebiegu.

CO ROBI MIĘDZY SYSTEMAMI

W tym miejscu należy podkreślić, że agent AI nie jest kolejnym modulem systemu szpitalnego. Jest warstwą orkiestracji ponad nim i sięga po dane do HIS, EDM, LIS, RIS i PACS, do kalendarza oraz modułu rozliczeń, ale sam ich nie przechowuje i niczego nie zmienia.

Wiedzę pozakliniczną agent czerpie zwykle z mechanizmu RAG, czyli generowania odpowiedzi wspieranego wyszukiwaniem.

Zamiast polegać na treningowej pamięci modelu, przeszukuje kontrolowany zbiór wytycznych i procedur, najczęściej przy użyciu bazy wektorowej, i cytuje konkretny fragment. Ogranicza to konfabulacje i pozwala aktualizować wiedzę bez uczenia modelu od nowa.

Jak bardzo istotna jest konstrukcja agenta, pokazuje MedAgentBench, opracowany w Stanfordzie zestaw 300 zadań klinicznych osadzonych w środowisku zgodnym z FHIR. W pierwotnej publikacji na łamach „NEJM AI” najlepszy z modeli rozwiązał niespełna 70 proc. zadań. W drugiej odsłonie benchmarku po przebudowie narzędzi, wymuszeniu planowania przed pierwszym wywołaniem i dodaniu pamięci wcześniejszych niepowodzeń agent osiągnął 91 proc. skuteczności, a z pamięcią 98 proc. O wartości wdrożenia decyduje więc nie tyle sam model, ile projekt jego narzędzi i zabezpieczeń.

W polskich realiach agent trafia na środowisko mieszane. Trzon EDM-u stanowią dokumenty HL7 CDA Release 2 w polskiej implementacji krajowej, przechowywane u świadczeniodawcy i indeksowane w systemie P1, podczas gdy e-recepta i e-skierowanie przetwarzane są centralnie. Obok tego działa HL7 v2 w laboratoriach i DICOM w diagnostyce obrazowej. To ta wielojęzyczność, a nie moc modelu, bywa najdroższą częścią projektu.

OD ROZMOWY DO WPISU

Obecnie najczęściej wykorzystywanym zastosowaniem agentów AI jest dokumentacja ambientowa (ang. ambient clinical documentation). Mikrofon rejestruje przebieg konsultacji, system rozpoznaje mowę, rozdziela wypowiedzi na role, wydobywa informacje kliniczne i układa je w notatkę o ustalonej strukturze, dzieląc opis na część subiektywną (wywiad), obiektywną (badanie i wyniki), ocenę oraz plan postępowania. Dochodzą do tego propozycje kodów ICD-10, w dalszej perspektywie ICD-11, a także propozycje skierowań, zaleceń i recept. Całość trafia do akceptacji lekarza i dopiero po zatwierdzeniu staje się wpisem w dokumentacji.

Rynek tych narzędzi jest już dojrzały. Microsoft rozwija Dragon Copilot, wyrosły z technologii Nuance DAX, obok działają Nabla, Abridge, Suki AI, Heidi Health i Ambience Healthcare. Kierunek zmian jest podobny – od

zapisu rozmowy do asystenta lekarza, który wyszukuje wcześniejszą dokumentację i uruchamia zadania administracyjne. Trzeba jednak zaznaczyć, że systemy te walidowano jednak głównie na materiale anglojęzycznym, więc jakość notatki po polsku wymaga dodatkowego sprawdzenia.

Pierwsze randomizowane badanie asystentów ambientowych opublikowano pod koniec 2025 r. w „NEJM AI”. Objęło ono 238 lekarzy 14 specjalności, przydzielonych do trzech grup badawczych – Dragon Copilot, Nabla albo tradycyjna praktyka lekarska, która stanowiła grupę kontrolną. W grupie korzystającej z Nabli czas poświęcany na pojedynczy wpis skrócił się o 9,5 proc. względem grupy kontrolnej,

Agent AI może zwrócić uwagę
na badania zlecone, lecz niewykonane,
i zaproponować dalsze postępowanie
zgodne z zaleceniami towarzystw
naukowych

w grupie korzystającej z narzędzi Microsoftu różnica nie osiągnęła wyników istotnych z punktu widzenia statystycznego. Niemniej w obu grupach poprawiły się wskaźniki dotyczące wypalenia zawodowego, obciążenia poznawczego i wyczerpania pracą.

Drugie duże badanie, opublikowane w „JAMA Network Open”, objęło 263 osoby wykonujące zawody medyczne w sześciu amerykańskich systemach ochrony zdrowia korzystających z platformy Abridge. Po 30 dniach badań odsetek osób spełniających kryteria wypalenia zawodowego spadł z 51,9 do 38,8 proc., a czas dokumentowania skrócił się średnio o niecałą godzinę.

Zachwyt nad agentami ambientowymi studzi jednak analiza jakości. W badaniu opublikowanym w 2026 r. w „JMIR Medical Informatics” 31 lekarzy jednego z amerykańskich ośrodków akademickich wygenerowało

7545 notatek, z których 356 poddało szczegółowej ocenie. Pominięcie istotnych informacji stwierdzono w 18 proc., konfabulacje w 11,5 proc., a treści dodane bez pokrycia w rozmowie w 9,3 proc. dokumentów. Ponad 5 proc. notatek zawierało błędy o znaczeniu klinicznym. W jednym z przykładów system dopisał zalecenie zwiększenia dawki wbrew ustalonemu planowi leczenia. Zatwierdzenie notatki przez lekarza nie jest więc tylko formalnością.

POD OKIEM ALGORYTMU

Medyczny agent AI nie stawia jednak diagnozy i nie po to jest budowany. Świetnie natomiast radzi sobie z porządkowaniem informacji. Potrafi zestawić na jednej osi czasu morfologię, biochemię, gazometrię, opis EKG, wynik histopatologiczny, badanie genetyczne i obrazowanie, wskazać odchylenia, porównać je z poprzednimi oznaczeniami, a także pokazać trendy. Może też zwrócić uwagę na badania zlecone, lecz niewykonane, i zaproponować dalsze postępowanie zgodne z zaleceniami towarzystw naukowych.

Jest to w prostej linii kontynuacja systemów wspomagania decyzji klinicznych (CDSS), z jedną różnicą: klasyczny CDSS pracował na regułach i danych ustrukturyzowanych, agent czyta także tekst swobodny i planuje sekwencję zapytań. Dziedziczy jednak dawną bolączkę tamtych systemów, czyli zmęczenie alertami, dlatego każda teza przedstawiona lekarzowi musi mieć wskazane źródło, takie jak wynik z datą albo wytyczną z numerem sekcji. Bez tego weryfikacja zajmuje więcej czasu niż samodzielne wyszukanie danych.

W Polsce obszar ten doczekał się właśnie podstawy ustawowej. Ustawa z 15 maja 2026 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z rozwojem usług e-zdrowia wprowadziła Platformę Usług Inteligentnych – centralną usługę zintegrowaną z Systemem Informacji Medycznej i systemem P1, do której placówka przesyła badanie obrazowe i otrzymuje interpretację certyfikowanego narzędzia AI. Kontekst jest wymowny. Według Centralnego Rejestru Lekarzy pracuje w Polsce niespełna 4600 radiologów. Ta sama



fot.: pixabay.com

nowelizacja przewiduje też narzędzie analizy zdrowia pacjenta, e-Konsylium i Hurtownię Danych e-Zdrowia.

WĄSKIE GARDŁO

Sam medyczny agent AI niczego w placówce nie zmieni. O powodzeniu wdrożenia zadecyduje to, czy system szpitalny ma udokumentowane interfejsy, czy repozytorium EDM ma prawidłowo nadane identyfikatory OID, czy zdarzenia medyczne trafiają do P1, czy wyniki laboratoryjne przychodzą jako dane kodowane i... czy znajdzie się integrator IT gotowy wziąć na siebie za to wszystko odpowiedzialność.

Do tego dochodzi jakość danych, o której mówi się najmniej, a która w istotny sposób wpływa na analityczne możliwości systemu. Jeżeli dokumentacją jest skan karty papierowej albo PDF-u bez struktury, agent go co prawda odczyta, lecz nie będzie na nim w stanie wiarygodnie wnioskować.

Kierunek zmian wyznacza europejska przestrzeń danych dotyczących zdrowia (EHDS). Większość przepisów rozporządzenia UE zacznie obowiązywać 26 marca 2027 r., a od 26 marca 2029 r. państwa członkowskie będą zobowiązane do transgranicznej wymiany priorytetowych kategorii danych medycznych,

w tym wymiany informacji dotyczących podsumowania zdrowia pacjenta oraz e-recept. Dwa lata później obowiązek ten zostanie

Sam medyczny agent AI niczego nie zmieni w placówce, jeśli nie będą spełnione inne wymagania

rozszerzony o dane z badań obrazowych, wyniki badań diagnostycznych oraz na karty informacyjne z leczenia szpitalnego (wypisy).

Warto też pamiętać, że dane o zdrowiu należą do szczególnych kategorii danych osobowych w rozumieniu art. 9 RODO, a art. 22 wyklucza możliwość podejmowania decyzji opierających się wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, jeżeli wywołują one skutki prawne lub podobnie istotne. Wdrożenie niemal zawsze wymaga oceny skutków dla ochrony danych, a nagrywanie wizyty to przetwarzanie głosu pacjenta.

◀ Najczęściej wykorzystywanym zastosowaniem agentów AI jest dokumentacja ambientowa

Obowiązuje też tajemnica lekarska, a szpitale podlegają dodatkowo reżimowi dyrektywy NIS2.

Istotnym zmianom uległ również harmonogram wdrażania unijnego AI Act. Odroczone stosowanie przepisów dotyczących niektórych systemów AI wysokiego ryzyka do końca 2027 r. Z kolei obowiązki odnoszące się do systemów AI wbudowanych w wyroby objęte odrębnymi regulacjami sektorowymi, w tym wyroby medyczne, będą stosowane od 2 sierpnia 2028 r. Nie zmienił się natomiast termin wejścia w życie obowiązków w zakresie przejrzystości określonych w art. 50 AI Act, które obowiązują od 2 sierpnia 2026 r.

Krajowe ramy wdrażania AI Act tworzy ustawa o systemach sztucznej inteligencji, podpisana przez Prezydenta RP 24 lipca 2026 r. Ustawa powołuje Komisję Rozwoju i Bezpieczeństwa Sztucznej Inteligencji – organ odpowiedzialny za koordynację nadzoru nad stosowaniem przepisów AI Act w Polsce, którego rozpoczęcie działalności planowane jest na drugą połowę 2026 r.

Dla lekarzy najważniejszy pozostaje art. 12 Kodeksu Etyki Lekarskiej. Warunkuje on korzystanie z algorytmów sztucznej inteligencji poinformowaniem pacjenta, uzyskaniem jego świadomej zgody, zastosowaniem rozwiązań dopuszczonych do użytku medycznego i posiadających certyfikaty oraz pozostawieniem ostatecznej decyzji lekarzowi. Komentarz Komisji Etyki Lekarskiej NRL rozdziela przy tym dwie sytuacje. Zgoda jest wymagana, gdy algorytm samodzielnie wykonuje zadanie kliniczne i wpływa na decyzje pacjenta bez udziału lekarza lub przy udziale minimalnym. Nie jest wymagana, gdy system jedynie wspomaga czynności lekarza, na przykład poprawia jakość danych obrazowych albo pomaga sporządzić opis, choć poinformowanie pacjenta pozostaje zalecane. Sama zgoda może być wyrażona ustnie lub w sposób do rozumiany i nie musi być odrębna od zgody na świadczenie. ●

NOWE TECHNOLOGIE

Koniec anonimowych chatbotów i deepfake'ów

PAWEŁ KAŻMIERCZYK

Pacjent ma prawo wiedzieć, czy rozmawia z człowiekiem, czy z algorytmem, oraz czy oglądany przez niego obraz lub nagranie jest prawdziwe. Od 2 sierpnia 2026 r. nowe obowiązki dotyczące przejrzystości systemów AI obejmują także rozwiązania wykorzystywane w ochronie zdrowia.

Coraz częściej mamy wątpliwości, czy to, co widzimy i słyszymy, jest prawdziwe, czy zostało stworzone przez sztuczną inteligencję. Nowe wymogi prawne mają ułatwiać odróżnianie treści tworzonych przez algorytmy od tych, za którymi stoi człowiek. Co te zmiany oznaczają dla lekarzy i placówek ochrony zdrowia?

Od 2 sierpnia 2026 r. dostawcy i podmioty stosujące systemy sztucznej inteligencji wykorzystywane do kontaktu z człowiekiem lub generowania treści muszą stosować zasady w zakresie transparentności wynikające z art. 50 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2024/1689 z 13 czerwca 2024 r. w sprawie ustanowienia zharmonizowanych przepisów dotyczących sztucznej inteligencji, czyli tzw. AI Act. Podstawowym celem tego przepisu jest umożliwienie każdemu z nas łatwego zidentyfikowania, że wchodzimy w interakcję z AI (np. podczas rozmowy telefonicznej z call center) lub mamy do czynienia z wynikiem jej działania (np. oglądane przez nas nagranie stanowi tzw. deepfake).

To temat coraz ważniejszy także w kontekście ochrony zdrowia. Z jednej strony AI bywa narzędziem groźnej dla pacjentów manipulacji, np. wygenerowani przez nią „lekarze” promują określone postawy, nierzadko niezgodne z aktualną wiedzą medyczną. Z drugiej AI jest też coraz częściej stosowana w profesjonalnej opiece nad pacjentem. Jak wynika z opublikowanych w sierpniu 2026 r. wyników badania Centrum e-Zdrowia, 7,3 proc.

polskich placówek deklaruje wykorzystywanie AI w diagnostyce i leczeniu, 4,7 proc. w zakresie obsługi pacjentów, a 5,9 proc. w zarządzaniu wewnętrzną pracą.

CZY ROZMAWIAM Z CZŁOWIEKIEM

Pierwszy wymóg skierowany jest do dostawców systemów AI. Mają oni zapewnić, by AI przeznaczone do wchodzenia w bezpośrednią interakcję z ludźmi projektowano

7,3 proc. polskich placówek deklaruje wykorzystywanie AI w diagnostyce i leczeniu, 4,7 proc. w zakresie obsługi pacjentów, a 5,9 proc. w zarządzaniu wewnętrzną pracą

i rozwijano tak, aby zainteresowane osoby były informowane o tym, że prowadzą interakcję z systemem AI, chyba że jest to oczywiste. Chodzi o to, by np. rozmawiając lub wymieniając wiadomości tekstowe z AI, mieć pewność, że kontaktujemy się właśnie z AI, a nie z prawdziwym człowiekiem.

W kontekście sektora ochrony zdrowia oznacza to, że chatboty, voiceboty oraz inne podobne rozwiązania do automatyzacji komunikacji i obsługi pacjenta będą musiały

przekazywać mu informację, że ma do czynienia z AI. Wyjątkiem są sytuacje, w których będzie to „oczywiste”, choć tu warto zachować już pewną ostrożność, wchodzimy bowiem w obszar oceny, co, kiedy i dla kogo może być oczywiste.

Dostawcy systemów AI, generujących treści w postaci syntetycznych dźwięków, obrazów, wideo lub tekstu, muszą zapewnić ich oznakowanie w formacie nadającym się do odczytu maszynowego, aby były wykrywalne jako sztucznie wygenerowane lub zmanipulowane. Chodzi więc o to, by ich odbiorca (w tym inny system IT, w którym mogą być przetwarzane) mógł łatwo zidentyfikować, że ma do czynienia z syntetyczną treścią wytworzoną przez AI. W tym celu możliwe jest stosowanie np. znaków wodnych, identyfikacji metadanych, metod kryptograficznych itp.

Co jednak ważne, obowiązek ten nie ma zastosowania w zakresie, w jakim systemy AI pełnią funkcję wspomagającą w zakresie standardowej edycji lub nie zmieniają w istotny sposób danych wejściowych lub ich semantyki. Tym samym wyjątek ten można interpretować jako obejmujący np. AI wspomagające pisanie tekstu, np. przedstawiające propozycję wypełnienia dokumentacji medycznej. Dostawcy mają czas do 2 grudnia 2026 r. na dostosowanie się do tego obowiązku. Co ważne, materiały

wygenerowane i udostępnione do 2 sierpnia 2026 r. nie muszą być oznaczane wstecznie.

Z praktycznego punktu widzenia bardzo ważne jest to, że obowiązki te dotyczą dostawców systemów AI, a nie podmiotów z nich korzystających. Tym samym to na dostawcach, czyli najczęściej firmach IT, spoczywa odpowiedzialność za odpowiednie zaprojektowanie procesu interakcji z pacjentem i przekazanie mu wymaganej informacji oraz odpowiednie oznakowanie generowanych treści.

Z perspektywy placówki ochrony zdrowia ważne jest tylko zweryfikowanie, czy dostawcy wywiązują się z tego wymogu. Można też stosować odpowiednie sformułowania w specyfikacji warunków przetargów publicznych oraz klauzule umowne. Podmiot leczniczy także może być potencjalnie dostawcą systemów AI, np. jeżeli samodzielnie tworzy i oddaje do użytku takie rozwiązanie, co oznacza objęcie go przywołanymi obowiązkami. W polskich realiach będzie to jednak raczej rzadka sytuacja.

NIE TYLKO DOSTAWCA

Kolejne wymogi dotyczą już podmiotów stosujących systemy AI, czyli potencjalnie lekarzy prowadzących własne praktyki lub placówek ochrony zdrowia, które wdrożyły podobne rozwiązania. Jeżeli AI generuje obrazy, treści audio lub wideo stanowiące treści deepfake lub manipuluje takimi obrazami lub treściami, należy ujawnić, że zostały sztucznie wygenerowane lub zmanipulowane. Co ważne, na gruncie AI Act deepfake oznacza wygenerowane przez AI lub zmanipulowane przez AI obrazy, treści dźwiękowe lub treści wideo przypominające istniejące osoby, przedmioty, miejsca, podmioty lub zdarzenia, które odbiorca mógłby niesłusznie uznać za autentyczne lub prawdziwe.

Po pierwsze musimy zauważyć, że obowiązek ten dotyczy tylko obrazów, treści audio lub wideo, co w kontekście ochrony zdrowia zasadniczo zawęża jego stosowanie np. jedynie do obrazowej i dźwiękowej części dokumentacji medycznej. Po drugie, w standardowej praktyce lekarskiej raczej rzadko będzie mieć miejsce sytuacja, w której podobne treści są syntetycznie generowane lub manipulowane – należy tu odróżnić takie działania od wykorzystywania AI jedynie do interpretowania czy opisywania oryginalnych obrazów i nagrań.

Wymóg ten częściej będzie mógł znaleźć zastosowanie w działalności

naukowej, informacyjnej i edukacyjnej, np. uczelni medycznych i instytutów badawczych, gdzie AI może być wykorzystywana do tworzenia syntetycznych zbiorów danych, materiałów dydaktycznych i szkoleniowych, które mogą symulować oryginalne przypadki.

Następny wymóg dotyczy systemów rozpoznawania emocji lub systemów kategoryzacji biometrycznej – wykorzystujący je podmiot powinien poinformować osoby, wobec których systemy te są stosowane, o tym fakcie. W kontekście ochrony zdrowia częściej stosowana może być pierwsza kategoria systemów, w szczególności w obszarze ochrony zdrowia psychicznego.

Jeżeli AI generuje obrazy, treści audio lub wideo stanowiące treści deepfake, należy ujawnić, że zostały sztucznie wygenerowane

Ostatni wymóg dotyczy podmiotów stosujących systemy AI, które generują teksty (lub nimi manipulują) publikowane w interesie publicznym (np. na stronie internetowej, w prasie), a za takie mogą zostać uznane np. teksty edukacyjne na tematy zdrowotne. W takim przypadku należy oznaczyć, że tekst został sztucznie wygenerowany (lub zmanipulowany). Rozwiązanie to ma zapobiegać zalewaniu opinii publicznej sztucznie wytwarzanymi przekazami.

NIE MA KOMU KARAĆ

Złamanie przedstawionych obowiązków zagrożone jest karą pieniężną w wysokości nawet do 15 mln euro lub do 3 proc. całkowitego rocznego światowego obrotu przedsiębiorstwa z poprzedniego roku obrotowego, w zależności od tego, która z tych kwot jest wyższa. Są to potencjalne, najwyższe wartości. Nie każde naruszenie musi oznaczać od razu karę idącą w miliony euro.

Na razie jednak nie ma powodów do niepokoju. 11 sierpnia 2026 r.

weszła w życie krajowa ustawa o systemach sztucznej inteligencji, która dopiero formalnie powołuje Komisję Rozwoju i Bezpieczeństwa Sztucznej Inteligencji, czyli organ władny do nakładania tych kar w Polsce. Zanim nowe ciało w praktyce będzie w stanie rozpocząć działalność, zapewne minie jeszcze co najmniej kilka miesięcy.

ETYKA ZAWODOWA

To nie koniec zmian wynikających z AI Act. Termin rozpoczęcia stosowania przepisów dotyczących systemów wysokiego ryzyka, czyli kluczowej z perspektywy lekarzy i systemu ochrony zdrowia grupy systemów obejmującej m.in. wyroby medyczne oparte na AI, został przesunięty na 2 sierpnia 2028 r. Do tej daty placówki ochrony zdrowia powinny m.in. wdrożyć procedury stosowania podobnych rozwiązań i przeszkolić personel.

Z perspektywy lekarza kluczowe wydaje się wynikające z ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta prawo pacjenta do informacji oraz wyrażenia świadomej zgody, a także obowiązujący od 1 stycznia 2025 art. 12 Kodeksu Etyki Lekarskiej, zgodnie z którym lekarz może w postępowaniu diagnostycznym, leczniczym lub zapobiegawczym korzystać z algorytmów sztucznej inteligencji po poinformowaniu pacjenta, że przy stawianiu diagnozy lub w procesie terapeutycznym będzie wykorzystana sztuczna inteligencja oraz uzyskaniu jego świadomej zgody na jej zastosowanie. Tym samym jeżeli lekarz intencjonalnie wykorzystuje systemy AI w sposób, w których algorytm AI ma kluczowy dla udzielanego świadczenia charakter, w tym samodzielnie wykonuje zadanie o charakterze klinicznym charakterystyczne dla wykonywania zawodu lekarza – w takich wypadkach poinformowanie pacjenta i uzyskanie jego zgody jest wymagane. Należy też pamiętać, że niezależnie od wyników generowanych przez AI ostateczną decyzję diagnostyczną i terapeutyczną zawsze podejmuje lekarz. ●

Dr Paweł Kaźmierczyk jest członkiem Rady NIL IN, pracuje w kancelarii Rymarz Zdort Maruta.

NIL NA SZYBKO

Prawda się zawsze obroni

Nieprawidłowości, w których brali udział niektórzy lekarze, stały się podstawą do nieprawdziwych i zmanipulowanych oskarżeń pod adresem całego środowiska.

PIOTR PISULA
RZECZNIK NACZELNEJ IZBY
LEKARSKIEJ



Mam zaszczyt przywitać Państwa jako nowy rzecznik prasowy NIL. W pierwszej kolejności chciałbym podziękować za zaangażowanie i wysoką aktywność w mediach dotychczasowemu rzecznikowi, dr Jakubowi Kosikowskiemu – chapeau bas. Poprzeczkę Kuba zawiesił wysoko. Na szczęście lubię wyzwania.

Obowiązki przejmuję w czasie jednej z największych burz medialnych związanych ze środowiskiem lekarskim – łatwo już było. Ujawnienie wielu nieprawidłowości, w których udział brali nasi koledzy po fachu, rzutuje negatywnie na wizerunek całego środowiska.

Na kanwie tych wydarzeń, budzących słuszne oburzenie opinii publicznej, Ministerstwo Zdrowia przygotowuje zmiany w prawie, opierając je na nośnych hasłach: limity wynagrodzeń, limity czasu pracy, minimalna liczba godzin w jednym miejscu pracy, zgoda dyrektora na pracę w innej placówce i inne. Można odnieść wrażenie, że każde z tych haseł celowo oddziałuje na emocje społeczeństwa, które dziś, czytając coraz to nowe doniesienia o winach lekarzy, domaga się, aby wreszcie „zrobić z nami porządek”. Wiadomo – problemy systemu nie biorą się znikąd. Na pewno winni są lekarze. Przecież długa kolejka nie oznacza, że to NFZ finansuje zbyt mało wizyt w poradni, tylko to lekarz złośliwie nie chce przyjmować w systemie publicznym,

a przecież ma czas, bo prywatnie oferuje termin „na za chwilę”.

Czy system wymaga reform i napraw? Tak. Czy patologię należy tępić? Bezwzględnie. Czy uda się to osiągnąć dzięki zmianom proponowanym przez MZ? Nikt nie wie. Nie ma analiz i symulacji tego, co się wydarzy, ale dyrektorzy szpitali powiatowych już apelują o odsunięcie planowanych terminów wejścia w życie nowych przepisów.

Wiemy za to, że za rok wybory i trzeba było pokazać, że „robimy, nie gadamy”. Wiemy, że w tym roku pieniądze w NFZ skończą się dość szybko – pierwsze doniesienia o braku wypłat już są. Wiemy, że to my będziemy wskazywani jako winowajcy. Wielu z nas zastanawia się, czy trwająca nagonka nie była celowo tak duża właśnie po to, żeby zrzucić winę na lekarzy, gdy system zacznie się sypać.

Obnażanie tych manipulacji i obrona dobrego imienia lekarzy będzie moim głównym zadaniem w najbliższych miesiącach. A ponieważ, jak mawia prezes Łukasz Jankowski, prawda się zawsze obroni, to na szczęście będę miał do dyspozycji dobry fundament tej obrony – Państwa codzienną, uczciwą i rzetelną pracę. ●

O TYM SIĘ MÓWI

Zmiany do zmiany

NRL negatywnie zaopiniowała rządowy projekt zmian w systemie ochrony zdrowia. Podczas śniadania prasowego w siedzibie NIL eksperci samorządu lekarskiego ocenili, że proponowane rozwiązania – choć mają porządkować system – w praktyce mogą pogorszyć dostępność świadczeń dla pacjentów i doprowadzić do odpływu lekarzy z placówek powiatowych. (...) Prezes NRL dr n. med. Łukasz Jankowski porównał sytuację systemu do błędnie leczonego pacjenta: resort, zamiast adresować niedofinansowanie procedur medycznych, próbuje regulować grafiki pracy lekarzy, przez co objawy ustępują, ale choroba systemu pozostaje nierozwiązana. Jak podkreślił, „samymi zakazami nie uzdrowi się systemu”. Samorząd deklaruje poparcie dla kierunku zmian, ale sprzeciwia się proponowanym narzędziom.

NIL wspomnień powstańców

Z okazji 82. rocznicy wybuchu Powstania Warszawskiego NIL przybliżyła postać bohaterskiej sanitariuszki dr Haliny Jędrzejewskiej, „Sławki” z Batalionu „Miotła”, która jeszcze przed przystąpieniem do walki na ulicach Warszawy w 1944 r. postanowiła, że chce pomagać ludziom jako lekarz. Za swoje zasługi została oznaczona Krzyżem Komandorskim Orderu Odrodzenia Polski, Krzyżem Oficerskim Orderu Odrodzenia Polski, Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, Krzyżem Walecznych (dwukrotnie), Warszawskim Krzyżem Powstańczym, Złotą Odznaką Honorową „Za Zasługi dla Warszawy”.

Współpraca lekarza z fizjoterapeutą

Prezydium NRL w swoim stanowisku pozytywnie oceniło działania na rzecz poprawy dostępności rehabilitacji, ale skrytykowało projekt rozporządzenia za nadmierne sformalizowanie

kwalifikacji pacjentów, ograniczanie roli lekarza w procesie leczenia oraz wprowadzanie sztywnych limitów i kryteriów, które mogą utrudnić dostęp do rehabilitacji i obniżyć bezpieczeństwo oraz jakość świadczeń.

Przeniesienie danych do AP-KOLCE

Zdaniem samorządu lekarskiego termin wdrożenia zmian do 1 października 2026 r. jest zbyt krótki, szczególnie że konsultacje projektu rozpoczęto dopiero w drugiej połowie lipca, a okres przygotowań przypada w dużej mierze na wakacje. Prezydium NRL postuluje wydłużenie czasu na dostosowanie się do nowych wymogów oraz refundację ewentualnych kosztów wdrożenia ponoszonych przez świadczeniodawców.

PCZ ze zbyt szerokim zakresem

Zdaniem Prezydium NRL projekt rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w powiatowym centrum zdrowia wprowadza nieadekwatny do wyposażenia i kwalifikacji personelu zakres świadczeń, które mogą być udzielane pacjentom w ramach tych jednostek. W trosce o prawidłowe zabezpieczenie prawa pacjentów do wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej zgodnych z aktualnym stanem wiedzy medycznej PNRL proponuje, aby wykaz świadczeń gwarantowanych udzielanych w powiatowym centrum zdrowia, stanowiący załącznik nr 1 do rozporządzenia, został ponownie skierowany do prac w gronie ekspertów, z uwzględnieniem towarzystw naukowych z poszczególnych dziedzin medycyny. Chodzi o to, by katalogiem świadczeń gwarantowanych objąć wszystkie świadczenia potrzebne pacjentom i zarazem możliwe do wykonania w warunkach powiatowego centrum zdrowia, ale jednocześnie wykluczyć z wykazu te, które z uwagi na ograniczenia dotyczące liczby i kwalifikacji personelu oraz wyposażenia nie powinny być realizowane w warunkach powiatowego centrum zdrowia – piszą w stanowisku członkowie Prezydium.

Kary za nieprzekazanie danych

Prezydium NRL nie widzi konieczności nakładania na podmioty lecznicze obowiązku przekazywania do NFZ danych, którymi Fundusz już obecnie dysponuje. PNRL w swoim stanowisku wskazuje ponadto, że kara umowna, jaką proponuje się wprowadzić za niewykonanie tego obowiązku, jest rażąco wygórowana.

Po jednej stronie systemu

Organizacje pacjenckie oraz samorząd lekarski są zgodne: polski system ochrony zdrowia wymaga kompleksowej, ponadpolitycznej reformy przygotowanej we współpracy wszystkich zainteresowanych stron. Taki wniosek wybrzmiał podczas spotkania prezesa NRL dr n. med. Łukasza Jankowskiego z przedstawicielami organizacji pacjenckich, które odbyło się 15 lipca w siedzibie NIL. W rozmowie uczestniczyli przedstawiciele organizacji reprezentujących pacjentów z różnymi potrzebami zdrowotnymi i społecznymi. Dyskusja dotyczyła zarówno bieżących problemów systemu, jak i kierunków zmian, które mogłyby poprawić jakość opieki nad pacjentami oraz warunki pracy personelu medycznego.

MÓWIĄ O NAS

Odbudowa zaufania

Wwywiadzie dla „Wprost” prezes NRL dr Łukasz Jankowski mówił o potrzebie odbudowy zaufania do środowiska lekarskiego, nadszarpniętego ostatnimi głośnymi sprawami dotyczącymi lekarzy. – Odbudowa zaufania musi się opierać na kontakcie lekarza

z pacjentem. Mamy poczucie, że o ile dzisiaj jako grupa zawodowa przez pryzmat afer lekarzy milionerów czy bilokacji lekarzy jesteśmy oceniani źle, o tyle kontakt lekarza i pacjenta w szpitalu, w przychodni wciąż jest nacechowany zaufaniem. Dlatego wszyscy musimy dzisiaj pracować nie w przestrzeni medialnej, ale u podstaw, rozmawiając z pacjentami o rzeczywistej skali patologii, walcząc z tymi kolegami w naszym środowisku, którzy mówią o pacjentach jak o petentach, klientach czy dostarczycielach finansów. Myślę, że ta praca u podstaw będzie teraz najważniejsza. Odbudowanie zaufania nadwerżonego przez czarne owce będzie niestety bardzo trudne – podkreślił szef samorządu lekarskiego.

Nowe zasady NFZ

Wrozmowie z TVN 24 wiceprezes NRL dr Klaudiusz Komor komentował wprowadzenie nowych zasad wypłacania pieniędzy za część świadczeń wykonanych ponad limit zapisany w umowie z NFZ. – Ten pomysł oznacza tak naprawdę kredytowanie usług poprzez wykonanie świadczenia, poniesienie jego kosztów i potem przez rok oczekiwanie na zwrot pieniędzy. Myślę, że bardzo poważnie może się to odbić na płynności finansowej szpitali – mówił.

Staż podyplomowy

Paweł Barucha, wiceprezes NRL, komentował dla Portalu Samorządowego pomysł skrócenia stażu podyplomowego. – Skrócenie stażu to absurd, zwłaszcza w przypadku stomatologii. W tej dziedzinie jak w żadnej innej powiązanie wiedzy teoretycznej z umiejętnościami manualnymi jest niezwykle ważne. Nabycie takich umiejętności przez studenta na uczelni jest niemożliwe, chociażby ze względu na ograniczenia dyktowane przez NFZ. Dlatego niezbędne jest, aby staż podyplomowy pozostał na dotychczasowych zasadach – zaznaczył przewodniczący Komisji Stomatologicznej NRL.

Przygotował Dział Komunikacji NIL

SAMORZĄD ZAWODOWY

Zamiast walki w sądzie, czyli dlaczego warto wybrać mediację

Mediator nie jest arbitrem, lecz pomaga stronom dojść do porozumienia bez potrzeby kierowania sprawy do sądu, co często bywa długotrwałe i kosztowne – mówi
lek. dent. Andrzej Siarkiewicz, mediator Naczelnej Izby Lekarskiej i Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, w rozmowie z Mariuszem Tomczakiem.

Dlaczego lepiej rozwiązywać spory poza sądem?

Ponieważ mamy wpływ na to, jak się zakończą. Mediacje dają taką możliwość już od pierwszego spotkania, bo to od zaangażowania stron zależy, czy i w jaki sposób zażegnają spór. I to jest główna, choć niejedyna zaleta tego rozwiązania.

Jakie są inne?

Mediacja to jedna z alternatywnych metod rozwiązywania sporów, która pomaga stronom osiągnąć satysfakcjonujące porozumienie i uniknąć wieloletniego procesu sądowego.

W sądowym sporze – nawet jeżeli jesteśmy pewni wygranej, bo posiadamy wiele przekonujących dowodów – wynik do końca pozostaje niepewny. To sędzia, m.in. na podstawie opinii biegłych, podejmuje ostateczną decyzję. Tymczasem mediacja może zakończyć się ugodą już w kilka tygodni, a nawet godzin, co pozwala zaoszczędzić mnóstwo stresu i emocjonalnych kosztów.

Niezwykle istotnym atutem jest także fakt, że postępowanie medacyjne ma mniej formalny charakter. Odbywa się poza salą sądową i z daleka od gabinetu lekarskiego, co sprzyja budowaniu przestrzeni do porozumienia między stronami postępowania.

Kiedy należy udać się do mediatora?

Zawsze kiedy chcemy rozwiązać problem. W drodze mediacji można rozwiązywać bardzo różnorodne spory. Jeśli w grę wchodzi roszczenia finansowe, im szybciej podejmiemy rozmowy, tym lepiej.

Z mojego doświadczenia wynika, że gdy pacjent przychodzi – dajmy na to – do stomatologa i mówi: „Źle mi pan zrobił protezę. Zapłaciłem trzy tysiące złotych, więc proszę mi je oddać, a będzie po sprawie”, a w odpowiedzi słyszy: „Najpierw skontaktuję się ze swoim prawnikiem, proszę zgłosić się za dwa tygodnie”, to żądania finansowe pacjenta z reguły rosną. W większości przypadków czas działa na naszą niekorzyść.

Myślę, że warto, by z inicjatywą mediacji wychodził lekarz. To niesie za sobą istotne korzyści wizerunkowe. Trzeba pamiętać, że czasami pacjent oczekuje przede wszystkim przeprosin – bywa, że po usłyszeniu wyjaśnień odstępuje od roszczeń finansowych, nawet jeśli początkowo je wysuwał.

Czyli czasami chodzi o to, by lekarz wykazał się empatią, podczas gdy zaskanianie się przepisami może zaognić spór.

Tak. W trakcie mediacji można spokojnie i bez zbędnych emocji wyjaśnić, co tak naprawdę się stało. Niektórzy pacjenci zaczynają wtedy lepiej rozumieć specyfikę pracy lekarza – zwłaszcza w publicznej ochronie zdrowia, gdzie wizyta trwa 15 minut, z czego większość zajmuje wypełnianie dokumentacji medycznej, a na badanie zostaje zaledwie chwila. Niewystarczający czas na rozmowę z pacjentem rodzi konflikty i bywa głównym powodem, dla

którego lekarze czasami odbierani są jako pozbawieni empatii.

Na czym polega mediacja w izbie lekarskiej?

Jest to dobrowolne postępowanie, w którym strony próbują osiągnąć porozumienie w celu rozwiązania sporu z pomocą mediatora. Do podstawowych zasad należą również bezstronność i poufność. Mediator musi być neutralny – nie pełni roli arbitra, nie może faworyzować żadnej ze stron ani narzucać własnych rozwiązań, nawet jeśli uważa je za bardziej korzystne.

Wszystkie informacje przekazane w trakcie mediacji są objęte tajemnicą. Zasada ta obowiązuje wszystkich uczestników postępowania i jest traktowana niezwykle poważnie – świadczy o tym fakt, że nawet sąd nie może z niej nikogo zwolnić, mimo że bywały już takie próby. Mediator nie może zostać przesłuchany w charakterze świadka co do faktów, o których dowiedział się od pokrzywdzonego lub obwinionego w trakcie postępowania.

Mediacje nie powinny trwać dłużej niż dwa miesiące, a okresu ich trwania nie wlicza się do biegu postępowania wyjaśniającego. Po przeprowadzeniu mediacji jest sporządzany protokół/sprawozdanie z jej przebiegu i uгода, jeżeli została zawarta, które dołącza się do akt sprawy.

Zalóżmy, że jestem lekarzem, któremu przytrafiła się sporna sprawa z pacjentem, co może skutkować wszczęciem postępowania przed sądem. Co powinienem zrobić?

Umówić się na spotkanie z mediatorem. Jeśli chodzi o mnie, to zawsze staram się dostosować do potrzeb – nie widzę problemu, by mediacja odbyła się rano albo wieczorem. Zdarzało się, że do spotkań ze stronami dochodziło nawet o godz. 23:00. Jeżeli sprawa jest pilna, to da się zorganizować je w ciągu dwóch dni. Można skontaktować się telefonicznie (+48 784 986 738) lub e-mailowo (a.siarkiewicz@oilwaw.org.pl).

Czy trzeba się jakoś przygotować, np. zgromadzić teczkę dokumentów?

Nie. Mediator nie zajmuje się szczegółową analizą dokumentacji ani nie rozstrzyga o winie. Jego zadaniem jest pomoc w sprawnym komunikowaniu stanowisk i oczekiwań obu stron. W praktyce wygląda to tak, że gdy zostanie wypracowane porozumienie, nasze biuro prawne przygotowuje ugodę, a po jej podpisaniu przez obie strony dokument trafia w imieniu lekarza do sądu okręgowego. To bardzo ważne, bo po zatwierdzeniu przez sąd i uprawomocnieniu uгода zyskuje moc prawną.

Ile to kosztuje?

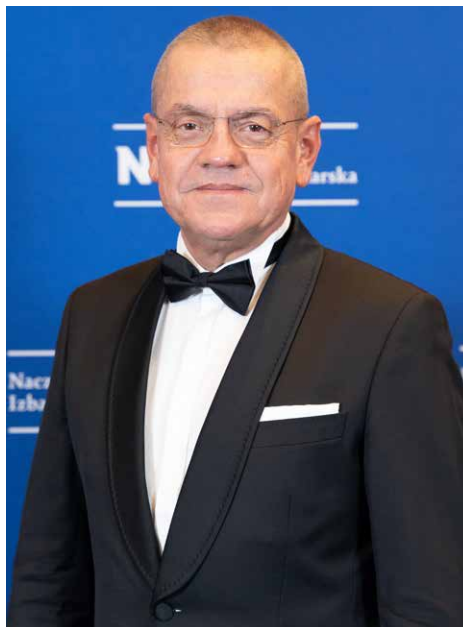
W Naczelnej Izbie Lekarskiej czy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie proces mediacyjny jest dla obu stron bezpłatny – nie ma żadnych opłat za wszczęcie postępowania czy złożenie wniosku. Nawet wniosek o zatwierdzenie ugody przez sąd oraz nadanie jej klauzuli wykonalności, który składamy w przypadku pomyślnego zakończenia mediacji, jest zwolniony z opłat dla uczestników postępowania – koszt ten (50 zł) jest pokrywany ze składek członkowskich.

Czy mediatorzy działają przy wszystkich izbach okręgowych?

Niestety nie. Jednak lekarze i lekarze dentyści mogą korzystać z pomocy mediatorów z innych izb – niekoniecznie tej, do której sami należą. Część izb nie powołała swojego mediatora, dlatego Naczelna Rada Lekarska planuje stworzyć prężny ośrodek mediacji, który będzie obsługiwał członków wszystkich izb.

Można powiedzieć, że wmurowaliśmy już kamień węgielny pod jego

fot.: Archiwum NIL



powstanie. Istnieje też potrzeba ujednolicenia systemu mediacji w tych izbach, w których one już działają, ale to temat na odrębną rozmowę.

Czy mediacje cieszą się w naszym kraju dużą popularnością?

Przy sądach okręgowych wiszą setki ogłoszeń o mediacjach, co świadczy o istniejącej potrzebie. W medycynie nie są one jednak zbyt popularne. Mają też zły marketing, ponieważ wielu lekarzy i lekarzy dentyistów postrzega izbę jako instytucję nakazowo-rozliczającą.

Samorząd stworzył przecież Kodeks Etyki Lekarskiej i inne regulacje, a w jego strukturach działałby rzecznicy odpowiedzialności zawodowej. Trudno oczekiwać od lekarza, że chętnie zgłosi się po pomoc do instytucji, którą utożsamia głównie z wymierzaniem kar. Dzięki wielu działaniom izby lekarskiej to się zmienia na lepsze, ale jeszcze wielu lekarzy myśli w ten sposób.

Co zrobić, aby to uległo zmianie?

Należy mediacje popularyzować, by wreszcie je w naszym środowisku odczarować. Potrzeba też znacznie więcej osób z uprawnieniami mediatora, wpisanych na listy stałych mediatorów przy sądach okręgowych, które mogą

◀ Niewystarczający czas na rozmowę z pacjentem rodzi konflikty i bywa głównym powodem, dla którego lekarze czasami odbierani są jako pozbawieni empatii – przekonuje lek. dent. Andrzej Siarkiewicz

przeprowadzić mediację i sporządzić wniosek o zatwierdzenie ugody zawartej w ramach procedury pozasądowej w odpowiednim sądzie powszechnym.

W maju 2026 r. Krajowy Zjazd Lekarzy zaapelował o zmianę art. 113 ust. 1 ustawy o izbach lekarskich, tak aby mediację można było podjąć już na początku postępowania wyjaśniającego. Czy to dobre rozwiązanie?

Bardzo dobre. Znacznie skróci to czas pracy zarówno rzeczników, jak i sądów lekarskich. Wprawdzie uгода zawarta przed mediatorem może nie być uwzględniona przez sąd lekarski, ale w sprawach o znikomej szkodliwości czy znikomym znaczeniu już na etapie rzecznika po zawarciu ugody można by wnosić o uznanie winy, ale odstąpienie od ukarania. To byłaby zasługa mediacji.

W samorządzie prowadzę od lat dwa rodzaje mediacji. Pierwszy wynika z ustawy o izbach w oparciu o Kodeks postępowania karnego. Wszczyła się go na wniosek stron, kiedy do rzecznika odpowiedzialności zawodowej wpływa skarga, a lekarz lub lekarz dentyista zyskuje status obwinionego. Sęk w tym, że mediacje prowadzone na podstawie tych przepisów nie mogą być zatwierdzane przez sąd lekarski ani sąd powszechny.

Drugi rodzaj to mediacje cywilne, które na wniosek stron mediator może prowadzić w ramach izby lekarskiej. Mediacje, które zakończyły się ugodą, kończy zatwierdzenie przez odpowiedni sąd powszechny. O tym drugim typie mediacji mówi się za mało, a świadomość środowiska lekarskiego w tym zakresie jest znikoma.

Jak podsumować naszą rozmowę?

Apeluję do czytelników „Gazety Lekarskiej”: jeżeli macie z kimś konflikt lub potrzebujecie pomocy w uzyskaniu porozumienia, zgłóście się do mnie. Ja i mój zespół pomożemy szybko i profesjonalnie w jego rozwiązaniu. ●

OŚRODEK KSZTAŁCENIA

Bezpieczny start w zawodzie

LUCYNA KRYSIAK

We wrześniu br. Ośrodek Kształcenia COBIK NIL rozpoczyna nowy cykl szkoleń dla młodych lekarzy i lekarzy dentyistów, którzy dopiero wstąpili na ścieżkę zawodową.

Marcin Karolewski, koordynator Ośrodka Profilaktyki i Strategii Zdrowotnych COBIK NIL, podkreśla, że w obecnie medycy muszą się mierzyć z wieloma problemami i nie chodzi tylko o umiejętności zawodowe i konieczność ich doskonalenia, ale o poruszanie się po meandrach prawa medycznego, o relacje z pacjentami, pracodawcami oraz członkami zespołu, w którym pracują, a także o zderzenie się z hejtem i agresją ze strony pacjentów i ich rodzin. Jego zdaniem OPIŚZ jako jednostka Centralnego Ośrodka Badań, Innowacji i Kształcenia (COBIK NIL), zajmująca się tworzeniem projektów badawczo-rozwojowych dotyczących profilaktyki i ochrony zdrowia, doskonale wpisuje się w działania na rzecz współpracy z młodymi lekarzami w tym zakresie.

SAMO ŻYCIE

– Szkolenia mają pomóc wyposażyć ich w wiedzę wybiegającą poza medycynę. Lekarze po ukończeniu studiów, rozpoczynając specjalizację i pracę w zespołach wielopokoleniowych, często są rzucani na głęboką wodę. Nie mają pojęcia, jaka forma zatrudnienia jest dla nich korzystna, jaką wybrać formę opodatkowania, jak prawidłowo prowadzić dokumentację medyczne, jak reagować, kiedy dochodzi do naruszenia dóbr osobistych, czy też radzić sobie z trudnymi pacjentami, czy choćby jak przeżyć swój pierwszy dyżur – mówi Marcin Karolewski. I dodaje: – To są sytuacje, kiedy młody lekarz będzie musiał często po raz pierwszy samodzielnie podejmować decyzje, radzić sobie ze stresem, rozstrzygać pojawiające się konflikty, i potrzebuje do tego odpowiednich instrumentów, choćby kompetencji miękkich.

Cykl webinarów ich organizatorzy nazwali „Lekarz – rozdział pierwszy”, ponieważ celem jest dotarcie do lekarzy, którzy dopiero startują w zawodzie, nabierają doświadczenia i potrzebują w tym wsparcia. Tytuł sugeruje jednocześnie,

że na jednym cyklu szkoleń się nie kończy i że będą one kontynuowane.

ZGODNIE Z OCZEKIWANIAM

Dobór tematów rozpoczynających wrzesniowy cykl szkoleń został opracowany we współpracy z Komisją ds. Młodych Lekarzy NIL. Chodziło o to, aby wyjść naprzeciw ich oczekiwaniom.

– Lekarze to różnorodna grupa zawodowa, preferująca różne formy zdobywania wiedzy. Oferta szkoleniowa musi więc być szeroka, tak by każdy, niezależnie od kierunku, w którym się specjalizuje, znalazł coś dla siebie. Problemem nie był więc dobór tematów, ale dotarcie z ofertą szkoleniową do jak największej grupy lekarzy, bo wielu z nich nie wie, że takie szkolenia są dla nich organizowane – podkreśla Karolewski i dodaje, że podjęto prace nad uruchomieniem nowej platformy edukacyjnej przy wykorzystaniu środków unijnych, która ma służyć tym celom.

Także Komisja ds. Młodych Lekarzy NIL zaangażowała się w nagłośnienie sprawy poprzez media społecznościowe i okręgowe izby lekarskie. Aleksandra Krygowska, przewodnicząca KML NIL zwraca uwagę, że młody lekarz wchodzący na rynek pracy oczekuje praktycznego wymiaru szkoleń, ponieważ program studiów medycznych uwzględnia je w zakresie dość podstawowym.

– Lekarz, który rozpoczyna staż, specjalizację czy też podejmuje pracę na SOR lub w placówce POZ niewiele wie o praktycznej stronie wykonywania swojego zawodu i zderza się z rzeczywistością, która jest mu obca. Z naszej strony, czyli samorządu lekarskiego, czynimy starania, aby czuł się otoczony opieką w tym trudnym dla niego czasie

W skład cyklu wejdą webinary:

- 28 września 2026 r. „Jak się poruszać po prawie medycznym”,
- 13 października 2026 r. „Pierwsza praca – pomiędzy kontraktem a umową o pracę”,
- 29 października 2026 r. „Trudny pacjent w dwugłosie – prawnik i psycholog”,
- 19 listopada 2026 r. „Dokumentacja medyczna”,
- 27 listopada 2026 r. „Naruszenie dóbr osobistych lekarza w internecie – hejt a dopuszczalne granice krytyki” oraz „Mój pierwszy dyżur, czyli młody lider w zespole wielopokoleniowym”.

KML NIL przygotowuje już tematy rozszerzające ofertę szkoleń dla młodych lekarzy, m.in. dotyczące współpracy z pacjentem małoletnim, niezdolnym do wyrażenia zgody. Webinary będą także poświęcone tajemnicy lekarskiej i bezpieczeństwu danych, refundacji recept, orzecnictwu lekarskiemu, błędom medycznym i działaniom niepożądanym oraz radzeniu sobie ze stresem.

i temu służy nasz cykl szkoleń – przekonuje Aleksandra Krygowska. Zaznacza, że do prowadzenia webinarów zaangażowano sprawdzonych ekspertów w swoich dziedzinach, dbając o wysoki poziom szkoleń.

SZKOLENIA ONLINE

- 14.09.2026 - Aktualne zalecenia dotyczące kompleksowej terapii otyłości.
- 15.09.2026 - Cyberbezpieczeństwo.
- 16.09.2026 - Planowanie procesu zarządzania komunikacją kryzysową w placówce medycznej.
- 17.09.2026 - Agresja, asertywność, uległość.
- 18.09.2026 - Wizerunek lekarza w mediach i sztuka udzielania wywiadów (Media Relations).
- 21.09.2026 - Działania kontrolne NFZ.
- 22.09.2026 - Dlaczego innowacje cyfrowe nie zawsze odciążają lekarzy? 7 błędów wdrożeniowych.
- 23.09.2026 - Diagnostyka i leczenie ran przewlekłych, w tym ran atypowych.
- 24.09.2026 - Medycyna podróży w teorii i praktyce.
- 24.09.2026 - Jak holistycznie leczyć pacjenta z cukrzycą typu 2 – wytyczne i praktyka.
- 28.09.2026 - Prawne uwarunkowania ochrony radiologicznej w jednostkach ochrony zdrowia wykorzystujących promieniowanie jonizujące do celów medycznych w praktyce lekarzy dentyków (cz. I).
- 29.09.2026 - Cykliczny przegląd AI dla lekarzy.
- 30.09.2026 - Wypalenie zawodowe: rozpoznanie, profilaktyka, jak sobie radzić w pracy lekarza?

SZKOLENIA STACJONARNE

- 11.09.2026 - Rola pracowników ochrony zdrowia w procedurze Niebieskie Karty
- nawiązanie kontaktu i interwencja w sytuacjach przemocy

Pełną ofertę szkoleń oraz szczegóły znajdziesz na stronie
Naczelnej Izby Lekarskiej w zakładce „Kursy i szkolenia”.

Rejestracja na szkolenia odbywa się wyłącznie poprzez stronę internetową.



EPIKRYZA (160)

Meczycho

Suchając tytułu kończącego sezon wakacyjny i jednocześnie odsłaniającego teatralny afisz na jesienne wieczory, wahałem ołówkiem nad kartką papieru i długo nie mogłem zdefiniować celu. Czy wychylić się w stronę dzieła kontrowersyjnego? A może lepiej posypać głowę popiołem i wbrew sobie pochwalić celebryckie ciuciubabki, promowane przez boty, algorytmy i bajorńskie ceny biletów?

JAROSŁAW WANECKI
PEDIATRA, FELIETONISTA



Mało kto przyznaje się do kiepskiego wyboru. Inwestowanie musi się przecież zwrócić w towarzyskiej grze: kto dał więcej? Rzednące miny są zatem niedopuszczalne mimo chałturniczej żenady i coraz częściej wypierają je gromkie owacje, sterowane przez odpowiednio zmotywowanych klikierów samozachwyty.

Jak na złość moim wyborom spektakli nie mogę zbyt wiele zarzucić. Wyprawy festiwalowe pod koniec czerwca i lipca były naprawdę udane. Nawet reżyserzy, których wspominam gorzej, w ostatnim czasie dali się nie tylko obronić, ale nawet polubić. Z łatwością mogę odesłać zainteresowanych do kas w Toruniu, Katowicach, Warszawie, Poznaniu, Krakowie i moim rodzinnym mieście. Korzystając z terminologii piłkarskiego mundialu, pierwszą połowę felietonu przegrałem z kretelem. Jak bowiem mógłbym nie pochwalić brawurowych „Tkocz” Mai Kleczewskiej z Teatru Śląskiego, prezentującego się podczas Warszawskich Spotkań Teatralnych? Błędem byłoby pominąć „Księżniczkę na opak wywróconą” Pawła Aignera z toruńskiej sceny Wilama Horzycy, która zachwyciła „Klasyką żywą” Calderona de la Barca w Opolu, świętującym 50-lecie swoich konfrontacji. Jak przejść bez uznania obok wystawień Szekspira na łące w Wilanowie („Wieczór Trzech Króli”), w ogrodach Zamku Królewskiego („Sen nocy letniej”) i walczącego o Złotego Yoricka w Gdańsku „Hamleta” ze stołecznego Teatru Powszechnego? Tragedia duńskiego królewicza w reżyserii 26-letniego Kamila Białasza w dwójnasób pokazała potencjał na przyszłość. Chociaż często krytykuję dopisywanie tekstów Mistrzom Dramatu, to tym razem trafnych dopowiedzeń warto było wysłuchać. Dzięki nim dzieło sprzed czterech wieków pokazało pełnię aktualnych problemów

wychowawczych i społecznych, z którymi mierzą się nasi pacjenci i my sami.

I tak ze spektaklu na spektakl traciłem nadzieję, że znajdę kozła wrześniowego, którego mógłbym złożyć w ofierze kontekstu. Dobyty ostatecznie przez dwie adaptacje „Ubu króla” Alfreda Jarry’ego, jedną z Płocka, a drugą w realizacji połączonych grup CHOREA i Coincidentia, poprosiłem redakcję o dodatkowy czas, mityczną przerwę na nawodnienie i możliwość zmiany strategii publicystycznej. Jak bowiem przyznać wszem i wobec, że świat sztuki sięgnął estetycznego ideału, a rola recenzenta zasługuje na wyrzucenie z boiska, by krytyka nie przeszkadzała zwycięzcom.

Szykując się już do przypieczetowania kłeski, wybrałem ostatnią premierę Festiwalu Sztuk Przyjemnych i Nieprzyjemnych w Łodzi, o którym z takim entuzjazmem pisałem przed urlopem. Niczym bukmacher obstałem kolejny sukces. Scenariusz spektaklu „Meczycho” napisał sam Juliusz Machulski, a realizacji podjął się Tomasz Karolak. Gdy więc Mistrzostwa Świata w Piłce Nożnej wypatrywali Hiszpanie, Argentyni, Anglicy i Francuzi, na zastępczej scenie Teatru Powszechnego widzowie niecierpliwie czekali na ewakuację. Boże mój, jaka to

była piękna katastrofa. Poczułem siłę czerwonej kartki w rękę, którą z taką łatwością mogę teraz pomachać. Nikt nie zagrał vabank. Przemieniony w reżysera Ludwik Boski nie zaskoczył ripostą. A mimo to autorzy kłaniali się długo i zabierali głos bez wstydu. Zadowoleni z siebie. Doskonale przygotowani do parowania ciosu i przejścia w tryb autopromocji. Mój plan się nie powiódł, gdy gromkie brawa wyparły wszelkie wątpliwości, przyłaczając zdezorientowanych obrotem sprawy malkontentów do komedii owczego pędu i samozachwyty.

W programie znalazłem zdanie Juliusza Machulskiego, które pasuje do artystycznej epikryzy: „Najlepsze komedie mają drugie dno. Zawsze czułem potrzebę, żeby pod komediowym kamuflażem powiedzieć coś więcej...”.

Czy ogólnopolskie meczycho lekarze kontra reszta świata, w którym godzinowe stawki decydują o życiu ludzi, ma drugie dno? Czy politycy zagrają reformą ochrony zdrowia vabank? Czy niedopuszczalne z założenia rzednące miny rozbroić mają rzuty karne? Czy mimo tezy, że nikt z nami jeszcze nie wygrał, jesteśmy przygotowani na strzał? Kiedy nadejdzie refleksja, że społeczna riposta nie bierze się znikąd i to nie lekarzy oklaskuje publika? ●

PO GODZINACH – PODRÓŻE

La Paz. Życie ponad chmurami

JAROSŁAW WANECKI

Na boliwijskim Altiplano oddech staje się krótszy, poranki lodowate, a widoki – trudne do opisania słowami. Z Peru do Boliwii prowadzi droga przez ślady preinkaskiej cywilizacji, najwyżej położoną stolicę świata, księżycowe krajobrazy i błękitne wody Titicaca. To wyprawa, w której historia spleta się z codziennością, a zachwyt nad krajobrazem przychodzi czasem razem z zadyszką.



fot.: Jarosław Wanecki

Granicę peruwiańsko-boliwijską przekroczyliśmy na pieszo. Biuro turystyczne poprosiło uczestników wycieczki o zabranie ze sobą tylko bagażu podręcznego. Musiały się w nim znaleźć rzeczy na ciepłe dni i mroźne poranki. Dobowe różnice temperatur wynoszą na płaskowyżu Altiplano kilkadziesiąt stopni. Średnia wysokość „dachu Ameryki” to cztery tysiące metrów nad poziomem morza, co także przekłada się na wydolność podczas zwiedzania. W równej mierze dech zapierają jednak krajobrazy. Spójrzni w górę i w dół nie zastąpi wówczas żadna fotografia, a westchnienia – ach!

i och! – nie są przetłumaczalne na język relacji z dalekiej podnóży.

CIENIE PRZESZŁOŚCI

Ślady najstarszych osiedli w Boliwii sięgają dwunastu stuleci przed naszą erą. Wyprawa na stanowisko archeologiczne Tiwanaku udowodnia przede wszystkim, że kultura Indian Ajmara mimo stopniowej kolonizacji przez Inków przetrwała w obrzędach i słowach aż do współczesności. Nie przeszkadzili w tym nawet hiszpańscy konkwistadorzy, którzy rozpoczęli podbój Górnego Peru w pierwszej

▲ Panorama La Paz z szczyby Mi Teleférico

połowie XVI wieku. Srebro stało się ich głównym łupem, a koszty jego wydobycia ponieśli rdzenni mieszkańcy, siłą i podstępem przymuszani do pracy w kopalniach.

Wyzwolenie, będące skutkiem walk o niepodległość krajów Ameryki Południowej, przyniósł Simón Bolívar, autor konstytucji republiki, która przyjęła jego nazwisko. Od tamtej pory minęło dwieście lat

fot.: Jarosław Wanecki



przeplatanych wewnętrznymi konfliktami zbrojnymi, utratą części obszarów na rzecz sąsiednich państw, przegraną z Chile w wojnie o Pacyfik, która toczyła się o dostęp do oceanu, rewolucjami i puczami wojskowymi, które pogłębiały kryzysy gospodarcze.

Kolejny impas spowodowany cięciami subsydiów paliwowych i długimi kolejkami ciężarówek do stacji benzynowych, a wcześniej paraliżem dróg blokowanych przez protestujących, był przyczynkiem majowo-czerwcowych ostrzeżeń polskiego Ministerstwa Spraw Zagranicznych, żeby z boliwijskiego kierunku zrezygnować. Takie komunikaty rodzą lęki, ale na szczęście nie przełożyły się one na jakąkolwiek niedogodność w planowej realizacji programu wycieczki, która pierwsza po wprowadzeniu stanu wyjątkowego przekroczyła granicę w Desaguadero.

BRAMA SŁOŃCA

Wyboisty trakt prowadzi do najwyższej położonej stolicy świata, ale część biur turystycznych kończy boliwijski etap w Tiwanaku i wraca do Peru. Niezaprzeczalnym faktem jest, że polityczno-religijny ośrodek kultury andyjskiej to bardzo ciekawy zbiór ruin preinkaskich, bez którego zrozumienie regionu byłoby trudne. Chodząc po wysokiej platformie świątynnej, obudowanej murami z potężnych kamieni, można wysłuchać zaangażowanych wywodów o przesileniach

▲ Targ
Czarownic

► Księżycowa
Dolina



fot.: Jarosław Wanecki

◀ Ulica
Jaen▶ Katedra
Matki
Boskiej
w Copaca-
bana

fot.: Jarosław Wanecki

wyznaczanych przez Słońce, którego kult wypada 21 czerwca. Wtedy właśnie wokół Puerta del Sol rozpoczyna się świętowanie nowego roku Ajmara, podczas którego przeszłość wita przyszłość, a stoły ofiarne uginają się pod ciężarem rytualnie składanych produktów Matki Ziemi (la Pachamama): liści koki, alkoholu i słodczyz.

Kiedy pozostawiamy za plecami piramidę Akapana i platformę Kalasasaya, w pamięci zostaje jeszcze inna świątynia, na której mały plac prowadzi kilka drewnianych stopni. W kwadracie otoczonym murem uwagę przykuwają kamienne głowy i pilnujący spokoju dusz brodaty obelisk. Podobnie jak wcześniej mijane monolity przedstawia on mężczyznę, ale w porównaniu z nimi jego rysy zachowały się najsłabiej. Mimo erozji i zmieniających się pór roku stoi na straży astralnego porządku rzeczy.

MIASTO POKOJU

La Paz razem z przedmieściami El Alto liczy ponad trzy miliony mieszkańców, którzy postanowili zabudować domostwami głęboki krater Andów. Różnica wysokości w pionie między najwyżej i najniżej położonymi dzielnicami wynosi kilometr! Niezwykłe panoramy miasta można oglądać z punktów widokowych, wśród których najbardziej oblegany jest Mirador Killi Killi. Atrakcją, której nie można przegapić, jest także przejażdżka gondolową kolejką Mi Teleférico. Jej tęczowa sieć, włączona do systemu komunikacji publicznej, pozwala na sprawne przemieszczanie się tubylców i turystów, odsłaniając kaskadowo posadowione na zboczach gór osiedla z czerwonej cegły. Nad południowym horyzontem dominuje ośnieżony szczyt Illimani.

Wraz z zachodem lipcowego słońca gwałtownie spada temperatura. Nie powinny zatem dziwić zamrożnięte o poranku kałuże i okutani w regionalne stroje sprzedawcy pamiątek, zamykający o zmroku swoje stragany



fot.: Jarosław Wanecki

fot.: Jarosław Wanecki



▲ Panorama Copacabany na jezioro Titicaca

i sklepiki na Targu Czarownic. Mercado La Hechiceria to sieć uliczek, w których chętni odnajdą afrodyzjaki, talizmany, amulety, ziołowe lekarstwa, biżuterię, wełniane szale z alpaki i ofiarne płody lam. Stąd już tylko kilka kroków dalej znajduje się gwarna Plaza Mayor de San Francisco z bazyliką w stylu andyjskiego baroku, której bogate wyposażenie warte jest cierpliwości, gdy nie sposób się dowiedzieć, kiedy jej drzwi zostaną otwarte. Znacznie łatwiej wejść do katedry Metropolitana Nuestra Señora de La Paz (Matki Boskiej Pokoju), której miasto zawdzięcza swoją nazwę. Rozciągający się przed nią plac z pomnikiem boliwijskiego działacza niepodległościowego Pedra Dominga Murilla zabudowano Pałacem Prezydenckim i siedzibą Kongresu. Za nimi postawiono wieżowce ze szkła i betonu z biurami administracji państwowej. Architektoniczny nietakt ma pewną zaletę. Industrialne projekty są zakończone, znacząco różniąc się od budynków mieszkalnych w pozostałych częściach stolicy i kraju.

SPACER NA DNI

Na samym dole wysokiej kotliny wytyczono reprezentacyjną arterię miasta. El Prado jest aleją wysadzaną drzewami, która na dość długim odcinku staje się także deptakiem usytuowanym pomiędzy zatłoczonymi ulicami. Po minięciu pomników Bolívara i Kolumba można przysiąść na ławce przy fontannach i choć na chwilę zwolnić marszrutę. Jeszcze lepiej nadają się do tego wąskie przesmyki starówki, wyłączone z ruchu kołowego, wśród których najbardziej znana i fotogeniczna jest ulica Jaén, nazywana w czasach kolonialnych targiem lam. Na jej końcu

mieści się galeria malarska Roberta Mamaniego, który chętnie podpisuje swoje prace, portretuje gości i pozuje do zdjęć. Ajmarski artysta jaskrawymi kolorami zaprasza w świat andyjskiej kultury, której fragment, niczym słońce i księżyc oprawione w kartonowe passe-partout, można zabrać do domu, by sycić nimi oczy w zimowe wieczory.

KSIEŻYCOWY PYŁ

Valle de la Luna to dolina słynąca ze sterczących formacji skalnych. Przewodnicy opowiadają tutaj o dwóch odwiecznych Neila Armstronga, który przed lotem na Księżyc wieszczył, że kratery, rowy, iglice i jaskinie pustyni stalagmitów będą wyglądały podobnie na naturalnym satelicie Ziemi. Po zakończeniu misji Apollo 11 i wielkim skoku ludzkości astronauta wrócił do La Paz, by wycofać się z wcześniejszego porównania. Władze nie chciały jednak zrezygnować z doskonałej reklamy i mimo że Boliwijczycy czczą w dolinie dusze zmarłych, księżycowe pejzaże przyciągają turystów z całego świata (fotografujących się na tle białych kominów z gliny i piasku).

PATRZĄC NA JEZIORO

Figurka Matki Boskiej z Copacabany została wyrzeźbiona w ciemnym drewnie przez Francisca Tito Yupanqui. Boliwijska Czarna Madonna, ubrana w strój inkaskiej księżniczki, przyciąga do lśniącej białej katedry z zielono-brązowymi płytkami na kolumnach i szczytach tysiące pielgrzymów.



fot.: Jarosław Wanecki

▲ Tiwanaku: stanowisko archeologiczne kultury preinkaskiej Ajmara



fot.: Jarosław Wanecki

▲ Przeprawa promowa autobusów przez cieśninę jeziora Titicaca

Górzyste miasteczko jest ulokowane na amfiteatralnie opadającym brzegu jeziora Titicaca, nazywanego andyjskim morzem. Ten śródgórski akwen, położony w zagłębieniu Altiplano, Boliwia dzieli z sąsiadującym Peru. Połączone ośmiusetmetrową cieśniną części Lago Huinaymarca i Lago Chucuito są największym wysokogórskim i żeglownym jeziorem na Ziemi. Opiekująca się nim Dziewica z Copacabany tylko podczas mszy świętych patrzy w kierunku wierzyn. W pozostałym czasie odwracana jest w stronę jeziora Titicaca, do którego wpływa 25 rzek, ale wypływa tylko Desaguadero i 320 kilometrów dalej łączy się z bezodpływowym jeziorem Poopó.

POMIĘDZY ODDECHEM A ŚNIEGIEM

Przeprawiając się motorówką przez cieśninę Tiquina między brzegami San Pablo i San Pedro, przypomniałem sobie przebieg Agnieszki Osieckiej i Seweryna Krajewskiego, w którego tekście przemija zima w La Paz. Na krańcu Ameryki Południowej zrozumiałem słowa o upływającym czasie w zdumieniu i oczach gwiazd. Wyprawa do Boliwii z podręcznym bagażem, lodowatym pokojem w hotelu, kojącymi widokami bezkresnej równiny, herbatą z liści koki i błękitną tonią jeziora w kształcie polującej pumy dobiegała końca. Na przekór intencji smutnej piosenki sprzed lat pomiędzy zadyszka i biegiem znalazłem w dalekiej podróży wytchnienie i zadumę jak baśniowy sen.

gazetalekarska.pl

RZETELNIE, ODPOWIEDZIALNIE, DLA LEKARZY

Głos środowiska lekarskiego

Najważniejsze sprawy lekarzy.
Wydarzenia i opinie, z kraju i ze świata,
z rządu i samorządu, prawo i finanse,
edukacja i technologie, na serio
i po godzinach



AKTUALNOŚCI

Bądź na bieżąco
z najważniejszymi
wydarzeniami



OPINIE

Czytaj komentarze
ekspertów i głosy
środowiska



PRAWO

Poznaj najnowsze
przepisy i zmiany
ważne dla lekarzy



SAMORZĄD

Śledź działania,
decyzje
i inicjatywy



WPŁYW

Twój głos ma
znaczenie w dyskusji
o ochronie zdrowia

dla lekarzy, o lekarzach, z lekarzami



ŚRODOWISKO

Ponad 180 tysięcy
lekarzy



DIALOG

Przestrzeń
merytorycznej
debaty



AUTORYTET

Rzetelne źródło
informacji



BĄDŹ BLISKO SPRAW, KTÓRE MAJĄ ZNACZENIE

www.gazetalekarska.pl

PO GODZINACH – BŁĄD MALARSKI

W chowanego

Wenus to jedna z najbardziej znanych uwodzicielek w tradycji malarstwa zachodnioeuropejskiego. Bogini obdarzona niezwykłą urodą niemal zawsze przedstawiana jest nago. Ale jak na mistrzynię sztuki uwodzenia przystało, mimo że nie ma na sobie ubrań, nie odsłania wszystkiego.



Peter Paul Rubens, „Wenus przy lustrze”, około 1615



Rubens malował Wenus wielokrotnie – czasem samotnie, czasem w towarzystwie Marsa. „Wenus przy lustrze” to jeden z jego najbardziej intymnych portretów. Ciasna kompozycja skupia uwagę na bogini, której towarzyszą dwie postacie: z jednej strony syn Amor trzyma lustro, z drugiej służąca podtrzymuje jej włosy.

Rubens wykorzystuje lustro, by sprytnie uwodzić widza. Prowadzi jego wzrok od pleców i pośladków Wenus ku odbiciu jej twarzy. W lustrze spotykamy spojrzenie bogini skierowane wprost na nas – pewnie siebie, pozbawione nieśmiałości, zapraszające do kontemplacji jej ciała. Malarz bawi się z odbiorcą w chowanego: choć patrzymy na akt, najbardziej pożądane partie ciała pozostają poza naszym zasięgiem. Piersi i łono Wenus wciąż skrywają tajemnicę. Widz może za to podziwiać

AGATA MORKA
DOKTOR HISTORII SZTUKI



włosy opadające kaskadą na nagie ciało.

Coś jeszcze ukrywa się w tym obrazie. Badacze dostrzegli w nim ślady dwóch chorób. Jeśli przyjrzeć się twarzy służącej, uwagę zwraca nietypowy układ jasnych plam wokół oczu, nosa i brody. Może to nie tylko gra światła? Dermatolodzy zasugerowali, że może to być jedno z najwcześniejszych

przedstawięń bielactwa w zachodnioeuropejskim malarstwie barokowym. Również szyje obu kobiet wzbudziły zainteresowanie lekarzy – dopatrzono się w nich oznak wola, mogącego świadczyć o problemach z tarczycą.

W tej grze w chowanego Wenus skrywa swoje ciało, a Rubens – medyczne sekrety, które czekają na uważniejsze spojrzenie. ●

Rozwiązanie zagadki z „GL” 7-8/26

Szczegóły różniące obrazy:

1. **Przedłużanie włosów kardynała, tak by sięgały do połowy ucha.**
W oryginale włosy portretowanego przycięte są ponad ucho, aczkolwiek nie w typie tonsury.
2. **Zmiana koloru szaty kardynała na fioletowy.**
Portretowany nosił typowe kardynalskie szaty w kolorze czerwonym.
3. **Dodanie naszyjnika – złotego krzyża.**
Obecność naszyjnika z krzyżem, zważywszy na wysoki ranking duchownego, nie byłaby tutaj nieuzasadniona.
4. **Zwiększenie białego kołnierzyka.**
Kostium kardynalski składa się z wielu warstw. Kombinacja bieli z czerwienią jest znakiem rozpoznawczym kardynałów. Wiele historycznych wersji kardynalskich strojów miało dużo bardziej rozłożyste kołnierze niż ten w oryginale.



Jan van Eyck, „Kardynał Niccolò Albergati”, około 1435, Kunsthistorisches Museum, Wiedeń

WSKAŹ ORYGINAŁ I ZNAJDŹ CZTERY SZCZEGÓŁY RÓŻNIĄCE OBRAZY. Odpowiedź prześlij na bladmalarski@gazetalekarska.pl do 18 września 2026 r. W temacie maila należy wpisać GL09 oraz podać dane do kontaktu (imię i nazwisko, adres, telefon). Jedna osoba może przesłać jedną odpowiedź.

NAGRODZENI „GL” 7-8/26

Voucher do Hotelu Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje Andrzej Chojnicki (Poznań)

Nagrody dodatkowe: Anna Kozuchowska-Eljasiewicz (Białystok), Klaudia Leszto (Sulejów), Beata Rosiek-Ruszar (Świątniki Górne)

Dla jednej z osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi

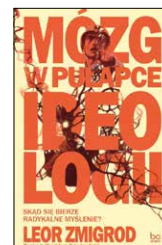
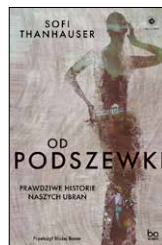
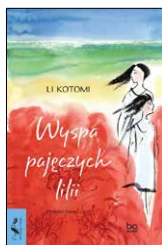
★★★★
HOTEL PREZYDENT
MEDICAL SPA & WELLNESS
HOTEL PRZYJAZNY DOROSŁYM

 WYDAWNICTWO
UNIwersYTETU
JAGIELLOŃSKIEGO
www.wuj.pl

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

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

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



KLAUZULA INFORMACYJNA

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

Szczerze o bariatrii

LIDIA SULIKOWSKA

Dwutomowy poradnik skierowany do pacjentów chorujących na otyłość oraz ich bliskich przedstawia najważniejsze zagadnienia związane z terapią bariatryczną. Książki są wypełnione solidną dawką wiedzy opartej na źródłach naukowych, wzbogaconą o wywiady ze specjalistami reprezentującymi różne dziedziny medyczne. Autorem publikacji jest dziennikarz, który od dzieciństwa choruje na otyłość. Zanim przeszedł operację bariatryczną, podejmował wiele prób redukcji masy ciała. To doświadczenie sprawiło, że mógł spojrzeć na temat nie tylko z perspektywy specjalistów i innych pacjentów, ale także swojej własnej. W efekcie powstał szczerzy, napisany bardzo przystępnym językiem przewodnik, który lekarz może z powodzeniem polecić swoim pacjentom

zmagającym się z chorobą otyłościową. Pierwszy tom jest dla wszystkich, którzy zastanawiają się nad chirurgicznym leczeniem otyłości lub przygotowują do tego zabiegu. Drugi pokazuje, jak wygląda życie po operacji i podpowiada, jak odnaleźć się w nowej rzeczywistości, aby na długo zachować efekty leczenia.

Publikacja nie zastąpi konsultacji medycznej, ale z pewnością pozwala zaznajomić się z tematem i nieco się z nim oswoić, a to już pierwszy cenny krok na drodze do zdrowia. Zachęcamy również do lektury wywiadu z Michałem Bonarowskim, opublikowanego w „Gazecie Lekarskiej” (nr 6/2025), w którym opowiada o swoich zmaganiach z otyłością, w tym refleksjach, na ile system ochrony zdrowia rzeczywiście wspiera pacjentów w leczeniu tej choroby.



▲ Michał Bonarowski, „Ciećcie! Operacja bariatryczna”, tom 1-2, Wydawnictwo PWN



▲ Scott A. Small, „Zapominamy. O działaniu pamięci i zaletach niepamiętania”, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego

Pamięć nie musi być doskonała

Gdzie są klucze? Jak miał na imię ten aktor? Po co właściwie weszliśmy do kuchni? Zdarza się każdemu – i nie zawsze jest powodem do niepokoju. Scott A. Small, neurolog zajmujący się m.in. zaburzeniami pamięci, przekonuje, że zapominanie jest nie błędem systemu, lecz jego ważną funkcją. Autor przystępnie pokazuje, jak działa mechanizm zapominania i dlaczego potrzebujemy go równie mocno jak pamięci. Wyjaśnia, w jaki sposób selektywne usuwanie informacji pomaga sprawniej myśleć, podejmować decy-

zje, przyswajać nowe doświadczenia, a nawet pobudzać kreatywność. Nie unika przy tym trudniejszych tematów – pokazuje różnicę między naturalnym zapominaniem a problemami związanymi m.in. z PTSD czy chorobą Alzheimera.

To książka, która może przynieść ulgę wszystkim, którzy z niepokojem zauważają u siebie kolejne „zaniki pamięci”. Zamiast straszyć demencją, pomaga lepiej zrozumieć własny mózg i spojrzeć na codzienne zapominanie z większym dystansem. Czasem po prostu warto czegoś nie pamiętać.

Różne oblicza ADHD

Dlaczego Ada szuka portfela w zamrażalniku, a jednocześnie potrafi utrzymać idealny porządek w dokumentach? Co powoduje, że Dawid nie jest w stanie utrzymać się na dłużej w jednym miejscu pracy? W książce Anety Pawłowskiej-Krac poznajemy różne historie osób, które mierzą się z ADHD.

To opowieść między innymi o tym, jak pozornie wydaje się, że wszystko jest w porządku, ale w rzeczywistości ta „normalność” wynika z „samowytresowania”, co pochłania na co dzień mnóstwo energii. Autorka obala też twierdzenie, że „teraz wszyscy mają ADHD”.



▲ Aneta Pawłowska-Krac, „Milion myśli naraz”, Wydawnictwo Czarne

LS

PO GODZINACH – POEZJA

JOANNA MATLACHOWSKA-PALA

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

Urodziła się w Warszawie, mieszka w Opolu. Poetka, z zawodu lekarka. Zameężna, mama trzech synów. Ukończyła studia na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Poznaniu. Specjalistka chorób wewnętrznych i medycyny paliatywnej, wieloletni pracownik oddziału chorób wewnętrznych szpitala w Opolu. Założycielka pierwszego w Opolu Hospicjum Domowego, współtwórczyni i dyrektor ds. medycznych Oddziału Opieki Paliatywnej Centrum Opieki Paliatywnej „Betania”, pracownik dydaktyczny Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Opolskiego. Propagatorka idei hospicyjnych. W czasie studiów podjęła pierwsze próby literackie. Jest laureatką wielu ogólnopolskich konkursów literackich, kilku Turniejów Jednego Wiersza. Drukowała swoje wiersze w wielu czasopismach, antologiach, almanachach, współautorka książki „Twarze Opola, twarze muzeum” (tom I). Prezentowała wiersze na antenie radiowej Dwójki, Radia Opole i Radia Doxa, na Najeździe Poetów na Zamek Piastów Śląskich w Brzegu, podczas wieczorów autorskich, koncertów poetycko-muzycznych. Jest członkiem Unii Polskich Pisarzy Lekarzy. Autorka tomów poetyckich: „Most dla motyla” (1995), „Biało-błękitne” (2000), „Telegram Eklezjasty” (2011), „A wróble już to wiedzą” (2015), „Bezpowrotne” (2021), „W chmurach światła” (2024). Zdarza się jej pisać także prozę poetycką. Lubi turystykę, spacerować, góry, wodę, rower, książki, ikony, muzykę klasyczną, od lat z przyjemnością śpiewa w scholi czterogłosowej.

Medytacja

tuż pod grzbietem pagórka
gdzieś między rdzawą sosną a dębem
monotonnie zawodził ptak
miarowo z regularnością wersetów
niemal jak mnisi
w niedalekim klasztorze
którego dach czerwienił się
pomiędzy garbami zielonych pól

przyszłam aż tutaj
uczyć się od niego
rytmu oddechu
lekkości piórka
pewności stapania i równie ważnej
pewności znikania
wiedzy tajemnej o tym
jak szukać tego co w górze

ja – ślimak w skorupie
z ledwie jedną nogą

Wiosną

liście dębów przychodzą ostatnie
może dlatego że do późna grają w jesiennym teatrze
scenografia w brązach potem jasna zieleń
a przedstawienie trwa
scena z jaśminem i robiną dopiero przed nami
przestrzeń cała w obrotach znowu przemieniona
ruch tam niebywały chociaż niesłyszalny
krajobrazy tak zwykle że mieszczą się w dłoni
jak żuk liść stokrotka
zaledwie przypisy do łąk niebieskich
i odsyłacze do światów wysokich

Przychodzi
wena
do lekarza

Ogólnopolski Konkurs Literacki
im. Prof. Andrzeja Szczeklika



PO GODZINACH – SPORT

Polska reprezentacja triumfuje na Medigames

LEK. MED. ARKADIUSZ BIELENINIK

151 medali i pierwsze miejsce w klasyfikacji drużynowej – to dorobek polskiej reprezentacji na 45. Światowych Igrzyskach Medycznych w Chorwacji.



◀ Dekoracja polskich lekarzy – sportowców po pierwszym dniu Medigames 2026

tęgo tekstu zdobył srebrny i brązowy medal. W kategorii E Krzysztof Gidziński wywalczył pięć złotych, jeden srebrny i jeden brązowy medal. I wreszcie w kategorii G Stefan Madej aż siedmiokrotnie sięgał po złoto, raz po srebro i raz po brąz.

Jako uczestnik igrzysk miałem zaszczyt reprezentować polskie barwy w konkurencjach lekkoatletycznych. Moje osobiste starty przyniosły mi wiele emocji – od srebra w biegu na 800 m, przez brąz w wymagającym biegu cross country na dystansie około 8 km, aż po najcenniejsze złoto w sztafecie męskiej 4 × 100 m. Pobiegliśmy w składzie: Jakub Mucha, Leszek Albiniak, Arkadiusz Bieleninik i Łukasz Polczak. Również w sztafecie mieszanej nasza drużyna wywalczyła złoty medal. W jej skład weszli: Jakub Mucha, Małgorzata Piel, Marta Parol i Łukasz Polczak.

Szczególnym powodem do dumy dla naszej grupy była postawa zawodników w kategorii powyżej 55 lat. W wielu przypadkach nasze wyniki okazywały się lepsze niż osiągnięte w młodszych rocznikach. Nasi reprezentanci odnosili również sukcesy w takich dyscyplinach, jak badminton, tenis stołowy i golf, zdobywając miejsca medalowe. Z kolei nasza drużyna piłkarska zajęła trzecie miejsce, ustępując reprezentacjom Hiszpanii i Ukrainy.

Medigames 2027 odbędą się w hiszpańskiej La Nucía. Zachęcam wszystkich, by już teraz wpisali tę datę do kalendarza – 12–19 czerwca 2027 r. – i rozpoczęli przygotowania.

W dniach 12–20 czerwca 2026 r. chorwackie miasta Medulin i Pula stały się areną sportowych zmagania lekarzy z całego świata. W 45. edycji Światowych Igrzysk Medycznych (Medigames) polska reprezentacja pokazała nie tylko hart ducha, lecz przede wszystkim fenomenalną formę. Zdobyła łącznie aż 151 medali i zajęła pierwsze miejsce w klasyfikacji drużynowej.

Medigames to największe międzynarodowe wydarzenie sportowe dla przedstawicieli zawodów medycznych. Tegoroczna edycja zgromadziła setki sportowców, dla których pasja do ruchu jest równie ważna jak codzienna praca z pacjentami.

Największe sukcesy polscy lekarze odnieśli w lekkoatletyce i pływaniu. Bilans lekkoatletyczny jest imponujący – 78 medali, w tym 42 złote, 20 srebrnych i 16 brązowych. Nasi reprezentanci zdominowali rywalizację na dystansach sprinterskich – 100 i 200 m – w kategoriach A, B i D, a na dystansach 400 i 800 m stoczyli niezwykle zacięte boje o najwyższe trofea. Wyśmienicie spisali się również pływacy, którzy

do klasyfikacji generalnej dołożyli 47 medali, triumfując w kategoriach A i B.

Warto wymienić naszych multimedalistów w konkurencjach indywidualnych. Wśród pań w kategorii A Hanna Bieleninik zdobyła cztery złote medale, Anna Podraza – cztery srebrne, a Dominika Opałko – dwa brązowe. W kategorii B Marta Parol wywalczyła aż siedem złotych i dwa brązowe medale, a Małgorzata Piel w kategorii D – trzy brązowe.

U panów wyniki prezentują się równie imponująco. W kategorii A Jakub Mucha wywalczył pięć złotych, cztery srebrne i jeden brązowy medal. Grzegorz Brudział zdobył jedno złoto, dwa srebra i brąz, a Maciej Gajda – złoty i srebrny medal. Łukasz Polczak (kategoria B) wyjechał z Chorwacji z pięcioma złotymi, trzema srebrnymi i trzema brązowymi medalami. Leszek Albiniak (kategoria D) wywalczył jeden złoty, trzy srebrne i jeden brązowy medal, a Konrad Bońda – trzy złote medale. Autor

fot.: Monika Bońda

PO GODZINACH – WSPOMNIENIE

Non omnis moriar pamięci dr. Mieczysława Chruściela

Jak ważna jest pasja w życiu lekarza, aktywność w dziedzinach pozamedycznych, miałam okazję obserwować, będąc przez blisko pół wieku żoną człowieka ciekawego świata, człowieka renesansu, jak o Nim mówiono. Na czele licznych zainteresowań mojego zmarłego męża było malarstwo – tworzenie kolejnych portretów ludzi medycyny czy rektorów (m.in. Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego), wyczekiwanie corocznych plenerów lekarzy malujących, wernisaże majowych wystaw w siedzibie Łódzkiej Izby Lekarskiej. Wszystkie te aktywności dawały mu ogromną radość i spełnienie, ładując akumulatory na cały rok.

Towarzyszyłam Mieczowi podczas tych inspirujących spotkań z ludźmi o podobnej wrażliwości. Czuliśmy się na nich jak na rodzinnych zjazdach, brali i dalej biorą w nich udział wyjątkowo zdolni i aktywni lekarze z całej Polski. Niestety znakomitą ich większość stanowią osoby dojrzałe, a nawet w podeszłym wieku. Czy dzisiaj wśród medyków brakuje ludzi z pasją, czy wyczerpująca praca, nierzadko w kilku miejscach, nie pozwala na realizację pozazawodowych zainteresowań?

Motocykle to kolejna wielka miłość Mieczia, integrująca Go z lekarzami z całej Polski zrzeszonymi w stowarzyszeniu DoctorRiders. I znów Łódź, wyjątkowej aktywności prezes dr Grzegorz Krzyżanowski połączył przed ponad 20 laty lekarzy motocyklistów, zbudował rodzinę tęskniących za sobą medyków z całego kraju, którzy czekali na coroczne uroczyste otwarcie sezonu, letnie wspólne wyjazdy, a później zakończenie sezonu w Słoku. Wszyscy w klubowych skórzanych kamizelkach, koszulkach z haftem klubowym, przypinali znaczki z corocznych zlotów. Był hymn motocyklistów autorstwa wymienionego już Grzegorza. I znów zawiązywały się przyjaźnie ludzi spełniających swoje marzenia.

Są też wśród lekarzy ludzie piszący, członkowie Unii Polskich Lekarzy Pisarzy, jest coroczny konkurs „Przychodzi Wena do Lekarza”. Dzięki pasji



fot.: Mikołaj Starzyński

◀ Medal otrzymany przez grupę DoctorRiders

i aktywności Mieczia także na tym polu miałam okazję poznać najlepszych w kraju pisarzy i poetów. Tu także zawiązują się przyjaźnie ludzi z podobną wrażliwością, którzy pragną rozwijać swój potencjał na polu sztuki.

Mieczu spełniał swoje marzenia, żył z pasją, do końca z pędzelkiem w dłoni. W piątek 10 lipca żegnaliśmy Go w szczecińskiej Katedrze, wśród wielu obrazów darowanych świątyni. Wśród

rodziny, przyjaciół, współpracowników byli również malarze (malująca grupa Stajenka), jak i motocykliści – przyjechali z Łodzi, Gdyni, Kamienia, Szczecina, zawarceli i zatrąbili na cmentarzu, a na moje ręce przekazali pięknie odlany medal DoctorRiders z napisem Non Omnis Moriar, wraz ze wzruszającym listem kondolencyjnym. Dziękuję, Grzegorz, były prezesie Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi, założycielu DoctorRiders.

Młodzi lekarze, spełniajcie marzenia, żyjcie z pasją, realizujcie swoje zainteresowania. Pasje wyzwalają same pozytywne emocje, nadając życiu kierunek, dodając mu koloru i większego sensu, a wszystko to z pożytkiem dla pacjentów, którzy widzą szczęśliwego medyka.

Mirosława Chruściel

Portret niezapomniany

Jeśli ktoś zapyta, kim są lekarze zaangażowani w tworzenie kultury, odpowiedzią jest wskazanie doktora Mieczysława Chruściela. Dokończył specjalista ginekologii i położnictwa. Zaangażowany w pracę Polskiego Towarzystwa Lekarskiego. Autorytet, którego niepodważalność brała się nie tylko z wiedzy, ale także ponadprzeciętnej erudycji i elegancji. Utalentowany artysta malarstwa portretowego, do którego ustawiały się kolejki zamawiających wizerunki: świętych, rektorów, prezesów, koleżanek i kolegów. W tej mozaice najważniejszym elementem była jednak pogoda ducha, uśmiech i wola życia.

Mieczu! W malowanych przez Ciebie żrenicach odbija się Twój Portret. Nie żegnamy się zatem, wierząc, że prędzej czy później znów oprowadzisz nas po



fot.: Łukasz Chruściel

▲ Autoportret zmarłego wystawiony na pogrzebie

Galerii Sztuki. Rajskiej. Lekarskiej. Ludzkiej.

Jarosław Wanecki, Ośrodek Kultury NIL

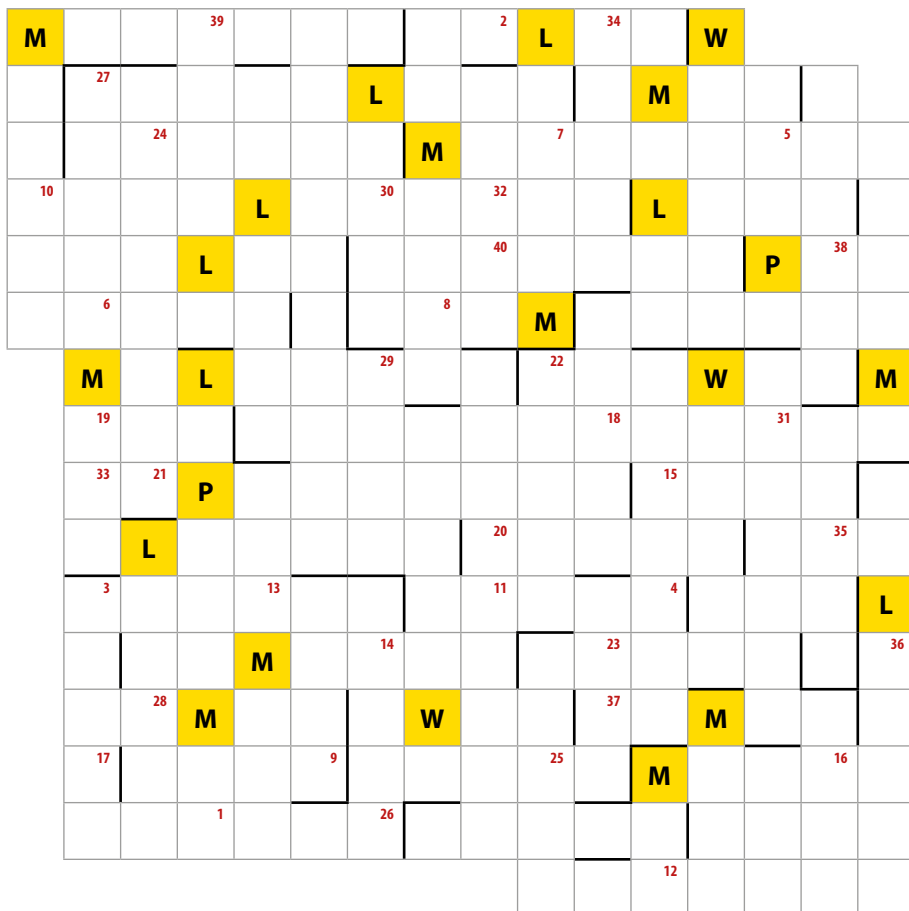
Ogłoszenia

JOLKA LEKARSKA 317



Wydawnictwo Lekarskie PZWL
to specjaliści, wiedza i zaangażowanie.

PZWL



Objaśnienia 76 haseł podano w przypadkowej kolejności.
W diagramie ujawniono wszystkie litery: L, M, P i W. Na ponumerowanych polach ujawniono 40 liter hasła, które stanowią rozwiązanie. Jest to myśl starożytnych Rzymian. Hasło należy przysłać na karcie pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres: jolka@gazetalekarska.pl do 18 września 2026 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań wyłonimy laureatów, którzy otrzymają nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).

* ubytki w polu widzenia * kwiatostan kukurydzy * wyrób z kakao
* władca islamski * dentinum * najdłuższa rzeka Kanady * leczenie za pomocą pary * turystyczny gród pod Mechelen * chirurg układu moczowego * stolica Ziemi Ognistej * remisowa blokada w szachach * auto o trójbrylowym nadwoziu * miasto Romulusa * sierpowate owoce z tropiku * między niobem a technetem * drzewko wyrosłe z nasionka * opłata graniczna * nauka o dźwięku * mówca, uczeń Izokratesa * po sierpnie * uczulenie organizmu * czeski Ursus * nakręcił „Misja” * perski chordofon szarpany * największe miasto Mazur * jolopy, glupcy * kucyk * kmin rzymski * wieś pod Kostrzynem ze stadniną koni * rower dla pań * zakuwki z łbami * wenecka na worki i sieci * siostra Łazarza, patronka kucharek * ilość surowca do przeróbki * wirusowa choroba tropikalna * religia chińska * z Jaworzyńką i Koniakowem * Eriksson, król Szwecji i Norwegii * prunus padus * w górnej części boku świni * zagłębienia na korzenie zębów * oddzielona przez rafę koralową * dymka lub szalotka * opiodowy lek przeciwbiegunkowy *

kieł nad Bałtykiem * zakonnik, pustelnik * Królewiec za Niemców * aniony i kationy * kolor błękitny * niemieckie 3 * imię trzykrotnej mistrzyni olimpijskiej w rzucie młotem * buty wojskowe * prąd kurylski * strzechy * masa do pączków i pierogów * region nad Tybrem * strzelanie do rzutków * jeźdźcy, matadorzy * główna dolina Libanu * piersi * opera na otwarcie Kanału Sueskiego * wrodzony brak kończyn * świta, asysta * dobrym zwyciężaj * cel partii szachów * sól kwasu winowego * Thuesday * yerba... * kapusta polna * wiejskie osiedle w Azji Środkowej * niewolnik, jeniec * stolica Albanii * rzeka kłęski wojsk rosyjskich z Tatarami (1223 r.) * egipski bóg tarczy słonecznej * szacunek, poważanie * pieśń na Boże Narodzenie

Jerzy Badowski

Rozwiązanie jolki lekarskiej 315 Nie ma postępu bez herezji

Nagrody otrzymują:

Wiktorija Głowacka-Kamińska (Poznań), Hanna Garnier (Gdańsk), Martyna Korzeniewicz (Olsztyn), Władysław Saj (Warszawa), Krzysztof Wojtyła (Kalisz)

Fundatorem nagród jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL, www.pzwl.pl. Nagrody prześlemy pocztą.

Klauzula informacyjna na str. 75/ Regulamin konkursu dostępny na www.gazetalekarska.pl

WYDAWCA

NIL

Naczelna
Izba Lekarska

Gazeta Lekarska dla członków
izb lekarskich bezpłatna

Nakład: 44150 egz.

Kolegium redakcyjne

Piotr Kościelniak, Jacek Bujok, Paweł Doczekalski, Klaudiusz Komor, Maria Kłosińska, Ryszard Golański, Dariusz Samborski, Mikołaj Sinica, Anna Wojda, Mariusz Tomczak

Redakcja

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

Dyżur telefoniczny w każdy wtorek w godz. 10.00-14.00

Poza tym terminem prosimy
kontaktować się mailowo:
redakcja@gazetalekarska.pl

Piotr Kościelniak

(redaktor naczelny)
piotr.koscielniak@nil.org.pl

Anna Wojda

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

Lidia Sulikowska

(dziennikarz)
tel.: 698 633 755
lidia.sulikowska@nil.org.pl

Mariusz Tomczak

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

Sylvia Wamej

(redaktor portalu internetowego)
sylvia.wamej@nil.org.pl

Reklama i ogłoszenia

Agata Bryk
ogloszenia@gazetalekarska.pl

Stale z nami współpracują

Jerzy Badowski, Adam Czerwiński,
Lucyna Krysiak, Zbigniew Kuzyszyn,
Jacek Miarka, Agata Morka, Małgorzata Solecka, Jarosław Wanecki

Projekt, projekt okładki

Michał Trusz

Skład

Montownia/Teresa Urawska

Druk

Eurodruk-Poznań Sp. z o.o.

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

Materiałów niezamówionych redakcja nie zwraca i zastrzega sobie prawo do skrótoń, adaptacji, 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 recepty 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).

