

GAZETA

L E K A R S K A

PISMO IZB
LEKARSKICH

OCHRONA ZDROWIA
DZIURA FINANSOWA
W NFZ

FARMACEUTYKI
GROŻNA ZALEŻNOŚĆ
OD LEKÓW Z ZAGRANICY

HEJT

KRZYWDZĄCE LEKARZY WPISY,
POMÓWIENIA, AGRESJA FIZYCZNA

- JAK SIĘ BRONIĆ
- KIEDY IŚĆ DO SĄDU
- JAK POSTĘPOWAĆ Z TRUDNYM PACJENTEM

STOMATOLOGIA
INNOWACJE
W IMPLANTOLOGII
I ENDODONCJI



Chwila próby

ŁUKASZ JANKOWSKI
PREZES NACZELNEJ RADY
LEKARSKIEJ



W tych dniach wszyscy żyjemy informacjami napływającymi z południa kraju, dotyczącymi sytuacji powodziowej. Relacje z pierwszej ręki, od naszych kolegów i koleżanek pracujących na zalanych terenach, budzą przerażenie, a jednocześnie powodują, że rodzi się w nas wszystkich silna potrzeba solidarności z pokrzywdzonymi.

Mam przed oczami dramat ewakuowanego szpitala w Nysie. Nie da się w takiej chwili uciec od refleksji nad tym, jakie myśli chodzą po głowie lekarza mającego dyżur w zalewanym wielką falą powodziową szpitalu, przygotowującego chorych do ewakuacji. Lekarza, który jednocześnie zdaje sobie sprawę, że kilka domów dalej, w tym samym zagrożonym powodzią mieście, czeka na jego powrót cała rodzina. Nie da się uciec od myśli, jak w chwili próby wygląda nasz ciężki i odpowiedzialny zawód i jakiego heroizmu i poświęcenia może wymagać. Jak hasło troski i odpowiedzialności za chorych urzeczywistnia się w momentach próby.

Przypomnijmy sobie te wydarzenia i postawę naszych kolegów i koleżanek, kiedy następnym razem usłyszymy, że „lekarz to przecież zawód jak każdy inny”

albo „lekarze są pazerni i nie liczą się dla nich pacjenci”. Przypomnijmy niedawny przecież COVID-19 i grożące nam wciąż wyzwania związane z bliską geograficznie wojną. Pamiętajmy, jak stając w sytuacji po ludzku trudnej, polscy lekarze każdego dnia pokazują, że dobro chorego jest dla nich dobrem najwyższym.

W tych trudnych dniach chcemy i musimy być solidarni ze wszystkimi członkami naszej lekarskiej społeczności. Dlatego samorząd natychmiast przystąpił do działania. W Naczelnej Izbie Lekarskiej powstało centrum koordynacyjne, zbierające informacje o potrzebach lekarzy pokrzywdzonych przez żywioł. W gotowości do niesienia pomocy finansowej poszkodowanym jest nasza izbowa fundacja Lekarze Lekarzom. W niesienie pomocy rzeczowej, ale też organizacyjnej, zaangażowały się okręgowe izby lekarskie. Żaden lekarz nie może pozostać bez wsparcia swojego samorządu. I żaden nie pozostanie.

W tym kontekście dziękuję za wszystkie telefony i zgłoszenia od

Państwa, bo często pokazują one hierarchię wartości, które reprezentujemy jako środowisko. Bo jak inaczej niż przez na co dzień nawet nieuświadomiony przyzmat walki o dobro pacjenta odebrać można telefon: „Pomóżcie, nie mogę dojechać na dyżur w szpitalu”, albo „Próbuje dostosować po zalaniu mój gabinet, żeby jak najszybciej móc przyjmować chorych”. Bardzo dziękuję Państwu za to świadectwo wartości całego naszego środowiska.

Ze swojej strony mogę zagwarantować, że taki prawdziwy i sprawdzony obraz naszej grupy zawodowej będziemy jako Naczelna Izba Lekarska upowszechniać i promować w opinii publicznej. Oddzielne słowa wsparcia kieruję do osób wciąż walczących z żywiołem i likwidujących skutki powodzi. Nie jesteście sami. ●

Naczelna Izba Lekarska włączyła się w pomoc poszkodowanym lekarzom. Wystarczy podać swoje dane oraz krótko opisać zakres potrzebnego wsparcia. Formularz jest dostępny na stronie NIL: <https://nil.org.pl/powodz2024>

Fundacja Lekarze Lekarzom organizuje zbiórkę pieniężną mającą na celu wsparcie ofiar obecnej powodzi, która dotknęła południową Polskę. W tragicznej sytuacji znalazły się tysiące Polaków, w tym lekarze i lekarze dentyści, którzy stracili swoje domy i dorobek życia. Fundacja Lekarze Lekarzom została założona po powodzi w 2010 roku, aby wspierać lekarzy oraz ich rodziny w sytuacjach kryzysowych.

**Wpłaty można kierować na konto Fundacji Lekarze Lekarzom:
PL 31 1240 6263 1111 0010 4779 2541
Bank Pekao S.A. SWIFT, BIC: PKOPPLPW
Tytuł przelewu: „dla Powodźian”**

- 3 **Chwila próby**
Łukasz Jankowski
- 5 **Igrzyska Lekarskie po nowemu**
Klaudiusz Komor
- 6 **Newsy z kraju i ze świata**
- 8 **Czysta nienawiść**
Piotr Kościelniak

TEMAT NUMERU

- 8 **Hejt wobec lekarzy**
Przepracowani lekarze, często niesłusznie oskarżani o nierzetelne wykonywanie zawodu, obawiają się ataków.
- 13 **Jak postępować z trudnym pacjentem**

AKTUALNOŚCI

- 18 **Zdrowotna dziura finansowa**
Najbliższych kilkanaście miesięcy będzie okresem, w którym należy się spodziewać ograniczenia dostępności świadczeń.
- 20 **Kształcenie lekarzy: sukces z nutą niedosytu**
- 22 **Konieczne jest podwyższenie standardów**

WYDARZENIA

- 23 **Igrzyska zwycięzców**
Prawie 800 osób zjechało do Władysławowa, by walczyć o najlepsze wyniki w różnych dyscyplinach.

WAŻNE SPRAWY

- 29 **Po co lekarzowi certyfikat umiejętności**
- 32 **Azjatycki uścisk polskiego pacjenta**
Samorząd lekarski apeluje o ograniczenie zależności od dostaw leków z zagranicy.

PRAWO I MEDYCYNĄ

- 34 **Od formalności dużo zależy**
Uchwały rad lekarskich zawieszających i ograniczających prawo wykonywania zawodu lekarza wymagają podpisów.
- 35 **Nadzór nie może ograniczać lekarzy specjalistów**
- 36 **Kto odpowiada za wadliwy sprzęt medyczny**



TEMAT NUMERU STRONY 8-16

Hejt wobec medyków tak w świecie wirtualnym, jak i realnym przybiera na sile od czasów pandemii COVID-19

PODATKI I FINANSE

- 38 **Obligacje skarbowe: pewny zysk?**

PRAKTYKA LEKARSKA

- 39 **Innowacje w stomatologii**
- 41 **Patologia: stan obciążenia krytycznego**
- 44 **Za co można hejtować farmaceutę**
Mariusz Politowicz
- 45 **Pacjent w różowych okularach**
- 48 **W pułapce doraźnego leczenia**
- 50 **Szukam Amerykanina**
Jakub Sieczko
- 52 **W zapowiadanych reformach brakuje pacjenta**
- 55 **Nie dawaj się zbyć. Mów, dopóki możesz**
Anna Gołębicka
- 56 **Inwazja z tropików**

WYWIAD LEKAR(S)KI

- 59 **Pokonałam system**

NOWE TECHNOLOGIE

- 61 **Cyfrowe narzędzia w leczeniu chorób przewlekłych**

SAMORZĄD ZAWODOWY

- 64 **Przekonaliśmy rząd do naszych postulatów**
- 64 **O tym się mówi/Mówią o nas**
- 66 **Jaka komunikacja, taka skuteczność leczenia**
- 68 **Ochrona sygnalistów w podmiotach leczniczych**

PO GODZINACH

- 70 **Burza. Prequel**
Jarosław Wanecki
- 71 **Garda: kraina malowniczych miasteczek nad wodą**
Riva del Garda, Gargnano, Sirmione, Malcesine – można długo wymieniać. Każde jest piękne i ma coś innego do zaoferowania.
- 74 **Błąd malarski – Na piersi**
- 76 **Przychodzi wena do lekarza**
- 77 **Brąz dla Polaków na MS 2024**
- 78 **Finał Mistrzostw Polski Lekarzy w Piłce Nożnej**
- 78 **Czytelnia**
- 79 **Ogłoszenia**
- 82 **Jolka lekarska**

JEDNYM GŁOSEM

Igrzyska Lekarskie po nowemu

Trzeba pogratulować wszystkim zawodnikom – zdobytych medali, nowych rekordów, a przede wszystkim udziału i promowania swoim przykładem zdrowego stylu życia.

W momencie pisania tego felietonu jesteście tydzień po zakończeniu 21. Igrzysk Lekarskich. W tym roku były one zupełnie inne niż wszystkie poprzednie. Po pierwsze, po ponad 20 latach w Zakopanem odbyły się na drugim krańcu Polski, czyli w nadmorskim Cetniewie. Po drugie, po raz pierwszy zostały w całości, od początku do końca, zorganizowane przez Naczelną Izbę Lekarską. I po trzecie wreszcie – pierwszy raz w ich trakcie odbyło się posiedzenie Naczelnej Rady Lekarskiej.

Trudno porównywać atrakcje Zakopanego i Cetniewa, gdyż trochę będzie to przypominać dyskusję o wyższości świąt Bożego Narodzenia nad świętami Wielkanocy. Jedni wolą te, drudzy tamte – i wszyscy mają rację. Warto skupić się na samej imprezie, która miała być i ostatecznie była wielkim świętem samorządu i braci lekarskiej kochającej sport. Warto wspomnieć, że jednym z zadań izb lekarskich jest integracja środowiska, którą większość z nich realizuje właśnie przez imprezy sportowe, kulturalne czy rekreacyjne. W ankiecie przeprowadzonej na polecenie Prezesa Łukasza Jankowskiego na początku tej kadencji, która miała dać wskazówki, jakie zadania samorządu lekarze uważają za najważniejsze, sama integracja środowiska nie znalazła się zdaniem większości wśród najważniejszych zadań na nową kadencję. Jednak Naczelna Rada Lekarska traktuje poważnie wszystkie swoje ustawowe zadania i podjęła decyzję o zaangażowaniu się w organizację tej największej lekarskiej imprezy sportowej.

Chcę w tym miejscu gorąco podziękować członkom Komisji Sportu

KLAUDIUSZ KOMOR
WICEPREZES NACZELNEJ
RADY LEKARSKIEJ



NRL pod przewodnictwem Marcina Szczęśniaka za ogrom pracy włożonej w organizację igrzysk. Było to zadanie realizowane przez kilka miesięcy. Nieocenione było wsparcie pracowników biura NIL, a szczególnie dyrektor Anny Ścibisz oraz opiekuna Komisji Marcina Kędzierskiego, oraz doświadczenie organizatorów wszystkich dotychczasowych igrzysk – doktora Macieja Jachymiaka i jego małżonki Izy.

Tegoroczne igrzyska okazały się rekordowe pod względem frekwencji – wzięło w nich udział prawie 800 osób, w tym ponad 70 dzieci. Cetniewo przywitało uczestników wymarzoną wprost pogodą, bez jednej kropli deszczu przez całą imprezę. Ośrodek zlokalizowany nad samym morzem pozwalał rodzinom sportowców cieszyć się plażą i morzem (co prawda zimnym) wtedy, kiedy oni rywalizowali w zawodach. Większość tradycji, które towarzyszyły zawsze igrzyskom, została również przeniesiona do Cetniewa – co wieczór przed wspólną kolacją odbywało się uroczyste wręczenie medali, tym razem jednak wszystkie medale niezmordowanie (a było

ich naprawdę dużo) wręczał sam Prezes NRL. Pomyślano również o imprezach rodzinnych, takich jak np. sztafety. Szczególnie mocno i licznie obsadzony był turniej piłki nożnej, gdzie poziom rozgrywanych meczy był szczególnie wysoki i wzbudzał nadzwyczajne emocje.

Sportowy zapał udzielił się wszystkim i nawet członkowie Prezydium NRL utworzyli drużynę koszykówki, która zgłosiła swój udział w rozgrywkach – niestety niezbyt udany – brak treningu, a przede wszystkim kondycji, spowodował, że zdziesiątkowani kontuzjami musieliśmy wycofać się w połowie rozgrywek.

Podsumowując, trzeba pogratulować wszystkim zawodnikom – zdobytych medali, swoich nowych rekordów, a przede wszystkim udziału i promowania swoim przykładem zdrowego stylu życia. Dziękujemy OIL Gdańsk i jej Prezesowi Darkowi Kutelli za gościnne przyjęcie na ich terenie. A igrzyska wrócą za rok i już teraz wszystkich, również tych, którzy jeszcze nigdy w nich nie uczestniczyli, zachęcam do udziału! Mamy cały rok na trening. ●

NEWSY Z KRAJU I ZE ŚWIATA

LIDIA SULIKOWSKA, PIOTR KOŚCIELNIAK

Nowy stymulator serca

Pierwsze w Polsce zabiegi wszczepienia nowego bezelektrodowego dwujamowego stymulatora serca odbyły się w Klinice Kardiologii w Poznaniu i w Krakowskim Szpitalu Specjalistycznym im. Jana Pawła II. W przeciwieństwie do tradycyjnych rozruszników serca stymulatory bezelektrodowe są wszczepiane bezpośrednio do serca pacjenta przy użyciu minimalnie inwazyjnej procedury, niewymagającej znieczulenia ogólnego. „Nowy system do stymulacji to nie jedna, ale dwie kapsułki o wielkości mniejszej niż bateria AAA. Po zaimplantowaniu i aktywacji stymulatory-kapsułki komunikują się ze sobą niskonapięciowymi impulsami w sposób zbliżony do alfabetu Morse’a. Dzięki temu możliwa jest nie tylko stała stymulacja serca, ale także jednoczesna właściwa synchronizacja między pracą prawego przedsionka i prawej komory serca pacjenta” – tłumaczy prof. Przemysław Mitkowski, kierownik Pracowni Elektroterapii Serca w Szpitalu Klinicznym Przemienienia Pańskiego w Poznaniu.

– na podst. PAP / naukawpolsce.pl

NIK o łamaniu praw pacjenta

Jedna trzecia kontrolowanych szpitali nie zapewnia pacjentom godnych warunków pobytu – wynika z pierwszego raportu NIK poświęconego przestrzeganiu praw pacjenta w polskich placówkach medycznych. Tyle samo nierzetelnie prowadzi monitoring skuteczności leczenia bólu. W prawie połowie szpitali nie analizuje się stanu odleżyn pacjentów. Dwie trzecie szpitali nie udostępnia wszystkich wymaganych prawem informacji – m.in. o możliwości zapisania się na listę oczekujących, zasad zapisów czy udogodnień dla osób z niepełnosprawnością. Szpitale nie respektują również (5 na 18 kontrolowanych) praw

pacjenta do godności i intymności (niedostateczne wyposażenie sal i łazienek), a także naruszają prywatność pacjentów przez nadmierne stosowanie monitoringu wizyjnego. Zdaniem kontrolerów NIK w 35 proc. szpitali pacjenci nie otrzymywali pełnej informacji o zabiegach podwyższonego ryzyka, którym byli poddawani. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczą również rejestrowania zdarzeń niepożądanych oraz niepełnej dokumentacji medycznej w wersji elektronicznej.

Polka w zarządzie FDI

Za nami coroczne posiedzenie Zgromadzenia Ogólnego Światowej Federacji Dentystycznej (Federation Dentaire Internationale, FDI), które tym razem odbyło się w połowie września w tureckim Stambule.

Podczas spotkania podjęto szereg decyzji. Częściowo zmienił się skład ścisłego zarządu FDI (w związku z końcem kadencji niektórych jego członków). Dr Anna Lella (prezes Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej, była wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej, pierwsza i jedyna Polka w zarządzie FDI) została ponownie wybrana na funkcję członka zarządu na kolejne trzy lata. – To doskonała wiadomość dla polskiej stomatologii. Anna Lella swoją pracą i determinacją udowadnia, że polski głos na arenie międzynarodowej ma ogromne znaczenie. Hojnie dzielimy się naszymi osiągnięciami i doświadczeniem na całym świecie – mówi wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej i przewodniczący Komisji Stomatologicznej NRL Paweł Barucha.

Zgromadzenie Ogólne FDI przyjęło też kilka stanowisk. Dotyczą one m.in. wykorzystania sztucznej inteligencji w stomatologii, redukcji spożycia cukru, opieki wczesnodziecięcej, stosowania laserów, a także zdrowia jamy ustnej w kontekście

przewlekłych chorób niezakaźnych. Nowo przyjęte stanowiska zostaną opublikowane w „International Dental Journal”.

– źródło: FDI / NIL

Szczepionka na raka płuc

W Polsce trwa badanie kliniczne, którego celem jest ocena skuteczności pierwszej szczepionki na raka płuca



Pixabay.com

wykorzystującej mRNA. Do badania kwalifikowani są pacjenci z niedrobnokomórkowym rakiem płuca po radykalnym zabiegu operacyjnym. Jeżeli badanie wycinka guza potwierdzi określony stopień klinicznego zaawansowania choroby, pacjent otrzyma chemioterapię uzupełniającą, a tkanka nowotworowa zostanie wysyłana do USA. Tam w laboratorium identyfikowane jest kilkadziesiąt genów, które są odpowiedzialne za rozwój raka płuca u danego pacjenta. Na podstawie tych danych wytwarzane jest szczepionka mRNA dopasowana indywidualnie do każdego chorego. Eksperyment prowadzony jest w Klinice Nowotworów Płuca i Klatki Piersiowej warszawskiego

Narodowego Instytutu Onkologii – PIB. Polska jest jednym z siedmiu krajów – oprócz Wielkiej Brytanii, Niemiec, Węgier, Hiszpanii, Turcji i USA – w których prowadzone jest badanie skuteczności szczepionki mRNA u pacjentów z rakiem płuca.

– na podst. PAP

Kongres matek lekarek

Już 12 października w siedzibie NIL w Warszawie odbędzie się III Ogólnopolski Kongres Matek Lekarek. To spotkanie specjalistów różnych dziedzin medycznych z całej Polski, które łączy dbałość o najwyższe standardy wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry oraz o zdrowie pacjentów, a także swoich najbliższych. W czasie kongresu będzie mowa m.in. o farmakoterapii w ciąży, porożu i laktacji, o profilaktyce próchnicy, e-uzależnieniach czy medycynie podróży. Swój udział w dyskusji o pokonywaniu barier w pracy lekarek zapowiedziała minister Izabela Leszczyna, a także Katarzyna Sójka i Ewa Kopacz. Podczas tego wydarzenia odbędzie się również akcja szczepień przeciwko grypie, będzie także czynne kongresowe przedszkole. Organizatorem kongresu jest Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie, a animatorką przedsięwzięcia – Maria Kłosińska, przewodnicząca Zespołu ds. Matek Lekarek warszawskiej OIL i jednocześnie kierowniczka Działu Komunikacji NIL.

Molestowani przez chorych

Badacze z Londynu przeprowadzili globalną metaanalizę, z której wynika, że niemal połowa lekarzy mogła doświadczyć molestowania seksualnego przez pacjentów. Rezultaty swoich badań opublikowali na łamach „Internal Medicine Journal”.

Metaanaliza 22 badań wykazała, że problem ten dotyczył łącznie 45,29 proc. spośród 19,6 tys. ankietowanych lekarzy różnych specjalności. Częściej molestowania doświadczały kobiety niż mężczyźni. Pod uwagę wzięto badania z siedmiu krajów – Wielkiej Brytanii, Kanady, Australii, USA,

Izraela, Niemiec i Malezji. Największy odsetek molestowanych lekarzy odnotowano w Wielkiej Brytanii, a najmniejszy – w Malezji. Wśród nieakceptowalnych zachowań pacjentów lekarze wymieniali między innymi wygłaszanie uwag o podtekście seksualnym i nieodpowiednich komentarzy na temat narządów płciowych podczas badania fizykalnego, a także opowiadanie erotycznych żartów, zapraszanie na randki, wysyłanie romantycznych wiadomości, niechciany dotyk.

Ataki na włoskich medyków

Pracownicy medyczni na południu Włoch mierzą się z falą przemocy ze strony pacjentów i ich bliskich. Na początku września doszło do kilku groźnych napaści. Lekarze i pielęgniarki apelują o ochronę wojskową.

Jak donosi Euro Weekly News, do jednego z niebezpiecznych incydentów doszło w szpitalu Policlinico w Foggii. Po śmierci 23-letniej dziewczyny, która zmarła podczas operacji, rozżalona rodzina i przyjaciele zaatakowali personel szpitala. W ataku udział wzięło około 50 osób. Lekarze i pielęgniarki w obawie przed napastnikami zabarykadowali się w jednym ze szpitalnych pomieszczeń. Kilka dni później w tym samym szpitalu doszło do kolejnej napaści. 16 września w Foggii odbyła się demonstracja zorganizowana przez stowarzyszenia medyczne Anaao Assomed i Cimo Fesmed. Uczestnicy protestowali przeciw agresji wobec medyków.

– na podst. euroweeklynews.com / Anaao Assomed / Cimo Fesmed

Europejski egzamin z psychiatrii

28 lutego 2025 r. po raz pierwszy w historii odbędzie się europejski egzamin z psychiatrii (European Board Exam in Psychiatry). Będzie to pisemny test wiedzy, przeprowadzony online w języku angielskim – informuje Europejskie

Towarzystwo Psychiatryczne (European Psychiatric Association, EPA).

Nad stworzeniem egzaminu pracowały EPA, Europejska Federacja Lekarzy Szkolących się w Dziedzinie Psychiatrii (EFPT) oraz Sekcja Psychiatrii Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów (UEMS-PS). Egzamin jest dobrowolny i służy dodatkowemu potwierdzeniu posiadanych kwalifikacji zawodowych. Jak podaje Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, w Europie już 34 specjalizacje medyczne organizują swoje egzaminy europejskie, m.in. okulistyka, anestezjologia, radiologia i gastroenterologia.

– EPA / SUM

Niepokojące dane o cholercie

Na początku września Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) opublikowała globalne statystyki za 2023 r. dotyczące zachorowań na cholercę. Wynika z nich, że wzrosła zarówno zapadalność na tę chorobę, jak i liczba zgonów nią spowodowanych.

W 2023 r. odnotowano na świecie ponad 535 tys. potwierdzonych przypadków zachorowań na cholercę i ponad 4 tys. zgonów w 45 krajach (na 103 kraje raportujące). W porównaniu z rokiem 2022 zachorowalność wzrosła o 13 proc., a umieralność aż o 71 proc. O 32 proc. spadła liczba przypadków zachorowań w krajach Bliskiego Wschodu i azjatyckich, z kolei w Afryce nastąpił wzrost o 125 proc. Przypatrując się tym danym, trzeba mieć na uwadze, że to pierwszy rok, w którym wiele krajów zgłosiło zgony z powodu cholery, które miały miejsce poza placówkami ochrony zdrowia, znane jako „zgony w społeczności”. Należy też zaznaczyć, że statystyki publikowane przez WHO dotyczą wyłącznie zgłoszonych przypadków zachorowań. Według szacunkowych danych na cholercę może rocznie chorować nawet kilka milionów ludzi na całym świecie. Choroba ta jest wywoływana przez przecinkowce cholery. Rezerwuarem zarazków jest człowiek. Jedynie u ok. 1 proc. chorych dochodzi do bardzo ciężkich powikłań.

– źródło: WHO, GIS

Czysta nienawiść

PIOTR KOŚCIELNIAK
REDAKTOR NACZELNY



Stany Zjednoczone, Wielka Brytania, Australia, Włochy, Indie, Chiny – hejt wobec lekarzy funkcjonuje na całym świecie i wcale nie jest tylko polską specyfiką. W niektórych krajach (np. Indie) aż trzy czwarte lekarzy zgłasza werbalną, a niekiedy również fizyczną agresję. W Chinach według danych organizacji zrzeszającej lekarzy 60 proc. pracowników opieki medycznej zostało obrażonych słownie, a 13 proc. pobitych przez pacjentów lub ich rodziny.

Powie ktoś: inne zwyczaje, inny temperament. W USA 47 proc. lekarzy oddziałów ratunkowych zostało zaatakowanych fizycznie. W Wielkiej Brytanii lekarze skarżą się na molestowanie seksualne, a we Włoszech do obrony obleganego przez wściekłych pacjentów szpitala władze musiały użyć wojska.

Ale polskie doświadczenie jest nieco inne. W skrócie: mniej seksu i wojska, a więcej czystej nienawiści. Repertuar jest dość szeroki: od przypisywania lekarzom pazerności, przez szemrane kontakty (i kontrakty) z firmami farmaceutycznymi, po oskarżenia o obojętność wobec cierpienia pacjenta i – najdelikatniej mówiąc – niespecjalną chęć do pracy.

Z czego wynika ta postawa pacjentów? Moim zdaniem to efekt „doświadczenia korytarzowego”, budowanego przez lata

funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. Właściwie co innego ma myśleć pacjent, który na niewygodnym krzeselku czeka pół dnia na umówioną trzy miesiące wcześniej wizytę u specjalisty? Co ma zobaczyć, skoro przez większą część tej wizyty lekarz wypełnia jakieś dokumenty? Jak ma zaufać szczerpionce czy przepisany lekom, skoro doktor nie ma czasu, aby rozwiać jego wątpliwości, bo na pacjenta ma zakontraktowane 10 minut? I wreszcie, jak ma ocenić jakość świadczeń medycznych, skoro co chwilę potyka się o problemy z rejestracją, kolejkami, przemęczonym personelem medycznym i – jak nam się to właśnie szykuje – z odwoływaniem zabiegów, bo szpitale nie dostaną od NFZ wypłat.

W ten sposób system skłóca lekarzy i chorych. Rozwścieczeni pacjenci nie wyładują przecież swojej frustracji na papierze, na którym są wydrukowane rozporządzenia. Nie nakręcą na grafik dyżurów i nie nawymyślają jednostkom rozliczeniowym NFZ. Jedynymi, którzy po stronie systemu mają twarz i których można o wszystko obwinąć, są właśnie lekarze. ●

Ratowanie życia ludzkiego stało się powodem do lęku, który zakorzenia się w niejednym lekarzu mocniej niż przysięga Hipokratesa. Wszystko dlatego że nienawiść staje się głośniejsza od wdzięczności za uratowanie życia czy zdrowia. Lekarze, zamiast koncentrować się na tym, co do nich należy, coraz częściej muszą odpierać ataki słowne, w tym krytykę. To smutna rzeczywistość polskiego systemu ochrony zdrowia.

Rozwój informatyki, nowych technologii i sztucznej inteligencji przyczynił się do ogromnego postępu w medycynie, w wielu placówkach medycznych pojawiły się roboty Da Vinci i inne sprzęty, o których lekarze i pacjenci żyjący 100 lat temu, w czasach prof. Wilczura z powieści „Znachor” Tadeusza Dołęgi-Mostowicza, mogli tylko marzyć. Jest też druga strona medalu: zmiany pociągnęły za sobą rozwój social mediów, które stały się platformami do nawiązywania kontaktów towarzyskich, przekazywania wiedzy, ale także to szerzenia dezinformacji i wylewania frustracji oraz nienawiści, co w ostatnich latach przyczyniło się do nasilenia zjawiska hejtu.

HEJT INICJUJĄ POLITYCY

Atmosferę niechęci wobec personelu medycznego podsycają co jakiś czas parlamentarzyści. Słynne słowa Ludwika Dorna: „Pokaż lekarzu, co masz w garażu”, które wypowiedział w 2007 r. niby oficjalnie w ramach walki z korupcją wśród lekarzy, pobrzmiwają do dziś. Ostatnio oliwy do ognia dołączy Przemysław Witek, poseł KO, odnosząc się na antenie Polskiego Radia do pytania o to, czy koalicja rządowa zmieni zasady naliczania składki zdrowotnej dla przedsiębiorców. Powiedział: „Uważam, że każdą pulę pieniędzy, którą wrzucimy do systemu, czy będzie to 10, 20 czy 100 miliardów, zjedzą lekarze. Niech się lekarze na mnie nie obrażają. Dotychczas każda próba korygowania reformy służby zdrowia kończyła się tym, że zjadał to biały personel – w tym głównie lekarze”.

Poseł Witek dał w ten sposób powód do komentowania zarobków lekarzy i wylewania się fali hejtu.

CORAZ WIĘCEJ AKTÓW

Nie tylko politycy mają swój udział w nagonce na lekarzy. Hejt towarzyszy medykom stale. Doświadczyła go ze strony pacjentów prawie połowa badanych lekarzy w 2021 r. (o 27 proc. więcej niż w 2020 r.). Wynika tak z raportu

TEMAT NUMERU

Hejt wobec lekarzy

KATARZYNA NOWOSIELSKA
PSYCHOTERAPEUTKA ORAZ MEDIATOR SĄDOWY

Nienawiść wobec medyków tak w świecie wirtualnym, jak i realnym przybiera na sile od czasów pandemii COVID-19. Przepracowani lekarze, często niesłusznie oskarżani o nierzetelne wykonywanie zawodu, obawiają się ataków na swoje życie czy bliskich. Nic więc dziwnego, że coraz częściej decydują się walczyć o ochronę dobrego imienia w sądzie.

„Ostatni zgasi światło. Nastroje polskich lekarzy w postpandemicznej rzeczywistości” opracowanego przez Centrum Polityk Publicznych Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie na próbie 2144 osób. Medycy wskazywali w badaniu, iż najczęstszą formą niechęci wobec nich są obelgi, wyzwiska, niszczenie mienia, a nawet napaści. Lekarze deklarowali nawet, że mają trudności z zapisaniem dzieci do szkół i przedszkoli. Hejtu doświadczyli również rezydenci – wskazało tak 61 proc. z nich.

Do nasilenia zjawiska hejtu przyczyniła się pandemia COVID-19, wprowadzone lockdowny i atmosfera wokół szczepień. – Do dziś oskarża się nas o to, że inspirowaliśmy wówczas rząd do zamykania lasów czy parków. To jest bardzo jednostronne myślenie. Za to, że chodziłem w czasie pandemii do mediów, edukowałem, jak zapobiegać zachorowaniu, jak sobie poradzić, gdy człowiek się już zaraził, i dlaczego warto się szczepić, spotkała mnie ogromna fala nienawiści. Wypisywanie o mnie szkalujących komentarzy w social mediach sprawiło, że musiałem usunąć konto na Twitterze, czyli obecnym X. Z tym sobie jakoś poradziłem – wskazuje Michał Sutkowski, prezes Kolegium Lekarzy Rodzinnych. Dodaje, że napaściom osobistym, których doświadczał, ciężko było zaradzić: – Przecięto mi opony w samochodzie, grożono, mailem wysyłano pogrożki. Wszcząłem przeciwko tym osobom sprawy karne, toczą się one cały czas. Na razie efektów nie widać.

Doktor Sutkowski przyznaje, że nie rozumie, dlaczego fakt, że lekarz



Tys.: Michał Trusz

chce zarabiać pieniądze za wykonywaną pracę, budzi zdziwienie w społeczeństwie.

PORONIŁA PRZEZ STRES

Hejt, który nasilił się podczas pandemii, był wielowymiarowy. Nie dotyczył wyłącznie ataków słownych w internecie, w grę wchodziło

◀ Pacjentom wydaje się, że napisanie komentarza, w którym obrzucają lekarza inwektywami, jest realizacją wolności słowa

realne zagrożenie fizyczne. Miało to negatywny wpływ na samopoczucie i pracę lekarzy, w niektórych przypadkach skutkowało nawet decyzją o odejściu z zawodu.

Ofiarą padła dr Anna Wardega, psychiatra. Po wizycie jednej z pacjentek doświadczyła zmasowanego szaklowania jej osoby w internecie. Niezadowolona z usługi lekarki pacjentka opublikowała post na Facebooku, który udostępniono kilka tysięcy razy. Następnie pojawiły się hejterskie wobec lekarki komentarze na jej profilu zawodowym w Google. Psychiatra musiała wziąć zwolnienie z pracy i wyłączyć się na jakiś czas z pełnienia obowiązków zawodowych.

Podobny los spotkał dr. Bartosza Fiałka, młodego lekarza działającego w Ogólnopolskim Związku Zawodowym Lekarzy. Namawiał na Facebooku i Twitterze do szczepienia się przeciwko COVID-19. W zamian za to dostawał obraźliwe komentarze. Niektóre z nich udostępniał. Część była jednak tak wulgarna, że nie nadawała się do publikacji.

Bolesne skutki ataku antyszczepionkowca odczuła w 2021 r. dr Jadwiga Kłapa-Zarecka, lekarka rodzinna. Pewnego dnia do jej gabinetu wtargnęła pacjentka i przez 50 minut krzyczała na lekarke, wyzywając ją od morderców

HEJT JEST WŚRÓD NAS OD DAWNA

Hejt nie jest zjawiskiem nowym ani wymysłem współczesnego świata. Kiedyś nie było mediów, social mediów, a mimo to ludzie przepelnieni nienawiścią czy zawiścią znajdowali drogi dotarcia do swoich ofiar. Przykładem jest historia z Wielkiej Brytanii z okresu II wojny światowej. Max Hastings, autor książki „Bomber Command”, opisał w niej naloty dywanowe na niemieckie miasta. W wyniku ataków zginęły steki tysięcy cywili. Najczęściej kobiet, dzieci, seniorów. Mężczyźni zostali wszak zawezwani do służby w Wehrmachcie i byli na froncie. W nalocie na Frankfurt jesienią 1943 r. jedna z bomb przebiła dach szpitala dziecięcego przy Gagerstrasse. Ładunek eksplodował w piwnicy, w której schronili się ludzie. Zginęło 14 siostr, lekarza i 9 dzieci.

Najsłynniejszą postacią ruchu antybombowego była Vera Brittain, autorka głośnej książki o nalotach „Seeds of Chaos” (Ziarna chaosu). Apelowała o wstrzymanie bombardowań, alarmując, iż giną w nich także brytyjscy piloci i niemieccy cywile. Padła za to ofiarą kampanii nienawiści. Oskarżano ją o brak patriotyzmu i zdradę. Szydźli z niej dziennikarze. Codziennie do jej skrzynki pocztowej trafiała ogromna liczna listów z obelgami i pogroźkami. W jednej z kopert znalazła nawet... psie odchody.

Dziś cegiełkę do nośności hejtu dokładają media i newsy podawane w internecie czy telewizji. Zwykle odbiorca widzi informację z wydźwiękiem oskarżycielskim wobec lekarza bez tła całej sytuacji. Dlatego tak ważna jest rola mediów w czyszczeniu atmosfery nienawiści.

i porównując do dr. Mengele. Po tym incydencie dr Kłapa-Zarecka przyjmowała jeszcze w gabinecie. Nieco później poroniła, straciła ciążę.

Pandemia niewątpliwie wzmogła ruch antyszczepionkowców, którzy nie

tylko agitowali społeczeństwo do nieprzyjmowania szczepionki przeciwko koronawirusowi, ale także podburzali rodziców. Namawiali ich do rezygnacji ze szczepienia dzieci preparatami wynikającymi z kalendarza szczepień ochronnych.

POZORNY SUKCES ANTYSZCZEPIONKOWCÓW

Efekty ruchów antyszczepionkowych i hejtu na lekarzy widać gołym okiem. Z danych zebranych do lipca 2024 r. wynika, że na krztusiec zachorowało 8600 osób. To prawie 18-krotnie więcej niż w pierwszym półroczu 2023 r. Co więcej, od stycznia do lipca 2024 r. odnotowano 246 przypadków zachorowań na odrę. W całym 2023 r. było zaś 36 potwierdzonych przypadków tej choroby. Jeszcze bardziej niepokojące są dane o zachorowalności na ospę wietrzną. W 2022 r. zarejestrowano 172 tys. przypadków, podczas gdy rok wcześniej 58 tys. przypadków.

Nie tylko promocja szczepień czy lockdown są powodem hejtu na lekarzy. Skupia się na nich także nienawiść za niedomagający system ochrony zdrowia, w którym zmorą dla pacjenta są kolejki do specjalistów czy przepełnione SOR-y.

„Takich lekarzy trzeba unicestwić. Niech się boją o siebie i bliskich. Ludzie skrzywdzeni będą się mścili, i to okrutnie. Innego wyjścia nie ma. Wolę siedzieć w więzieniu na koszt podatnika, wiedząc, że gość, który rozwalił swoim działaniem lub jego brakiem rodzinę, po prostu nie żyje”. Inny przykład: „Dawać im podwyżki, a za co? Za to, że ludzie uśmiercają? Wielkie mi hrabiostwo. Wielki pan doktor z pretensjami zejdzie i obejrzy pacjenta, bo zbadaniem tego, co oni robią, nazwać nie można. Wstyd! Ludzie umierają, a oni nie ponoszą żadnych konsekwencji”. To komentarze internautów, które pojawiły się w 2019 r. pod artykułem na www.wirtualnapolska.pl opisującym sytuację w szpitalu w Zawierciu. Na szpitalny oddział ratunkowy tamtejszej lecznicy trafiła młoda kobieta w ciąży. Miała rzekomo czekać za długo na pomoc lekarską i dostała udaru. Czytający artykuł dali temu wyraz na forum internetowym, wylewając wszelkie żale, pretensje i wszystko, co myśleli o lekarzach.

Obecnie wiele portali informacyjnych rezygnuje z możliwości komentowania pod tekstami. Redakcje

i moderatorzy doszli do wniosku, że z komentarzy nic nie wynika, a można się w nich natknąć na podżeganie do popełnienia przestępstwa.

ROBIĄ ZASIĘGI W SOCIAL MEDIACH

Komentowanie ma się za to dobrze na YouTube, X, Instagramie czy Facebooku. Trudno się spodziewać, aby właściciele tych platform czy prowadzący poszczególne konta zrezygnowali z możliwości dodawania komentarzy. Im więcej się ich bowiem pojawia, tym dalej post czy film idzie w świat. Nie służy to jednak lekarzom. Czują się bezsilni wobec morza negatywnych komentarzy, które są publikowane w social mediach. Nie tylko zresztą tam. Znanylekarz.pl jest także miejscem do zamieszczania negatywnych komentarzy, z którymi nie za bardzo da się cokolwiek zrobić.

– Pacjenci lepiej oceniają lekarza, jeśli jest uprzejmy i życzliwy. W serwisach typu znanylekarz.pl negatywne oceny w większości dotyczą sytuacji, gdy lekarz wydał się pacjentowi oschły, wycofany, mało zainteresowany. Opinie te mogą być zupełnie nieprawdziwe i lekarz nie może z tym nic zrobić. Pamiętam sytuację, gdy opiswane zdarzenie po prostu się nie wydarzyło, ale przecież nikt tego nie zweryfikuje. Napisałam do portalu z prośbą o usunięcie opinii. Tyle że w takiej sytuacji jest słowo przeciw słowu, a poza tym nie mam prawa ujawnić żadnych szczegółów dotyczących wizyty czy pacjenta. Obowiązuje mnie tajemnica lekarska. Portal oczywiście odmówił usunięcia opinii – opowiada dr Magdalena Flaga-Łuczkiwicz, psychiatra. Zaznacza, że lekarze mają w takich sytuacjach związane ręce.

– To trudne doświadczenie dla lekarza, gdy zostaje „obsmarowany” w internecie. Lekarz mający nawet świadomość, że w niczym nie zawinił, starał się jak mógł, aby zaopiekować się dobrze pacjentem, czytając negatywne komentarze na swój temat, może czuć złość i lęk. Może też obawiać się kompromitacji, utraty dobrej reputacji. Znane są przypadki, gdy jeden pacjent nawoływał inne osoby na zamkniętych forach do zmasowanych ataków negatywnymi opiniami w ramach osobistej zemsty na lekarzu – mówi dr Flaga-Łuczkiwicz.

Ataki na lekarzy w przestrzeni publicznej i wirtualnej wzbudzają w lekarzach trudne do uniesienia uczucia i stres. Dlatego dobrze, by każdy lekarz doświadczający hejtu zdawał sobie sprawę, że nie jest on zazwyczaj skierowany w jego stronę. Hejt obnaża problemy, lęki i frustracje osób piszących komentarze. W social mediach łatwo się daje wyraz emocjom. Użytkownicy platform piszą słowa przepełnione frustracją, zawiścią czy agresją. W realnym świecie nie byłoby często w stanie powiedzieć tego samego lekarzowi. W internecie rozładują emocje.

NIESZCZĘŚCIE DZISIEJSZYCH CZASÓW

– Jest to jedno z największych nieszczęść naszych czasów. Pozwolenie na to, aby obraźliwe komentarze były wypisywane, funkcjonowały w przestrzeni publicznej, to legitymizacja nienawiści. Hejt jest aktem nienawiści. Osoba, która go dokonuje, w pierwszej kolejności niszczy siebie – wskazuje Bogdan de Barbaro, profesor nauk medycznych, psychiatra i psychoterapeuta. Zaleca lekarzom, aby w ramach dbania o zdrowie psychiczne nie czytali komentarzy na swój temat w social mediach.

O ile jednak w internecie można unikać czytania obraźliwych komentarzy na swój temat, o tyle trudniej o to w gabinecie. Zmęczonemu, przepracowanemu lekarzowi, który przyjmuje w danym dniu np. już piętnastego pacjenta, może być czasem ciężko poradzić sobie z aktem nienawiści.

– Warto być świadomym, że dziś agresja może nas spotkać za wszystko. Nawet za to, że przed przychodnią czy szpitalem nie było miejsca do zaparkowania. Przez to w pacjencie narodziła się złość, którą zanieś do gabinetu. A jak trafi na lekarza przeciążonego pracą, może nie być dla niego miły. Powinniśmy jako lekarze być uczeni rozumienia emocjonalnej dynamiki relacji z pacjentem. Tego, co na nią wpływa, i tego, jak deeskalować agresję. Zdecydowanie pomogłoby to w takich sytuacjach – zaznacza dr Flaga-Łuczkiwicz.

POMAGAJĄ GRUPY BALINTA

Warszawska Okręgowa Izba Lekarska prowadzi np. grupy Balinta, podczas których psychologowie, terapeuci i psychiatry uczą, jak radzić sobie z agresją w gabinecie. Choćby przez postaranie się, aby empatycznie wejść w perspektywę pacjenta i spróbować odzwierciedlić jego uczucia, a tym samym ostudzić jego emocje. Na zasadzie „Rozumiem, że pan/pani jest zła, bo coś się wydarzyło przed chwilą, ale jeśli będzie pan/pani na mnie krzyczeć, to nie będę w stanie pomóc, nie wykonam swojego zadania”.

Każdy pacjent przychodzi ze swoimi emocjami. Lekarz też jest człowiekiem i również ma emocje. Ważne, by jako profesjonalista i specjalista nabył umiejętność ich studzenia u swoich podopiecznych. Bo gdy medyk dostroi się do tonu, skali głosu i sposobu wypowiedzi pacjenta, oboje zaczną krzyczeć, a to rodzi ryzyko zaistnienia przemocy fizycznej.

Problemy, o których piszę, dostrzeżono już 70 lat temu w Wielkiej Brytanii. To wówczas w Londynie Michael Balint i jego trzecia żona Enid zaczęły organizować spotkania dla koleżeństwa. Początkowo dla lekarzy ogólnych. Miały one na celu uświadomienie lekarzom psychologicznych aspektów problemów ich pacjentów oraz umożliwienie im przyjrzenia się psychologicznej stronie kontaktu z pacjentem. Dziś metoda ta, od lat stosowana w wielu miejscach na świecie, pomaga lekarzom i przedstawicielom innych zawodów „pomocowych” w radzeniu sobie z zawodowym stresem. Zapobiega również wypaleniu zawodowemu. Celem działania grup jest to, aby osoby uczestniczące w spotkaniach czuły się mniej sfrustrowane, spokojniej reagowały w trudnych sytuacjach. Ważne jest też to, aby przeżywały mniej nieprzyjemnych emocji, by łatwiej im było się zrelaksować i zachować równowagę między życiem zawodowym i prywatnym, by odczuwały satysfakcję z własnej pracy.

PROCESY O ZNIESŁAWIENIE

Stosowanie technik komunikacyjnych i mediacyjnych to jeden ze sposobów obrony przed agresją. Gdy jednak już do niej dojdzie, a lekarz czuje się niewinny, może rozważyć drogę prawną. Komentujący w sieci nie są bowiem anonimowi. To mylne przekonanie, że siedząc we własnym domu, we własnym fotelu przed laptopem czy telefonem, można pisać, co się tylko podoba. Policja może łatwo namierzyć IP komputera i zidentyfikować autora niewybrednych komentarzy.

Nic dziwnego, że coraz więcej medyków decyduje się bronić swojego dobrego imienia i występuje na drogę prawną. – Bardzo wielu lekarzy zgłasza się do nas z prośbą o reprezentowanie ich w tego typu procesach. Najczęściej wytaczają sprawy karne z oskarżenia prywatnego, z art. 212 i 216 Kodeksu karnego, traktujących odpowiednio o zniesławieniu

i znieważaniu. Lekarzom zazwyczaj nie chodzi o uzyskanie rekompensaty finansowej od hejtera, ale obronę dobrego imienia – wskazuje Aleksandra Powierża, radca prawny z Kancelarii Podsiadły&Powierża.

Artykuł 212 Kodeksu karnego mówi: „Kto pomawia inną osobę, grupę osób, instytucję, osobę prawną lub jednostkę organizacyjną niemającą osobowości prawnej o takie postępowanie lub właściwości, które mogą poniżyć ją w opinii publicznej lub narazić na utratę zaufania potrzebnego dla danego stanowiska, zawodu lub rodzaju działalności, podlega grzywnie albo karze ograniczenia wolności. Jeżeli sprawca dopuszcza się czynu określonego w paragrafie 1 za pomocą środków masowego komunikowania, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku”.

Pacjentom wydaje się, że napisanie komentarza, w który obrzuca się lekarza inwektywami i wysuwa oskarżenia, jest realizacją prawa do wolności słowa. – Czym innym jest jednak prawo pacjenta do oceny i opinii o usłudze lekarza, a czym innym wpis hejterski, pełen inwektyw i wulgaryzmów. Ten ostatni jest zniesławieniem. Największym jednak problemem lekarzy, utrudniającym odniesienie się do tej niesprawiedliwości w internecie czy w rzeczywistości, jest tajemnica lekarska. Dobrze, że ona jest, ale uniemożliwia bezpośrednio odparcie ataku – wskazuje mecenas Powierża.

OCHRONA DÓBR OSOBISTYCH

Lekarz, który czuje się niesprawiedliwie potraktowany przez pacjenta czy znieważony, ma jeszcze drogę cywilną. Do sądu można złożyć pozew o naruszenie dóbr osobistych, tj. godności czy czci, i walczyć jednocześnie o uzyskanie odszkodowania. Sądy karne bardzo nie lubią rozpatrywać spraw z art. 212 Kodeksu karnego, w efekcie często trafiają one właśnie do sądów cywilnych. Adam Bodnar, minister sprawiedliwości, zapowiada nawet zniesienie art. 212 Kodeksu karnego. Dzięki temu wszystko mogłoby się przenieść do sądów cywilnych.

Na razie w sądach karnych wyroki zapadają. W jednej z głośnych spraw została ukarana Justyna Socha, znana ze swojego sprzeciwu wobec

szczepień i szczepionek. Działaczkę organizacji STOP NOP poznański Sąd Okręgowy skazał prawomocnie za zniesławienie dr. Pawła Grzesiowskiego. Nałożono na nią karę grzywny w wysokości 2 tys. zł oraz obowiązek zapłaty 5 tys. zł na rzecz jednego ze szpitali dziecięcych. Sprawa ciągnęła się od 2016 r. Wtedy to Paweł Grzesiowski złożył pozew. Chodziło o petycję skierowaną do premiera, w której Stowarzyszenie STOP NOP domagało się ujawnienia powiązań z firmami farmaceutycznymi osób decydujących o systemie szczepień oraz odpowiedzialnych za refundację leków w Polsce. W petycji padły nazwiska, m.in. Pawła Grzesiowskiego, który był członkiem Zespołu Ekspertów do spraw Programu Szczepień Ochronnych przy Ministerstwie Zdrowia.

Głośna była także sprawa lekarki wytoczona portalowi znanylekarz.pl. Wiosną 2023 r. Sąd Okręgowy w Warszawie przyznał jej zadośćuczynienie od serwisu. Sprawę ujawniła Okręgowa Izba w Warszawie, przytaczając sentencję wyroku sądu, z której wynikało, iż przepisy prawa jednoznacznie nakładają na portal internetowy ciężar udowodnienia prawdziwości negatywnego komentarza. Sąd podkreślił, że z uwagi na fakt, że ZnanyLekarz.pl tego nie uczynił, przeciwnie, uwierzył jedynie w oświadczenie autora krzywdzącego wpisu, został uznany za odpowiedzialnego naruszenia dóbr osobistych lekarki, pod której adresem wpis był skierowany. Sąd podkreślił, że jeśli osoba, której dobra osobiste są naruszane, zgłosi to dostawcy usługi internetowej, musi on od tego momentu udowodnić, że komentarz jest prawdziwy, albo go zablokować.

POMOC U RZECZNIKA PRAW LEKARZA

W sprawy dotyczące naruszenia dóbr osobistych czy zniesławienia lekarzy angażują się także rzecznicy praw lekarza. W 2022 r. Monika Potocka, rzecznik praw lekarza OIL w Warszawie, zawiadomiła prokuraturę rejonową o możliwym zniesławieniu jednego z warszawskich lekarzy.

Sprawa dotyczyła zniesławiania lekarzy należących do OIL w Warszawie, którzy zgłosili się do rzecznika praw lekarza. Chodziło o to, że za pośrednictwem mediów społecznościowych użytkownik ukryty pod tzw. nickiem zamieścił post zawierający wulgarnie słownictwo, oskarżając medyków o nieprawidłowy sposób udzielania świadczeń zdrowotnych. Jednocześnie poniżył lekarzy w opinii publicznej i naraził ich na utratę zaufania potrzebnego do wykonywania zawodu.

DR PAWEŁ KAŹMIERCZYK,
SENIOR ASSOCIATE
W DEPARTAMENCIE
KORPORACYJNYM KANCELARII
RYMARZ ZDORT MARUTA
ORAZ CZŁONEK PRAKTYKI LIFE
SCIENCES



foto: archiwum prywatne

Wzrasta świadomość krzywd

Coraz większym problemem polskiego systemu ochrony zdrowia jest tzw. hejt w internecie, z którym muszą sobie radzić pracownicy medyczni, głównie lekarze.

W świetle jednego z niedawnych badań jest to jeden z głównych czynników, który skłania młodych lekarzy do pracy za granicą. O ile przekraczający granice krytyki, nienawistny komentarz, bardzo łatwo napisać i opublikować, trudniej z nim skutecznie walczyć. Co może zrobić lekarz, który został w ten sposób zaatakowany?

W pierwszej kolejności warto zgłosić taki przypadek administratorowi portalu, na którym wpis został opublikowany. Publikowanie treści o takim charakterze jest niezgodne z regulaminami większości forów i innych mediów społecznościowych. W świetle art. 14 ustawy o świadczeniu usług drogą elektroniczną, właściciel portalu społecznościowego w przypadku zawiadomienia go o hejcie, powinien niezwłocznie zablokować naruszające prawo treści. Jeżeli tego nie zrobi, może ponosić odpowiedzialność za spowodowaną przez hejterskie wpisy szkodę. To potencjalnie najszybsza ścieżka do zablokowania godzących w dobre imię lekarza komentarzy.

Lekarz może też podjąć działania prawne wymierzone bezpośrednio przeciw autorowi hejtu. Obrażliwy, nienawistny komentarz, godzić będzie

w dobro osobiste w postaci dobrego imienia czy wizerunku lekarza, które podlega ochronie cywilnoprawnej. Lekarz może żądać m.in. usunięcia wpisu oraz zadośćuczynienia pieniężnego lub zapłaty określonej sumy pieniężnej na wskazany cel społeczny. Komentarze, które mogą poniżyć lekarza w opinii publicznej lub narazić na utratę zaufania pacjentów, spełniają też przesłanki przestępstwa zniesławienia – jako takie mogą być zgłaszane do organów ścigania.

Cennym wsparciem merytorycznym i organizacyjnym dla lekarzy mogą być rzecznicy praw lekarza działający w okręgowych izbach lekarskich, którzy pomagają m.in. w walce z internetowym hejtem.

Choć jeszcze stosunkowo niedawno hejt był nowym zjawiskiem, w ostatnich latach znacząco wzrosła świadomość krzywd, które może wyrządzić, co wpływa m.in. na praktykę stosowania prawa. W ubiegłym roku został wydany ważny wyrok przyznający lekarce zadośćuczynienie od jednego z portali, który nie usunął hejterskiego wpisu. Kilka miesięcy wcześniej sąd w postępowaniu karnym uznał winę internautów, którzy wyzywali lekarzy i grozili im śmiercią.

Zgodnie z polskim prawem zniesławienie ścigane jest z oskarżenia prywatnego. Prokuratura, uznając jednak interes społeczny, wynikający m.in. z wagi naruszenia dóbr oraz faktu, że sprawca nie został ustalony, a pokrzywdzeni lekarze nie mają realnej możliwości ustalenia jego danych personalnych, postanowiła objąć ten czyn ściganiem z urzędu.

Sama Monika Potocka pisała wówczas na stronie internetowej OIL, że

internet dziś dla wielu pacjentów jest platformą zdobywania wiedzy i opinii o lekarzach, i zapewnianych przez nich usługach medycznych. W jej ocenie, niestety nie każdy ma odwagę podzielić się swoją opinią w sposób rzetelny, ale niekiedy – ukrywając się pod wymyśloną nazwą – szkaluje dobre imię lekarzy. Przynosi to szkodę nie tylko tym ostatnim, ale także potencjalnym pacjentom, którzy zrezygnują z pomocy medycznej. ●

TEMAT NUMERU

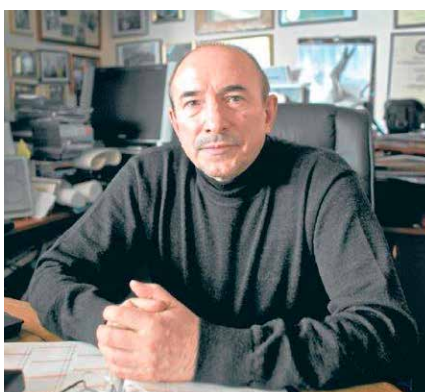
Jak postępować z trudnym pacjentem

Prawdziwy profesjonalista w sztuce lekarskiej powinien się cieszyć, jeśli pacjent na początku otwiera się ze swoim napięciem, złością, rozczarowaniem. Taka radość zdarza się jednak rzadko – mówi psycholog **dr Leszek Mellibruda** w rozmowie z Sławomirem Zagórskim.

Wchodzi pacjent do gabinetu i zanim jeszcze otworzy usta, widać, że nie będzie to łatwa konsultacja. Jak powinien zachować się lekarz?

Zanim zdążą paść pierwsze słowa, działa już język pozawerbalny, czyli coś, co tworzy pierwsze wrażenie. Z licznych badań wiemy, że ludzie zaczynają się komunikować w momencie, w którym się zobaczą. Nasz wzrok jest bowiem potężnym narzędziem, którym posługuje się mózg, analizując otoczenie. I dlatego zarówno lekarz, jak i pacjent już w momencie otwarcia drzwi odnoszą pierwsze wrażenie, mają pierwsze skojarzenia. One wpływają w pewnym stopniu, a czasami w dużym, na dalszy przebieg spotkania. Jeżeli ktoś np. ma pewne uprzedzenia i lekarz z wąsami albo bez okularów kojarzy mu się z jakimś nieprzyjemnym doświadczeniem, może od razu źle się nastawić. Podobnie jest z lekarzem. Nieprawdą jest, że w kontaktach profesjonalnych lekarze są neutralni. To złudzenie. Nie ma czegoś takiego, jak neutralność, obojętność dla mózgu. To skróty myślowe. Często więc problemy zaczynają się właśnie od pierwszego wrażenia. Ale to nie najważniejszy element, który wpływa na trudne relacje z pacjentem.

Wyobrażam sobie, że prawdziwy problem pojawia się w trakcie rozmowy. Pacjent może już na wstępie być zdenerwowany, że na wizytę u specjalisty czekał kilka miesięcy, a gdy wreszcie przyszedł jej termin, to i tak odsiedział godzinę w kolejce.



fot.: facebook.com/leszekmellibruda

◀ **Dr Leszek Mellibruda**, prof. Akademii Handlowej Nauk Stosowanych w Radomiu. Psycholog społeczny i kliniczny. Były specjalista krajowy w dziedzinie psychologii klinicznej (przez dwie kadencje). Autor 80 publikacji naukowych i ponad 250 publikacji popularnonaukowych. Konsultant Europejskiego Forum Przedsiębiorczości, ekspert Klubu Integracji Europejskiej.

Prawdziwy profesjonalista w sztuce lekarskiej powinien się cieszyć, jeśli pacjent na początku otwiera się ze swoim napięciem, złością, rozczarowaniem. Niestety, radość, że ma się do czynienia z otwartym pacjentem, niezależnie od tego, czy zachowuje się on w sposób bardziej, czy mniej grzeczny, zdarza się rzadko.

A to ważne, ponieważ w ten sposób lekarz konfrontuje się z czymś, co nie jest ukrywane. Zawsze w takiej sytuacji niecierpliwość zwycięża. Możemy udawać, że jej nie czujemy, nie wyrażamy, ale ona jest obecna.

Z drugiej strony w rytuale przyjęcia pacjenta mieszczą się różnego typu schematyczne zachowania. Właściwie prawie każdy lekarz ma swój schemat pierwszych 30, 60 sekund spotkania z pacjentem. Są tacy, którzy bacznie obserwują wchodzącą

osobę. A są też tacy, którzy utkwia wzrok w monitorze komputera i przez pierwszą minutę w ogóle nie patrzą na pacjenta.

Dodam, że wspomniane pierwsze wrażenie tworzy się w ciągu siedmiu sekund. Ciekawe, że mózg potrzebuje akurat tyle czasu, by przetworzyć to, co zobaczył. Niezależnie od tego, czy coś już usłyszał, czy nie.

Zdziwiło mnie, że to dobrze, że pacjent nie ukrywa na wstępie złych emocji. Wydaje mi się to prosto niegrzeczne. Z drugiej strony wyobrażam sobie, że gdy lekarz przyjmuje 30 zdenerwowanych pacjentów dziennie, dla niego to też jest trudne emocjonalnie.

Ale praktycznie nie zdarza się, że 30 pacjentów będzie się zachowywać tak samo. Natomiast lekarz wie, na co się pisał. Wie, ilu ma pacjentów. A ponieważ jest

profesjonalistą, powinien tak rozpląnować swoją energię, żeby starczyło mu jej na 30, nie na 10 osób.

To, że pacjent już z początku okazuje niezadowolenie, umożliwia profesjonalistom szybkie zbudowanie obrazu psychosomatycznego chorego. W każdej dolegliwości występują bowiem elementy psychologiczne, psychiczne. Ludzie się mniej lub bardziej przejmują, mniej lub bardziej dramatyzują. I lekarz powinien brać to pod uwagę.

Badania nad procesem komunikacji pokazują, że ta przebiega w trzech płaszczyznach. Po pierwsze, zawsze jest jakiś komunikat, zasadnicza treść tego, co ludzie mówią. Po drugie, jest też jakaś postać autoprzedstawienia, kim jestem, jak chcę być przez ciebie widziany. I wreszcie trzecia część każdej komunikacji – jak ja ciebie odbieram.

Rolą lekarza jest umieć rozpoznać te sygnały. Kłopot w tym, że lekarze nie są tego uczeni.

Są też zapracowani. Ich praca jest źle zorganizowana. Na dodatek władze od lat wbijają klin między nich a pacjentów. Ci ostatni uważają, że to lekarze są winni kolejkom, a nie system. Zgodzi się pan, że medykam trudniej się dziś z tego powodu pracuje?

Nie podzielam tej opinii. Właściwie od 2002 r. toczy się dyskusja w mediach na temat pogarszającego się klimatu relacji między pacjentem a lekarzem.

Gdy siedem lat temu na zamówienie jednej z firm farmaceutycznych prowadziłem warsztaty dla ordynatorów oddziałów pediatrycznych z całego kraju, rozmawialiśmy sporo na temat tych relacji, tej atmosfery i tego, co lekarz powinien zrobić. Dodam, że warsztaty odbywały się w związku z prowadzeniem szczepień przeciwko pneumokokom i że miała wówczas miejsce pierwsza fala ruchu antyszczepionkowego.

Pamiętam swoje zdziwienie, gdy większość uczestników warsztatów stwierdziła, iż równie ważnym problemem, jak zachowania antyszczepionkowców, są zachowania lekarzy, którzy przyklaskują, aprobują, a czasami nawet świadomie wzmacniają podstawy nieufności i w pewnym sensie budują pseudonaukowe zręby tego ruchu.

To było naprawdę niezwykle, bo wypłynęło z opinii samych lekarzy praktyków.

Z czego się to wzięło? Po prostu część lekarzy nie umiała sobie poradzić ze skrajnie negatywnym nastawieniem, jakie prezentują antyszczepionkowcy.

Mógłby pan to wyjaśnić?

Niektórzy lekarze starali się przypodobać czy też pozyskać zaufanie pacjentów, ale de facto

Jesteśmy sknerami myślowymi.

Mamy tak skonstruowany mózg,

że myśli są podporządkowane

schematycznym rozwiązaniom, przy których zużywa się mało energii

pogłębiaли nieufność. Pacjenci mogli usłyszeć np., że „nie o wszystkich działaniach ubocznych szczepionki wiemy”. Albo że „zawsze zdarza się jakiś ostatek negatywnych konsekwencji”.

Jeżeli lekarz jest przekonany, że szczepienie powinno się odbyć, ale zorientuje się, że ma do czynienia z nastawieniem negatywnym, powinien rozpoznać, jak bardzo negatywne jest to nastawienie. I spytać nie tylko: „Co pani o tym myśli?”, ale także: „Czego się pani obawia?”, „Czy chodzi o zagrożenie związane z odległymi konsekwencjami szczepienia”? „Czy raczej boi się pani, że dziecko na coś choruje i źle zniesie szczepionkę?”. Tymczasem lekarz najczęściej nie ma czasu na taką rozmowę.

Jeśli zatem jest szansa dotarcia do pacjenta za pomocą racjonalnych argumentów, taką próbę należy podjąć?

Gdy używamy różnego typu argumentów racjonalnych w sytuacji, w której drugą stroną targają emocje, warto przede wszystkim rozumieć, na czym polega różnica między nastawieniem a uprzedzeniem. To ważna podpowiedź, gdy lekarz potrafi

rozpoznać, że nastawienie jest de facto pozytywne, ale głowa, myśli wypełnione są uprzedzeniami pochodzącymi z różnych źródeł.

Ludzie mają skłonność do skrótów, do szybkich rozwiązań. Tak po prostu funkcjonuje nasz mózg. Jesteśmy sknerami myślowymi. I to nie jest nasza zła wola, tylko mamy tak skonstruowany mózg, że myśli są podporządkowane schematycznym rozwiązaniom, przy których zużywa się mało energii. W sytuacji gdy pacjent przeżywa silne emocje, lepiej wycofać się z racjonalnej argumentacji. Skuteczniejszym sposobem jest – i tu znów kłania się sztuka komunikacji – posługiwanie się takimi narzędziami, jak np. mówienie w trybie „ja”, a nie w trybie „ty”. Tryb „ja” to np.: „Bardzo się martwię, że pan tak myśli”. Zaś tryb „ty”: „To, co pan mówi, jest nieprawdą”. Do ludzi zawsze łatwiej trafia argument w trybie „ja”. Zwłaszcza gdy odwołuje się do naszych emocji.

Zalóżmy, że lekarz próbuje cierpliwie wyjaśnić zasadność szczepienia, ale natrafia na zdecydowany opór. Co wtedy?

Jeśli w pierwszych dwóch, trzech minutach zorientujemy się, że mamy do czynienia ze skrajnym przypadkiem, kończymy rozmowę. Ale uwaga! Nie robimy tego w sposób demonstracyjny. Można np. powiedzieć: „Z tego, co pani mówi, sprawa jest o wiele bardziej poważna. Dzisiaj nie możemy się tym zająć. Ale zachęcam panią do dalszej dyskusji z kimś, kto ma inne poglądy i do kogo ma pani zaufanie”.

Jak lekarz powinien postępować z wyszczekowującym pacjentem? Lekarze nie lubią chorych, którzy za dużo wiedzą.

Trzeba przede wszystkim rozróżnić, czy mamy do czynienia z pacjentem zorientowanym, czy z tzw. wielepem. Wielep to taki typ osobowości, który wie lepiej wszystko na każdy temat. Dotyczy to też naturalnie lekarzy. W dobie internetu niektórzy pacjenci naprawdę świetnie się orientują. Wielu lekarzy,

zwłaszcza starszych, wolałoby mieć takich pacjentów, jacy byli 15 lat temu i więcej – nieorientowanych, posłusznych, uległych. Ale dziś mamy do czynienia z innym typem człowieka w gabinecie. Ludzie często chcą skonfrontować swoją wiedzę z wiedzą lekarza. A jeśli dochodzi do sytuacji konfrontacyjnej, lekarz nie zawsze wygrywa, ponieważ podstawowym, powszechnie stosowanym przez niego orężem jest odwołanie się do swojego statusu, doświadczenia, stanowiska.

Dla niektórych pacjentów to wystarczający argument. „Bo skoro tak powiedział pan docent, pan profesor, to jest to prawda”. Ale nie dla wszystkich. Stąd tak bardzo liczą się dziś opinie innych pacjentów. Ludzie, przychodząc do lekarza, wcześniej go googlują, czytają opinie o nim. I to jest rzecz naturalna, trzeba ją zaakceptować.

Jednocześnie lekarz musi być przygotowany, że gdy pacjent będzie chciał skonfrontować z nim swoją wiedzę, będzie to wymagać pięciu minut dodatkowej rozmowy. To niezwykle ważne, bo jeśli lekarz jest niecierpliwy, żyje w pośpiechu i z tyłu głowy ma, że na korytarzu czeka następnych dziesięć osób, sam zaczyna się irytować. Pojawia się zjawisko tzw. infekcji emocjonalnej. Napięcie lekarza będzie infekować, a często intensyfikować, napięcie pacjenta. Ten proces działa również w drugą stronę. Pacjenci zarażają swoim napięciem, szczególnie negatywnymi emocjami, lekarzy. I lekarze starają się w różny sposób przed tym bronić.

To jedna z głównych przyczyn trudności w relacjach z pacjentami, którzy stwarzają różnego typu kłopoty. Ale podkreślam – dla profesjonalisty nie istnieje pojęcie „trudny pacjent”.

Dużo pan oczekuje od lekarza.

To prawda. Oczekuję więcej od lekarza niż od pacjenta. Specyfika tego zawodu polega m.in. na tym, że lekarz obcuje pośrednio lub bezpośrednio ze śmiercią. I to dotyczy zarówno zabiegowców, jak i tych, którzy zajmują się pacjentami po zabiegu.

Mówiąc o tym skrajnym, najważniejszym zagrożeniu, mam na myśli także tzw. proces imaginacyjny, wyobrażeniowy. Lekarze nie chcą dopuścić takiego myślenia, że gdy pacjent nie podporządkuje się jego radom, nie

będzie brał leków, nie podda zabiegowi, to po prostu umrze. Większość lekarzy na tym kończy swoje wyobrażenia, ale nie wszyscy. Są tacy, u których to pozostaje.

Przez 15 lat pracowałem w Klinice Chirurgii Gastroenterologicznej w Krakowie. I niejednokrotnie miałem do czynienia z chirurgami, którzy opowiadali, że w sytuacjach przeciążenia, przemęczenia, nie mogą opętać się przed uporczywymi myślami związanymi z niektórymi pacjentami. Pacjentami, o których wiedzą, że mogliby coś jeszcze wyciąć, coś zrobić, ale nie było możliwości technicznych czy innych. I oni przeżywają wizję śmiertelności oraz tego, że przy sprzyjających okolicznościach można było tego uniknąć. A więc jest pewna grupa lekarzy, która nie potrafi zamknąć swoich doświadczeń, głównie wyobrażeniowo-emocjonalnych.

Dlatego powiedziałbym: lekarzu, zacznij od siebie. Zaakceptuj fakt, że ten zawód rodzi poważne obciążenia psychologiczne. Z tym że nie wolno ci załamywać rąk czy dramatyzować. Ale musisz się nauczyć konstruktywnego, prozdrowotnego sposobu odprężania się. Nie chcę powiedzieć relaksu, bo to zbyt uproszczone i spłaszczone, ale regeneracji. Każdy lekarz powinien mieć własną taktykę regeneracji, i to niejedną.

Byłem niedawno na wernisżu zorganizowanym przez lekarkę. Uczestniczyło w nim kilku innych lekarzy, którzy regenerują się psychicznie przez zajęcia artystyczno-twórcze. I oni wszyscy mówili, że ich praca jest naprawdę obciążająca, jeśli nie podchodzi się do niej w sposób cyniczny. Bo są lekarze, którzy cynicznie liczą, ile zarobią tego dnia i po jakim czasie będą mogli kupić nowe mieszkanie czy dom.

Ale jest także spora liczba takich, którzy przeżywają boleśnie sytuacje z pracy, wśród których są też spotkania z trudnym charakterem i zachowaniem pacjenta. Moi

8 KROKÓW DO ULEPSZANIA RELACJI Z PACJENTEM

1. Rozpoznaj własne, rzeczywiste motywy chęci doskonalenia relacji z pacjentem.
2. Powstrzymaj odruch diagnosty. Nie szukaj odpowiedzi na pytania, skąd się to bierze u pacjenta (takie zachowanie), a koncentruj się na tym, co to zachowanie może znaczyć.
3. Skup się na obserwacji i „równoległym myśleniu”. Z jednej strony reaguj na zachowania pacjenta, z drugiej – stosuj zasady komunikacji w trudnych sytuacjach interpersonalnych (Gdy jest pobudzony, podaj szklankę wody).
4. Nie powtarzaj schematycznego zwrotu „Proszę się uspokoić”. Lepiej powiedz: „Rozumiem pani/pana wzburzenie, za chwilę wrócimy do jego powodów”. Staraj się nie oceniać zachowania wzburzonego pacjenta.
5. Stosuj zasadę odroczenia. „Za chwilę wrócimy do głównego tematu, który panią/pana denerwuje, ale wcześniej proszę powiedzieć, co jest najważniejsze, z czym pani/pan do mnie przychodzi...”
6. Stosuj wizualizację. Narysuj na kartce np. 3 kręgi – najważniejsze wątki i powody wizyty – objawy, nasilenie, dotychczasowe leczenie. Poproś pacjenta o uzupełnienie tych kręgów.
7. Prowadź dalej rozmowę merytoryczną. Gdy pacjent wraca z napięciem do wcześniej wyrażanych emocji, zapytaj, czy ten wybuch mu pomógł. Czy uważa, że tym wybuchem (słowami, złośliwościami, agresywnymi słowami) coś uzyskał. Czekaj na odpowiedź. Nie komentuj, nie oceniaj. Na koniec powiedz „Rozumiem” i przejdź do meritum.
8. Możesz w podsumowaniu zapytać, czy to, co powiedziałeś o leczeniu (lub dalszym postępowaniu) i to, co zapisałeś, jest zrozumiałe i czy pacjent będzie tego przestrzegał.

rozmówcy twierdzili, że formuła, która najbardziej ich wyłącza, a jednocześnie regeneruje, jest sublimacja.

Mamy różne mechanizmy obronne, np. ucieczkę w alkohol, w nałogi. Tymczasem ci, którzy wybrali ścieżkę twórczości, stosują metodę sublimacji. To jest też takie nastawienie, które polega na tym, że w poniedziałek, jak przychodzą do pracy, są radośni i cieszą się, że są wypoczęci, zregenerowani. Nie cechuje ich pesymistyczne spojrzenie, ilu pacjentów czeka na wizytę, jaki ten tydzień będzie ciężki. To wszystko myśli, które odbierają odporność, ale również i cierpliwość.

Jeśli więc mówimy o trudnych spotkaniach z pacjentami, które wymagają od lekarzy szczególnych zdolności, to zasadnicze jest tu ich nastawienie psychiczne. Nastawienie pesymistyczne będzie sprowadzać nasze reakcje do działań odruchowych. A optymistyczne uruchamiać bardziej kreatywną, poznawczą część naszej osobowości.

A jak lekarz ma się zachować, jeśli pacjent zachowuje się agresywnie?

Ważna jest pierwsza reakcja. Najczęściej jest nią zaskoczenie i odruchowe próby blokowania takich zachowań. „Proszę się tak nie zachowywać”. „Proszę nie używać przy mnie takich słów”. I to nie jest złe zachowanie, ponieważ ono polega na budowaniu granic. A zatem buduj natychmiast granice.

Po drugie postaraj się pomóc takiej osobie, która może być zaciętrzewiona, a więc jej myślenie może być ograniczone. Czasami mówimy o myśleniu tunelowym, gdzie odpływa racjonalność, a pojawiają się wyłącznie odruchowe, wulgarne zwroty.

W takich sytuacjach dobrze złagodzić wybuch. Sprawić, by pacjent wyartykułował, co jest dla niego w danym momencie najważniejsze. „Jakby mógł pan bez przekleństw powiedzieć, o co chodzi. Jakby mógł pan przekazać, czego pan ode mnie oczekuje” – to zwroty, które ukierunkowują na konkrety, a nie wzmacniają reakcji emocjonalnych.

Na co najbardziej uskarżają się pacjenci w odniesieniu do lekarzy?

Na cechy, które związane są po pierwsze z podejrzeniem, że lekarz jest nastawiony głównie na pieniądze, a nie na chęć pomocy. Po drugie na przedmiotowe traktowanie pacjenta. Mam na myśli pytania wyłącznie o objawy, dotychczasowe

Oczekiwanie, że pacjent się rozbierze i pokaże całe ciało jest zrozumiałe, ale że pokaże całego siebie od strony emocjonalnej? Tu już są granice, choć nie bardzo wiadomo dlaczego

leczenie i jego skutki. Czasem wystarczy jedno pytanie dotyczące samopoczucia chorego, by to przełamać.

Coś, co bardzo irytuje, szczególnie impulsywne osoby, to unikanie kontaktu przez lekarza polegające na nieodpowiadaniu na pytania, na zmianie tematu. To jest odbierane jako pewna forma lekceważenia. I w końcu coś, co wiąże się z rutyną. Poczucie, że lekarz działa automatycznie, że pacjent w gruncie rzeczy go nie obchodzi.

A w drugą stronę? Co lekarze najgorzej znoszą, jeśli chodzi o zachowanie pacjentów?

Jedną z najtrudniejszych spraw jest brak umiejętności radzenia sobie z negatywnymi emocjami pacjenta, a w efekcie z własnymi emocjami. Często są to zachowania kwalifikowane jako niewłaściwe i niechciane, często irytujące. To coś, co narusza poczucie godności lekarza, że „Jak on śmie tak się przy mnie wyrażać albo okazywać tyle złości czy agresji”. To ciekawe, bo oczekiwanie, że pacjent się rozbierze i pokaże całe ciało, jest w tym zawodzie zrozumiałe i naturalne. Ale że pokaże całego siebie od strony emocjonalnej? A tu już są pewne granice, choć nie bardzo wiadomo dlaczego. ●

NEGATYWNE CECHY LEKARZA (WYMIENIANE PRZEZ PACJENTÓW)

Na podstawie analizy kilkuset postów, blogów i wypowiedzi internautów. Opracowanie własne na potrzeby szkolenia dla ordynatorów pediatrii.

- powierzchowność kontaktu (małe zainteresowanie)
- nastawienie na pieniądze
- nastawienie na karierę (chwalenie się, wywyższanie)
- mała opiekuńczość (w słowach i gestach)
- mało cierpliwości – pośpiech, mało tłumaczenia
- traktowanie z góry pacjenta (i jego dziecka)
- traktowanie przedmiotowe pacjenta (dziecka)
- brak lub słaba umiejętność słuchania pacjenta
- nieodpowiadanie na pytania pacjenta
- lekceważenie wypowiedzi wynikających z informacji internetowych
- egocentryzm
- zbyt piewność siebie, agresywność werbalna
- nadmierna dyrektywność bez śladu współpracy
- mała dbałość o swój wizerunek (pot, ubranie, język)
- małe zaufanie do pacjenta
- nieszanowanie czasu pacjenta (kolejka, długie oczekiwanie)
- rutynowość działania, często bez wyjaśnień
- nierozpoznawanie oczekiwań pacjenta i nieustosunkowywanie się do nich
- znudzenie, przepracowanie i nieumiejętność poradzenia sobie z tym
- brak umiejętności w radzeniu sobie z trudnym pacjentem i jego emocjami (negatywnymi)
- fałszywa lojalność zawodowa – bezpodstawna obrona lub krytyka.

AKTUALNOŚCI

Zdrowotna dziura finansowa

MAŁGORZATA SOLECKA
DZIENNIKARKA

Najbliższych kilkanaście miesięcy będzie okresem, w którym należy się spodziewać ograniczenia dostępności świadczeń – to wniosek z przebiegu wrześniowego posiedzenia Rady Narodowego Funduszu Zdrowia.

Podczas pierwszego po wakacjach posiedzenia Sejmu nie brakowało głosów, że po ośmiu miesiącach rządów Donalda Tuska NFZ stał się bankrutem. – Gdy rządziło Prawo i Sprawiedliwość, były pieniądze na podwyżki, na zapłatę szpitalom za nadwykonania. Po ośmiu miesiącach rządu obecnej koalicji dramatycznie brakuje pieniędzy – mówili triumfalnie posłowie PiS podczas posiedzeń Komisji Zdrowia. Przekaz wybrzmiewał szczególnie mocno, gdy komisja zajmowała się sprawozdaniem finansowym Funduszu za 2023 r. Nie bez powodu: po raz pierwszy w Sejmie wysoki przedstawiciel NFZ, wiceprezes Jakub Szulc, powiedział prawdę o stanie finansów płatnika, czyli systemu ochrony zdrowia w Polsce po dwóch kadencjach rządów PiS.

TRZY KROKI DO KATASTROFY

Na ten stan składają się z jednej strony nominalnie imponujące przychody ze składek zdrowotnych, z drugiej – rozdęte nieproporcjonalnie bardziej koszty. Największy wpływ miały na to dwie decyzje. Po pierwsze, nowelizacja ustawy o wynagrodzeniach minimalnych pracowników ochrony zdrowia z 2021 r., która weszła w życie w 2022 r. i dała się szpitalom we znaki, ale jak przypominali eksperci, w pierwszym roku działała tylko przez sześć miesięcy, pełny skutek system odczuł w 2023 r. Po drugie – nowelizacja ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, która przesunęła z budżetu państwa do NFZ obowiązek finansowania praktycznie wszystkich świadczeń zdrowotnych i weszła w życie w 2023 r. Skutki finansowe: w pierwszym roku ok. 7 mld zł, ale już w obecnym – ponad 10 mld zł, choćby z powodu dużego wzrostu wydatków na ratownictwo medyczne.

Trzecia decyzja, o której mówi się i pisze znacznie rzadziej, była związana z wyborami parlamentarnymi. Ministerstwo Zdrowia zaleciło, by Fundusz płacił za wszystkie nadwykonania, co przy zdjęciu limitów na dużą część świadczeń oraz zaleceniu, by regulować również nadwykonania w ryczałcie,

Ministerstwo Zdrowia będzie budować system oparty nie na jakości, a na chaosie, w najlepszym zaś przypadku na ilości gotówki pozostający w dyspozycji NFZ

stworzyło niekontrolowany napór finansowy na oddziały. Wszystko pod słusznym hasłem „spłacania długu zdrowotnego”.

W 2022 r. wysokość funduszu zapasowego NFZ sięgnęła 22 mld zł. W lipcu 2024 r. fundusz zapasowy opiewał na 9,6 mld zł – ale tylko dlatego, że kilka tygodni wcześniej wróciło do niego kilka miliardów złotych z tytułu niedowykonań za 2023 r. Jednocześnie według stanu na wrzesień ok. 9,4 mld zł z funduszu zapasowego zostało uwzględnionych w planie finansowym na 2024 r., więc można bez żadnej przesady stwierdzić, że całość środków zgromadzonych w czasie pandemii ze względu na ograniczenie liczby wykonywanych świadczeń została rozdysponowana. Lwia część z nich – w roku 2023, gdy nie rządził Donald Tusk, a Mateusz

Morawiecki. W roku 2024 nie zapadły żadne decyzje dotyczące wydatków systemu, wykraczające poza dotychczasowe ramy, wpływ składki zdrowotnej był nawet minimalnie większy od zakładanego.

OBIETNICE ŹLE SIĘ ZESTARZAŁY

Nie są to informacje nowe – choć politycy PiS przedstawiają ich inną interpretację. Duża część polityków koalicji rządzącej zdaje się dopiero w tej chwili budzić w wielomiesięcznego letargu, który najlepiej oddają słowa jednej z kluczowych dla ochrony zdrowia polityczek KO: „Byliśmy przekonywani, że finanse NFZ są w doskonałym stanie”.

Na tym miały być budowane obietnice, czyli „konkrety” KO – na przykład zniesienie limitów na świadczenia szpitalne. Obietnica fatalnie się zestarzała. Co prawda, już od wielu miesięcy Ministerstwo Zdrowia przyznaje, że o ewentualnym znoszeniu limitów w szpitalnictwie będzie można mówić dopiero po „odwróceniu piramidy świadczeń”, ale teraz sprawy przenoszą się na inny poziom: jest niezwykle prawdopodobne, że NFZ nie będzie w stanie uregulować nadwykonań (nawet świadczeń nielimitowanych, nie mówiąc o pozostałych kategoriach) w stu procentach.

Brakuje pieniędzy – jak wynika z informacji przekazanych przez prezesa NFZ Filipa Nowaka członkom Rady NFZ – na zapłatę za nadwykonania jeszcze z drugiego kwartału, zwłaszcza w czterech województwach: śląskim, mazowieckim, małopolskim i lubelskim.

► Posiedzenie powodziegowego sztabu kryzysowego we Wrocławiu z udziałem premiera i minister zdrowia Izabeli Leszczyny

W części pozostałych jest „mniej źle”, tylko dlatego że w nie tak mocno nie uderza algorytm podziału środków ze składki i nie mają tak dużej koncentracji świadczeń wysokospecjalistycznych (a więc i kadry).

PIENIĘDZY NIE MA I NIE BĘDZIE

Izabela Leszczyna deklarowała w pierwszej połowie września, że brakuje jej 3 mld zł, by zamknąć rozliczenia ze szpitalami (w domyśle – za drugi kwartał). Wartość nadwykonań w trzecim kwartale 2024 r. jest szacowana na 5 mld zł, ale nikt (po stronie resortu i płatnika) raczej nie myśli o tym, że pieniądze mogłyby trafić do szpitali przed końcem roku.

Tym bardziej dotyczy to czwartego kwartału, choć już coraz głośniejsze jest o tym, że wówczas szpitale otrzymają oficjalny komunikat o konieczności ograniczenia nadwykonań. Znaczącego ograniczenia. Minister brakuje więc nie 3 mld zł, ale raczej 8-10 mld zł w tegorocznym budżecie przy założeniu, że jednak jakieś świadczenia nielimitowane będą wykonywane. W centrali NFZ zapadła decyzja, że dyrektorzy oddziałów wojewódzkich będą sami określać nie tylko harmonogramy, ale też zasady degresywności stawek za nadwykonania.

Dyrektorów szpitali samorządowych uprzedził o takim scenariuszu podczas dużej, wakacyjnej konferencji z ministrem Leszczyną osobiście prezes Nowak. Kuluary wtedy – jak można było usłyszeć – nie potraktowały tych ostrzeżeń serio, przynajmniej nie do końca. Teraz okazuje się, że nadwykonania w tych samych kategoriach świadczeń w różnych oddziałach mogą być płacone inaczej, co przełoży się na różną gotowość do nadprogramowego leczenia w poszczególnych województwach.

LEKARSTWO GORSZE OD CHOROBY

Głośno jest o problemach szpitali, tymczasem problem nadwykonań dotknął niespodziewanie fundament systemu, czyli podstawową opiekę zdrowotną. Konkretnie zaś opiekę koordynowaną. Trudno wyobrazić sobie „odwracanie piramidy świadczeń” bez opieki koordynowanej w POZ, bo to rozwiązanie ma uwolnić moce ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, która



foto: x.com/MZ_GOV_PL

z kolei ma przejąć część zadań sektora szpitalnego. Problem polega na tym, że w umowach są limity, które teraz zamieniły się w ogromny znak zapytania, czy nadwykonania, do których lekarze byli jeszcze niedawno namawiani, zostaną opłacone, a jeśli nawet, to czy zostaną zapłacone w całości.

Napięta sytuacja finansowa ma mieć też inne konsekwencje. Mnożą się sygnały, że Ministerstwo Zdrowia, które jeszcze latem odrzucało jakiegokolwiek pomysły zmian w ustawie o wynagrodzeniach minimalnych w ochronie zdrowia, dojrzywa do decyzji o szukaniu rozwiązań, które wyhamuje tempo wzrostu płac pracowników medycznych. Na stole jest całkiem spory wachlarz rozwiązań: zamrożenie podwyżek, zmiana zasad określania kwoty bazowej (tak, w odniesieniu do tego samego roku co PKB z ustawy przychodowej), określenie nie tylko minimalnych, ale też maksymalnych stawek, jakie mogą być wypłacane w systemie publicznym.

Pojawia się też w wypowiedziach publicznych wątek ograniczenia wysokości stawek wypłacanych na podstawie umów cywilnoprawnych (w przypadku kontraktów stroną są przede wszystkim lekarze).

PRZEPRASZAM, CZY TU PŁACAĆ?

To jest kontekst, w którym Ministerstwo Zdrowia chce projektować i przeprowadzać poważne zmiany systemowe: reformę szpitalnictwa,

krajowe sieci dla poszczególnych grup pacjentów (onkologia, kardiologia, być może też neurologia), domykać reformę psychiatrii (w tym psychiatrii dzieci i młodzieży, którą to reformę we wrześniu ostro skrytykowała Najwyższa Izba Kontroli) i – generalnie – budować system ochrony zdrowia oparty na jakości.

Co więcej, zarówno minister Izabela Leszczyna, jak i jej współpracownicy uważają, że te działania są możliwe do przeprowadzenia w sytuacji, w której – wszystko na to wskazuje – kaskadowo zaczną się zamykać, a co najmniej zawieszają, oddziały w poszczególnych szpitalach. Dyrektorzy i przedstawiciele samorządów biorący udział we wrześniowym posiedzeniu Parlamentarnego Zespołu ds. Szpitali Samorządowych dość precyzyjnie opisał mechanizm, który już w tej chwili zakłóca pracę szpitali: NFZ nie płaci za nadwykonania, szpitale nie są w stanie zapłacić lekarzom, którzy góra po dwóch miesiącach rozwiązują umowę i idą pracować tam, gdzie płacą.

Może się więc okazać, że w najbliższych kilkunastu miesiącach Ministerstwo Zdrowia będzie budować system oparty nie na jakości, tylko na chaosie. A w najlepszym przypadku na ilości. Ilości gotówki pozostającej w dyspozycji oddziału NFZ.

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

AKTUALNOŚCI

Kształcenie lekarzy: sukces z nutą niedosytu

MAŁGORZATA SOLECKA
DZIENNIKARKA

Cztery uczelnie, które od kilku miesięcy kontrolowała Polska Komisja Akredytacyjna, dostały pozwolenie na rekrutację studentów na kierunek lekarski w roku akademickim 2024/2025. Pięć szkół zgody nie dostało.

W połowie września pod nowelizacją rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie limitu przyjęć na studia na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym brakowało jeszcze podpisu. Projekt został przekazany do konsultacji publicznych w drugim tygodniu września, mimo że od strony formalnej jeszcze nie we wszystkich uczelniach zakończyły się wszystkie procedury związane z audytem PKA. Jednak już wszystko, a w każdym razie wszystko, co najważniejsze, stało się jasne. Ministrowie nauki i szkolnictwa wyższego oraz zdrowia zdecydowali, że cztery uczelnie otrzymają zielone światło dla kształcenia lekarzy, przed pięcioma zapalili żółte. Nie ma decyzji o zamykaniu kierunku lekarskiego, ale nie dostały one zgody na nową rekrutację. To wyraźny sygnał, że jakość kształcenia pozostawia wiele do życzenia. Oczywiście, szkoły nie muszą się godzić z tym werdyktem – mają prawo do odwołania od negatywnej dla nich decyzji, ale najbliższy rok akademicki jest z ich punktu widzenia stracony.

W CO GRAJĄ POLITYCY

Ostatecznie w roku akademickim 2024/25 limit przyjęć na kierunek lekarski i lekarsko-dentystyczny to 11 505 miejsc. Najwięcej przewidziano ich na stacjonarnym kierunku lekarskim (łącznie 8256). Resort zdrowia wskazuje, że decyzja o zwiększeniu limitu przyjęć na studia na kierunku lekarskim jest

podyktowana przede wszystkim zapotrzebowaniem rynku pracy na absolwentów tych studiów. „Wiąże się to z potrzebą zapewnienia każdemu pacjentowi lepszego dostępu do świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez wszystkich specjalistów bez konieczności długiego oczekiwania na wizytę u lekarza” – podkreśla resort w uzasadnieniu. „Potrzeba zapewnienia każdemu pacjentowi lepszego dostępu do

„Potrzeba zapewnienia każdemu pacjentowi lepszego dostępu do świadczeń zdrowotnych” to refren, którym politycy posługują się w dyskusji o zwiększaniu liczby lekarzy

świadczeń zdrowotnych” to refren, którym politycy – niezależnie od barw partyjnych – posługują się w dyskusji na temat zwiększania liczby lekarzy.

– Istnieje szereg czynników alarmujących, związanych ze zbyt małą liczbą lekarzy w Polsce. Prawie 1000 lekarzy w moim województwie kujawsko-pomorskim jest w wieku emerytalnym i udziela świadczeń – pisał w interpelacji do ministra nauki i szkolnictwa wyższego w lipcu Łukasz Schreiber (PiS), przywołując przykłady z innych

województw na potwierdzenie tezy, że kadrom lekarskim lada moment grozi zapaść. Tymczasem z raportu opublikowanego przez Naczelną Izbę Lekarską w tym samym czasie i z analiz Ministerstwa Zdrowia wynika, że przy utrzymaniu obecnego limitu miejsc na studiach lekarskich w perspektywie kilku najbliższych lat będziemy mogli mówić wręcz o nadpodaży kadr w tym zawodzie (podczas gdy w kilku innych, w tym w pielęgniarstwie, rzeczywiście kryzys rozgościł się na dobre, co jednak zdaje się politykom umykać). – Dziś istnieje też gigantyczny problem z lekarzami, którzy mieliby podjąć pracę w mniejszych ośrodkach – brakuje chętnych. Utworzenie kierunków lekarskich to zlikwidowanie pierwszego wąskiego gardła. (...) Dlatego filozofią poprzedniego rządu było znaczące zwiększenie liczby lekarzy w Polsce. Dziś mam wrażenie, że usilnie działające lobby, które chce storpedować te wysiłki, wykorzystuje zmianę władzy i krótkowzroczność ministerstwa, a wszystko to jest opakowane w fałszywą troskę o dobro pacjenta – dowodził poseł Prawa i Sprawiedliwości.

Jednak nie tylko politycy dzisiejszej opozycji walczyli, by Polska Komisja Akredytacyjna nie była zbyt surowa dla nowych kierunków lekarskich, a w razie gdyby audyt wypadł negatywnie, aby rząd zdecydował się na jakieś rozwiązanie pośrednie,

KTO MOŻE REKRUTOWAĆ NA STUDIA

Nowelizacja rozporządzenia określa limity dla następujących uczelni w zakresie kierunku lekarskiego:

- filia w Bielsku Białej Śląskiego Uniwersytet Medyczny w Katowicach (36 miejsc – studia stacjonarne, 17 miejsc – studia niestacjonarne),
- Akademia WSB (60 miejsc – studia stacjonarne),
- Uniwersytet Kaliski im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego (60 miejsc – studia stacjonarne),
- Politechnika Wrocławska (40 miejsc – studia stacjonarne).

W zakresie kierunku lekarsko-dentystycznego: Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu – Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy (48 miejsc – studia stacjonarne).

Zerowe limity miejsc, czyli brak zgody na rekrutację i uruchomienie kolejnego pierwszego roku studiów dotyczą:

- Akademii Nauk Stosowanych w Nowym Targu (uchwała nr 628/2024),
- Akademii Nauk Stosowanych w Nowym Sączu (uchwała nr 658/2024),
- Akademii Nauk Stosowanych im. Księcia Mieszka I w Poznaniu (uchwała nr 659/2024),
- Społecznej Akademii Nauk z siedzibą w Łodzi (uchwała nr 660/2024).

Do tych czterech szkół, jak stwierdził resort zdrowia w uzasadnieniu projektu rozporządzenia, najprawdopodobniej dołączy Uniwersytet w Siedlcach. Jak wskazuje resort zdrowia, formalny proces oceny nie został jeszcze zakończony, jednak wiadomo już, że eksperci PKA dopatryli się istotnych uchybień. Z nieoficjalnych informacji wynika, że oceniono niezgodność ze standardami kształcenia na ponad 70 proc.

jeszcze łagodniejsze niż brak zgody na nową rekrutację. Można wręcz zaryzykować tezę, że wariantu z zamknięciem kierunków lekarskich nikt nie brał pod uwagę. O dawaniu szansy i zapewnieniu czasu na dostosowanie nowym uczelniom kilka razy mówiła Elżbieta Polak (KO), a jej klubowa koleżanka prof. Alicja

Chybićka, ręką w rękę z Januszem Cieszyńskim (PiS), upominała się o przyznanie limitu Politechnice Wrocławskiej. Ta uczelnia zresztą przeszła przez sito PKA i otrzymała zgodę na rekrutację w roku akademickim 2024/2025, natomiast – jak informują lokalne media – władze uczelni są zszokowane liczbą przyznanych miejsc, bo występowały o niemal dwukrotnie większą (40 vs. 72). Warto też zaznaczyć,

Donald Tusk składał obietnice, że zostanie przeprowadzona nowelizacja ustawy tak, by wycofać zmiany wprowadzone przez PiS

że wypowiedź posła Przemysława Witka (KO) o konieczności szybkiego wyprodukowania jak największej liczby lekarzy, co miało by się przełożyć na zmniejszenie stawek, jakich lekarze mogą oczekiwać za swoją pracę, nie spotkała się z żadną reakcją władz Koalicji Obywatelskiej. A to każe sądzić, że nawet jeśli nie jest to oficjalne stanowisko KO, liderzy tego ugrupowania nie widzą w tym sformułowaniu niczego nagannego.

REZYDENCI CHCIELI WIĘCEJ

Reakcje środowiska lekarskiego na decyzje, które zapadły na styku ministerstw zdrowia i nauki oraz szkolnictwa wyższego są wstrzemięźliwe. Z jednej strony trudno nie odnotować sukcesu, jakim jest zatrzymanie rekrutacji w większej części skontrolowanych szkół. Trzeba też odnotować, że tylko jedna ze szkół, które mogą prowadzić rekrutację – Akademia WSB – otrzymała pozytywną ocenę na cały cykl kształcenia.

Z drugiej strony nie brakuje komentarzy – bardzo jednoznacznie w tej sprawie wypowiadają się zwłaszcza przedstawiciele Porozumienia Rezydentów OZZL – że decyzja o niezamykaniu kierunków lekarskich, na których potwierdzono kształcenie bez zapewnienia jakości, oznacza, że państwo niejako autoryzuje patologiczną sytuację.

– W naszej ocenie żaden student nie powinien być kształcony

na kierunku z negatywną oceną – mówił po opublikowaniu projektu zmian w rozporządzeniu o limitach Sebastian Goncerz, przewodniczący organizacji młodych lekarzy.

– Czujemy satysfakcję, że choć w części udało się powstrzymać prawie kształcenie w prawie szkołach – komentował Łukasz Jankowski, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej. – Cieszę się, że deklaracje ministrów o uzdrowieniu zastanej przez nich sytuacji w kształceniu przyjmują realny kształt, choć czuję również niedosyt.

Jest on związany z zastosowaniem „miękkiego” środka, bez podejmowania ostatecznej decyzji dotyczącej negatywnie ocenionych kierunków lekarskich. Pojawia się też bardzo praktyczne pytanie, co stanie się ze studentami, którzy rozpoczęli naukę na kierunku lekarskim w roku akademickim 2023/2024? – W przypadku nieuruchomienia przez uczelnię kształcenia na 1 roku studiów na kierunku lekarskim w roku akademickim 2024/2025 uczelnia w taki sposób powinna określić organizację kształcenia, aby studenci, którzy rozpoczęli studia w roku akademickim 2023/2024, mogli kontynuować realizację programu studiów na tym kierunku – napisała w odpowiedzi na interpelację Łukasza Schreiberera wiceminister nauki i szkolnictwa wyższego Maria Mrówczyńska. Ze szkół, które otrzymały negatywną ocenę PKA, dochodzą jednak sygnały, że studenci szukają alternatywnych rozwiązań, starając się o miejsca w innych uczelniach.

TO DOPIERO POCZĄTEK

Z punktu widzenia systemu kluczowe jest to, że proces odwracania dewastacji kształcenia dopiero się zaczyna i decyzja o nieprzyznaniu limitów jest pierwszym krokiem w kierunku uzdrowienia sytuacji.

Jest bardzo prawdopodobne, że resorty zdrowia oraz nauki uczynią kolejny krok, zapowiadany zresztą w ostatnich miesiącach, i zdecydują się podwyższyć standardy kształcenia na kierunkach medycznych, w tym – kierunkach lekarskich. Wówczas wszystkie uczelnie będą oceniane według jednolitych, wyższych standardów dotyczących na przykład liczebności

grup klinicznych czy warunków odbywania zajęć z anatomii. Jakie mogą być tego konsekwencje? Otwarta pozostaje też przyszłość uczelni, które nie zostały poddane nadzwyczajnemu audytowi, bo zgody na prowadzenie kierunków lekarskich otrzymały po uzyskaniu pozytywnej opinii PKA. To Katolicki Uniwersytet Lubelski, Akademia Kultury Społecznej i Medialnej w Toruniu oraz Akademia Płocka. Będą one poddane audytowi w zwykłym trybie, czyli po zakończeniu pierwszego roku kształcenia.

I na zakończenie o zmianach w ustawie Prawo o szkolnictwie wyższym. Przedstawiciele rządu Donalda Tuska kilka razy w ostatnich miesiącach składali obietnicę, że zostanie przeprowadzona nowelizacja przepisów w taki sposób, by przywrócić kształt ustawy z 2018 r., sprzed wszystkich liberalizacji przeprowadzonych przez rząd PiS w zakresie uruchamiania i funkcjonowania kierunków lekarskich. Umożliwiły one najpierw

otwieranie kierunków lekarskich w uczelniach nieakademickich, a następnie sukcesywnie obniżanie kryteriów stawianych szkołom chcącym kształcić przyszłych lekarzy. Samorząd lekarski, nie ma co do tego wątpliwości, zamierza przypominać rządzącym o złożonych w tej sprawie deklaracjach.

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

Konieczne jest podwyższenie standardów

Część studentów, którzy już rozpoczęli naukę w negatywnie ocenionych szkołach może rozważać zmianę uczelni – podkreśla **Damian Patecki**, przewodniczący Komisji Kształcenia Medycznego Naczelnej Rady Lekarskiej w rozmowie z Małgorzatą Solecką.

W wakacyjnym numerze „GL”, gdy rozmawialiśmy o prawdopodobnych wynikach audytu PKA, mówił pan: „Możliwy jest zarówno pozytywny dla jakości kształcenia scenariusz, jak i taki, w którym duża część uczelni jednak dostanie pozytywną ocenę i zgodę na prowadzenie naboru. (...) Realizm każe zakładać, że będzie pół na pół.” I jest pół na pół. Co dalej? Spełnił się realistyczny wariant. Nie jest to ani spektakularny sukces, jeśli chodzi o obronę jakości kształcenia, ale też nie porażka. Minister nauki wykazał się odwagą, nie zgadzając się na rekrutację na kierunkach lekarskich w tych szkołach, które nie są w stanie spełnić nawet obniżonych standardów kształcenia przyszłych lekarzy.

Jeśli chodzi o ciąg dalszy, o nasze oczekiwania, na pewno chcemy jako samorząd lekarski znacząco wzmocnienia Polskiej Komisji Akredytacyjnej. Wzmocnienia finansowego, kadrowego. Tak, by kolejne kontrole mogły być prowadzone często i wnikliwie.

Nie brakuje głosów, że decyzja o zerowych limitach dla minimum czterech, a prawdopodobnie pięciu uczelni, jest połowiczna, że powinno się zamknąć te kierunki, bo państwo autoryzuje niską jakość kształcenia.

Rozumiem te argumenty. Trudno się zresztą nie zgodzić, że są słuszne. Ale ministrowie muszą działać w granicach prawa i muszą działać skutecznie. Na gruncie prawnym decyzja



foto: archiwum NIL

▲ Nie ma kto uczyć studentów – mówi **Damian Patecki**.

o przyznaniu zerowych limitów była – w naszych realiach – możliwa do wykonania już w roku akademickim 2024/2025. Można się zastanawiać, czy nie powinno jej towarzyszyć jakieś specjalne rozwiązanie dla studentów, którzy rozpoczęli kształcenie w październiku 2023 roku, tak by mogli podjąć decyzję, czy przenoszą się do innej uczelni, czy kontynuują studia na własną odpowiedzialność. Nie jest zresztą przecież powiedziane, że uczelnie będą zainteresowane kontynuowaniem kierunku lekarskiego z jednym rocznikiem. Ekonomicznie to może być nieopłacalne.

Audyt PKA za nami, przed nami – ale w bliżej nieokreślonej perspektywie – zmiana ustawy

Prawo o szkolnictwie wyższym, zapowiadana publicznie kilka razy w ostatnich miesiącach.

Przed nami również podwyższenie standardów kształcenia, które zostały obniżone, by mogły im sprostać nowe szkoły. Nie sprostały, to już wiemy. Jako samorząd, będziemy zabiegać o powrót do pierwotnych standardów. Nie mam wątpliwości, że spełnienie tych wyższych standardów będzie wyzwaniem dla szkół, które w tej chwili otrzymały pozytywną ocenę a także dla tych, które nie były kontrolowane w tym nadzwyczajnym audycie, a teraz zostaną poddane kontroli po zakończeniu pierwszego roku kształcenia.

Ale nie tylko audyty PKA i kontrola spełniania standardów będą dla uczelni wyzwaniem. Z raportów i analiz, jakie przygotowali eksperci Naczelnej Izby Lekarskiej wynika, że część z nich – choć oczywiście nie wszystkie – napotka poważny problem w zapewnieniu realizacji zajęć klinicznych we wszystkich wymaganych oddziałach szpitalnych. Mamy do czynienia z kryzysem w segmencie szpitalnictwa i część szkół, podejmując decyzję o uruchomieniu kierunków lekarskich wykazała się naiwnością lub hurraoptymizmem, że te perturbacje nie będą mieć wpływu na kształcenie studentów. Będą mieć.

Wszystkie uczelnie borykają się też w tej chwili z problemem kadrowym – nie ma kto uczyć studentów, nie ma kto prowadzić zajęć. Ten problem dotyczy zarówno uczelni nowych, jak i tych z największymi tradycjami.

WYDARZENIA

Igrzyska zwycięzców

Morze, lekarze i sportowa rywalizacja – to musiało się udać! Prawie 800 osób zjechało do Władysławowa, by walczyć o najlepsze wyniki w różnych dyscyplinach podczas 21. Igrzysk Lekarskich. Za nami cztery dni ekscytujących zmagania. Były walka, radość, moc wzruszeń i dobra zabawa.

Lekarze i lekarze dentyści z całej Polski po raz pierwszy w historii igrzysk rywalizowali nie w stolicy Tatr, ale nad morzem, w obiektach malowniczo położonego Centralnego Ośrodka Sportu – Ośrodka Przygotowań Olimpijskich Cetniewo, zlokalizowanego przy samej plaży we Władysławowie. To niejedyny historyczny aspekt tegorocznych igrzysk. Po raz pierwszy organizatorem wydarzenia była Naczelna Izba Lekarska. Zawodnikom i zawodniczkom przez całą imprezę towarzyszyła znakomita słoneczna pogoda.

– Za nami historyczne wydarzenie. Po raz pierwszy Naczelna Izba Lekarska organizowała Igrzyska Lekarskie. Ośrodek w Cetniewie był bardzo gościnny, pogoda nas rozpieszczała, a niemal 800 lekarzy i prawie 70 dzieci wspólnie rywalizowało – mówi prezes NRL Łukasz Jankowski. – Jestem dumny, że nasze środowisko potrafi nie tylko współpracować na niwie medycznej, ale też w świetnej atmosferze bawić się w duchu sportowej rywalizacji. Brawa dla organizatorów i ogromne podziękowania dla sportowców, którzy udowodnili, że nie samą medycyną żyje lekarz. Do zobaczenia za rok! – dodaje szef samorządu lekarskiego.

– Uważam, że tegoroczne igrzyska były bardzo udane. Bardzo mi się tutaj podobało – ocenia Mateusz Patkowski, ortopeda z Wrocławia, który zagrał w turniejach siatkówki plażowej i siatkówki halowej.

TRZY, DWA, JEDEN... START!

– Miejsce jest super. W Zakopanem też jest fajnie, ale tutaj teren jest bardziej płaski, więc łatwiej się przemieszczać. Nie trzeba biegać pod górę, zgłaszając się na kolejne starty w różnych dyscyplinach – żartuje kardiolog Grzegorz Kopczyński, który startował w tenisie

ziemnym, badmintonie, konkurencjach lekkoatletycznych, siatkówce plażowej i brydżu.

Igrzyska rozpoczęły się w środę 4 września i trwały do soboty 7 września. Wydarzenie zainaugurowała konkurencja beach walking, czyli nordic walking po plaży. Lekarze rywalizowali na piaszczystej trasie na dystansie 4,5 kilometra, biegnącej od wejścia nr 10 na plażę Cetniewo do plaży Rozewie. Upalna pogoda w połączeniu z kilkukilometrowym dystansem sprawiły, że marsz z kijkami nie był taki prosty. Po południu rozpoczęła się rywalizacja w badmintonie, która trwała dobrych kilka godzin.

Harmonogram kolejnych dni igrzysk był wypełniony po brzegi, a zawodnicy walczyli w ulubionych konkurencjach od rana do późnych godzin wieczornych. Można było spróbować swoich sił m.in. w pływaniu, lekkiej atletyce (biegi, skok w dal, pchnięcie kulą, rzut dyskiem, rzut ciężarkiem, rzut oszczepem, skok wzwyż), biegu przełajowym, brydżu, tenisie stołowym i ziemnym, kolarstwie górskim, a także trójboju siłowym. Na największej imprezie sportowej dla środowiska lekarskiego nie mogło również zabraknąć rywalizacji w turniejach drużynowych: koszykówki, piłki nożnej, siatkówki, a także siatkówki plażowej. W turnieju piłki nożnej wzięło udział aż 12 drużyn.

W zawodach mogli wziąć udział nie tylko lekarze i lekarze dentyści, ale też osoby towarzyszące, a także studenci kierunków: lekarskiego i lekarsko-dentystycznego. Nie zabrakło też atrakcji sportowych dla

najmłodszych. Dzieci rywalizowały m.in. w skoku w dal, rzucie piłeczką oraz w pływaniu, w tym w sztafecie rodzinnej.

WSPÓLZAWODNICTW I INTEGRACJA

Wieczorami, gdy emocje związane z biciem rekordów i pokonywaniem własnych słabości opadały, przychodził czas na integrację i dobrą zabawę. Wszak Igrzyska Lekarskie to nie tylko walka o wyniki, ale czas na wspólne biesiadowanie. To jeden z ważnych powodów, dla których ta impreza jest tak popularna wśród lekarzy sportowców.

– Jestem tutaj, bo mogę spotkać swoich kolegów. Razem współzawodniczymy w różnych konkurencjach i odpoczywamy od codziennej pracy. W tym roku startowałem w tenisie ziemnym, badmintonie, pływaniu, brydżu, a także pchnięciu kulą – mówi Jarosław Lesman, specjalista chorób wewnętrznych spod Łodzi. W igrzyskach uczestniczy od ich czwartej edycji.

Prof. Janusz Emerich, specjalista ginekologii i położnictwa oraz ginekologii onkologicznej, jest stałym bywalcem tej imprezy. Nie mogło go zabraknąć również w tym roku. Jest najstarszym uczestnikiem. Sport to jego pasja. W wieku 85 lat jeździ na rowerze i na nartach, pływa. W Cetniewie startował w konkurencjach pływackich.

– Trzeba się ruszać. Tutaj jest dużo okazji do ruchu, a dodatkowo można się zintegrować. Jest miła atmosfera. Dlatego uczestniczę w igrzyskach – mówi Janusz Emerich.

Igrzyska rozpoczęły się od rywalizacji w nordic beach walking w pięknym słońcu



Zarówno dorośli, jak i dzieci ścigali się na różnych dystansach. Na zdjęciu poniżej: skarbnik NRL Grzegorz Mazur



Dla stomatologa Małgorzaty Pietras-Staszczyk to już 19. igrzyska, w których wzięła udział. – Jeżdżę na te zawody z koleżankami w ramach wspólnych wakacji. Mamy zgraną ekipę. Bardzo mi się podoba nad morzem. Obawiałam się, jak to będzie w nowej lokalizacji, ale jest świetnie – opowiada o swoich wrażeniach. W Cetniewie rywalizowała w tenisie ziemnym i stołowym, badmintonie, a także rzucie oszczepem, dyskiem i ciężarkiem.

Drugiego dnia uczestników igrzysk w nadmorską atmosferę wciągnął muzyczny zespół szantowy Trzy Majtki, a kolejnego dnia czas umiłał dobrze wszystkim znany zespół The Doctors, złożony z członków Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej w Olsztynie. Okazji do integracji nie brakowało.

– Pierwszy raz w historii udało się zorganizować posiedzenie Naczelnej Rady Lekarskiej w czasie trwania Igrzysk Lekarskich. Najwyższe władze samorządu były tam, gdzie spotyka się największa grupa lekarzy sportowców – podkreśla wiceprezes NRL Klaudiusz Komor. – Część członków NRL brała udział w zmaganiach sportowych. Niestety, nie obyło się bez kontuzji – dodaje Klaudiusz Komor.

POD PATRONATEM PKOl I MSIT

– Jestem bardzo szczęśliwy, że lekarze i lekarze dentyści z całej Polski zjawili się tak licznie na 21. Igrzyskach Lekarskich. Frekwencja, a było nas niemal 800 osób, przeszła moje najśmielsze oczekiwania. Impreza przeniosła się z gór nad morze. Gościnne progi ośrodka w Cetniewie sprawiły, że rywalizacja była profesjonalna, ciekawa i emocjonująca – mówi Marcin Szcześniak, przewodniczący Komisji ds. Sportu Naczelnej Rady Lekarskiej, która w imieniu NIL zajęła się organizacją imprezy. – To wszystko nie odbyłoby się bez tytanicznej pracy wielu osób. Wszystko tu dla nas było nowe, ale się udało, i to jak! Dziękuję wszystkim zawodnikom i zawodniczkom, którzy przyjechali nad morze, by rywalizować i dobrze się bawić. Chciałbym podziękować też wszystkim, którzy włożyli mnóstwo pracy i serca w organizację tegorocznych igrzysk. To dzięki wam wszystkim ta impreza wyszła wspaniale – dodaje szef Komisji ds. Sportu NRL.

Zawody zostały objęte patronatem honorowym Polskiego Komitetu

Dużą popularnością cieszył się badminton, ale sporo osób grało także w tenisa stołowego i ziemnego. Po prawej: Jarosław Lesman



Olimpijskiego (PKOl) i Ministerstwa Sportu i Turystyki (MSiT). Patronat medialny nad wydarzeniem objęła „Gazeta Lekarska”. Zapraszamy do obejrzenia fotorelacji z każdego dnia igrzysk na www.gazetalekarska.pl. Ostateczne

wyniki z poszczególnych konkurencjach są dostępne na stronie internetowej Naczelnej Izby Lekarskiej (www.nil.org.pl).

Wszystkim zawodnikom gratulujemy sportowej postawy i życzymy dalszych sukcesów!



Miłośnicy lekkoatletyki rywalizowali w rzutach: dyskiem, oszczepem i ciężarkiem oraz skoku w dal. Na zdjęciu z lewej: Stefan Madej



Impreza została objęta patronatem honorowym Polskiego Komitetu Olimpijskiego oraz Ministerstwa Sportu i Turystyki

Miłośnicy sportów drużynowych
grali m.in. w koszykówkę,
siatkówkę i piłkę nożną



Swoją drużynę
wystawiło
Prezydium NRL



W piłce nożnej najlepsza
okazała się drużyna OIL
w Gdańsku



Rzecznik NIL Jakub Kosikowski
czujnym okiem wypatrywał
ataków rywali



Późnym wieczorem odbyły się m.in. zawody w trójboju siłowym i brydżu sportowym



Ceremonie medalowe, gromadzące najlepsze zawodniczki i zawodników, stanowiły doskonałą okazję do integracji



Na pływalni można było rywalizować całymi rodzinami



Na zdjęciu po prawej: prezes NRL Łukasz Jankowski z małżonką i dziećmi



PNAD 900 ZDJEĆ Z IGRZYSK MOŻNA ZOBACZYĆ W DZIALE SPORT NA WWW.GAZETALEKARSKA.PL

WAŻNE SPRAWY

Po co lekarzowi certyfikat umiejętności

LIDIA SULIKOWSKA
DZIENNIKARKA

Od ponad roku obowiązuje rozporządzenie ministra zdrowia wprowadzające 57 umiejętności zawodowych lekarzy i lekarzy dentystów. W praktyce tylko kilka podmiotów uzyskało uprawnienia do prowadzenia certyfikacji w pojedynczych umiejętnościach.

Dotychczas w rejestrze podmiotów uprawnionych do certyfikacji umiejętności zawodowych lekarzy i lekarzy dentystów, prowadzonym przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego (CMKP), znalazły się cztery podmioty: Polskie Towarzystwo Medycyny Morskiej, Tropikalnej i Podróży (umiejętność: medycyna podróży), Polskie Towarzystwo Dermatologiczne (umiejętność: medycyna estetyczno-naprawcza), Polskie Stowarzyszenie Implantologiczne (umiejętność: implantologia stomatologiczna), Polskie Towarzystwo Neurologiczne (umiejętność: neuroultrasonografia).

– Kolejnych osiem towarzystw złożyło wnioski, które zostały odesłane do uzupełnienia. Dotyczą one następujących umiejętności: medycyna estetyczno-naprawcza, echoradiografia prenatalna, kardiologia prenatalna, leczenie żywieniowe i leczenie żywieniowe dzieci – informuje Agnieszka Pochrząst-Motyczyńska, rzecznik prasowy CMKP.

PIONIERZY

Polskie Towarzystwo Medycyny Morskiej, Tropikalnej i Podróży już w październiku 2023 r. otrzymało uprawnienia do prowadzenia certyfikacji z medycyny podróży, a w kwietniu br. przyznało pierwsze certyfikaty z tej umiejętności zawodowej. Zdobyło je 46 lekarzy.

– 25 kwietnia 2025 r. o godz. 9.00 przeprowadzimy kolejną certyfikację – informuje prof. dr hab. n. med. Krzysztof Korzeniewski, prezes PTMMTiP.

Rozporządzenie ministra zdrowia z 13 czerwca 2023 r. w sprawie umiejętności zawodowych lekarzy i lekarzy dentystów, ustanawiając 57 rodzajów umiejętności zawodowych, określiło także kwalifikacje lekarza/lekarza dentysty stanowiące podstawowy warunek ubiegania się o certyfikat danej umiejętności zawodowej. Dodatkowe wymogi, jakie trzeba spełnić, by uzyskać certyfikat, określają podmioty, które się zajmują

Informacja o uzyskaniu przez lekarza/lekarza dentystę certyfikatu umiejętności zawodowej jest wpisywana do Centralnego Rejestru Lekarzy

prowadzeniem certyfikacji danej umiejętności, w opracowanych do tego celu regulaminach zaakceptowanych przez CMKP. Zgodnie z rozporządzeniem o certyfikacie z medycyny podróży mogą ubiegać się m.in. specjaliści chorób wewnętrznych, chorób zakaźnych, medycyny rodzinnej i pediatrii. Dodatkowym kryterium, określonym z kolei przez PTMMTiP, jest zdanie egzaminu w zakresie tej umiejętności.

PLANY NA CERTYFIKACJĘ

Jak wygląda sytuacja w przypadku innych umiejętności zawodowych?

Polskie Towarzystwo Badania Bólu (PTBB) potwierdziło, że będzie ubiegać się o nadawanie certyfikatu z umiejętności medycyna bólu. Zgodnie z ministerialnym rozporządzeniem może się o niego starać każdy lekarz i lekarz dentysta posiadający PWZ, nawet bez specjalizacji.

– Chcieliśmy, aby mógł to być lekarz specjalista, ale na etapie projektowania rozporządzenia nasz postulat nie został uwzględniony. W stworzonym regulaminie zadbałszy o właściwe przygotowanie lekarzy chcących się certyfikować. Dlatego znalazł się tam zapis o obowiązku ukończenia studiów podyplomowych w zakresie medycyny bólu, prowadzonych w Medycznym Centrum Kształcenia Podyplomowego Uniwersytetu Jagiellońskiego, a także wymóg zdania egzaminu składającego się z części teoretycznej i praktycznej, który przeprowadzi nasze towarzystwo – mówi dr n. med. Magdalena Kocot-Kępska, prezes PTBB. – Naszym zdaniem to niezbędne minimum dla lekarza, który chciałby nabyć tę umiejętność. Studiów nie będą musieli kończyć lekarze, którzy co najmniej pięć lat pracują w poradniach leczenia bólu posiadających certyfikat PTBB. Mam nadzieję, że nasza propozycja zostanie zaakceptowana i na wiosnę przyszłego roku zorganizujemy pierwszy nabór na egzamin. Jesteśmy na etapie składania wniosku



◀ Certyfikat daje możliwość udokumentowania swojej wiedzy i doświadczenia w konkretnej umiejętności

odpowiednie kwalifikacje – dodaje przewodniczący Sekcji Intensywnej Terapii PTAiIT.

PROBLEMY W ULTRASONOGRAFII

W rozporządzeniu znalazły się także m.in. umiejętności z zakresu diagnostyki ultrasonograficznej, w tym diagnostyka ultrasonograficzna dorosłych w warunkach szpitalnego oddziału ratunkowego, diagnostyka ultrasonograficzna dzieci w warunkach szpitalnego oddziału ratunkowego, diagnostyka ultrasonograficzna w podstawowej opiece zdrowotnej, neurolustrasonografia. Dr n. med. Małgorzata Serafin-Król, przewodnicząca Zarządu Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego (PTU), informuje, że określenia tych umiejętności użyte w rozporządzeniu nie wskazują na zakres badań, które w danej sytuacji należy umieć wykonać, wymagają więc dokładnego dopracowania.

– Polskie Towarzystwo Ultrasonograficzne wydaje własne certyfikaty z 13 zakresów diagnostyki ultrasonograficznej. W tej chwili problemem jest uzupełnienie opracowanych przez PTU zakresów certyfikacji, zgodnych z wytycznymi wspomnianego rozporządzenia. Trwają rozmowy i prace, jaki zakres badań USG powinny zawierać umiejętności danej kategorii – informuje dr n. med. Małgorzata Serafin-Król. I dodaje, że po opublikowaniu projektu rozporządzenia PTU wysłało krytyczne uwagi oraz wątpliwości dotyczące zdefiniowania umiejętności, niestety nie zostały one uwzględnione.

Wśród umiejętności wymienionych w rozporządzeniu są także: echokardiografia prenatalna, kardiologia prenatalna oraz diagnostyka i terapia płodu. – Do nich wszystkich zgłosiłam liczne uwagi na etapie procedowania tego aktu prawnego. Żadna z nich nie została uwzględniona. Uważam, że nie ma możliwości napisania spójnego programu

do CMKP – dodaje dr n. med. Magdalena Kocot-Kępska.

Po co lekarzowi certyfikat z medycyny bólu? – Ideą powstania tej umiejętności było to, aby większa liczba lekarzy mogła udzielać świadczeń w ramach NFZ w poradniach leczenia bólu. Obecnie mogą to robić tylko lekarze kilku specjalizacji, m.in. anesteziolodzy, neurologi i onkolodzy. Liczymy, że w wymogach NFZ ta lista poszerzy się o lekarzy z certyfikatem umiejętności zawodowej medycyna bólu – wyjaśnia prezes PTBB.

Z kolei Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii (PTAiIT) zamierza ubiegać się o prowadzenie certyfikacji z umiejętności płytkiej sedacja. – Stworzyliśmy już program szkolenia określający, co musi zrobić lekarz, który chciałby nabyć tę umiejętność. Jesteśmy na etapie tworzenia wniosku do CMKP o wpisanie nas do rejestru podmiotów certyfikujących z tej umiejętności. Liczymy na pozytywną decyzję. Trudno mi powiedzieć, jak długo to potrwa – informuje prof. dr hab. n. med. Łukasz Krzych, przewodniczący Sekcji Intensywnej Terapii PTAiIT.

W myśl rozporządzenia o certyfikat z płytkiej sedacji będą mogli ubiegać się lekarze kilkunastu specjalizacji, m.in. chirurgi, radiolodzy, urolodzy i specjaliści dermatologii i wenerologii. – Chciałbym podkreślić, że taki wybór leżał po stronie urzędników tworzących rozporządzenie. Mieliśmy uwagi, ale nie zostały one uwzględnione. Dlatego opracowany przez nas program szkolenia dla kandydata do

zdobycia certyfikatu obejmuje obowiązkowe odbycie szkolenia z części teoretycznej i praktycznej, dotyczącej wykonywania procedur sedacji proceduralnej. Po naszej stronie będzie weryfikacja, czy lekarz odbył szkolenie w wymaganym zakresie – zwraca uwagę prof. Łukasz Krzych. Może jednak pojawić się problem, gdzie zrealizować takie szkolenie.

– Rekomendujemy, aby część praktyczna odbywała się w ośrodkach akredytowanych do prowadzenia szkolenia w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii.

Korzyścią z posiadania certyfikatu będzie uwzględnienie lekarzy w rozporządzeniu w sprawie realizacji świadczeń gwarantowanych

Brakuje jednak aktów prawnych, które by zobowiązywały jakiegokolwiek ośrodek do prowadzenia takiego szkolenia. Nie zrezygnujemy jednak z wymogu przejścia przez szkolenie praktyczne dla bezpieczeństwa pacjenta. Jeśli mamy poświadczyć, że dany lekarz jest w stanie bezpiecznie wykonywać sedację proceduralną, musimy być pewni, że ma

dla tych umiejętności bez zmiany opublikowanych zasad – ocenia prof. dr hab. n. med. Joanna Szymkiewicz–Dangel, wiceprzewodnicząca zarządu PTU i wiceprzewodnicząca Sekcji Echokardiografii i Kardiologii Prenatalnej PTU. Profesor zwraca m.in. uwagę, że w przypadku umiejętności echokardiografia prenatalna konieczne jest dookreślenie, co wchodzi w jej zakres. Z kolei w przypadku kardiologii prenatalnej nie zgadza się z ostateczną listą lekarzy dopuszczonych do ubiegania się o tę umiejętność i postuluje o jej zawężenie. – Ta umiejętność, zgodnie z rekomendacjami Europejskiego Towarzystwa Kardiologów Dziecięcych (AEPC), musi być zarezerwowana dla kardiologów dziecięcych ze specjalizacją lub w trakcie specjalizacji z tej dziedziny, pediatrów ze specjalizacją z kardiologii oraz specjalistów kardiologii – uważa prof. Joanna Szymkiewicz – Dangel.

ŻMUDNE PROCEDURY

Nie sposób w jednym tekście prześledzić każdą umiejętność wymienioną w rozporządzeniu. Widać jednak, że proces ubiegania się podmiotów o prowadzenie certyfikacji jest dość powolny. Z informacji przekazanych przez CMKP wynika, że w przypadku części umiejętności zawodowych minister zdrowia zlecił właściwym państwowym instytutom badawczym opracowanie minimalnych standardów, na podstawie których ma być prowadzona certyfikacja, zanim towarzystwa naukowe będą mogły ubiegać się o możliwość certyfikacji tych umiejętności. W komunikacie wymieniono dziewięć umiejętności. I tak np. Narodowy Instytut Kardiologii ma opracować standardy dla echokardiografii dorosłych, elektroterapii kardiologicznej oraz radiologii zabiegowej w zakresie kardiologii, a Wojskowy Instytut Medyczny – standardy dla medycyny pola walki i organizacji ochrony zdrowia wojsk.

Polskie Towarzystwo Kardiologiczne (PTK) informuje, że od dawna prowadzi własną certyfikację, m.in. w zakresie hemodynamiki, elektrofizjologii, elektroterapii i echokardiografii. – Było dla nas oczywiste, aby taką certyfikacją się zajmować, choć dotychczas nie szło za nią jednoznaczne usankcjonowanie prawne ani ze strony CMKP, ani Ministerstwa Zdrowia. Sytuacja się zmieniła, gdy weszło w życie ministerialne rozporządzenie. W związku z tym oczywiście chcemy być podmiotem certyfikującym umiejętności medyczne w myśl tego aktu prawnego. Rzecz jasna, w obszarach,

które nas dotyczą – deklaruje prof. dr hab. n. med. Marcin Grabowski, rzecznik PTK. I dodaje, że chodzi o te umiejętności wymienione w rozporządzeniu – z zakresu echokardiografii dorosłych i dzieci, elektroterapii kardiologicznej, a także inwazyjnej elektrofizjologii – ale także te, w których do tej pory PTK prowadziło własną certyfikację, np. z zakresu kardiologii inwazyjnej czy elektrokardiografii.

Kiedy realnie lekarze będą mogli ubiegać się w PTK o certyfikat z poszczególnych umiejętności? – Na razie są opracowywane kryteria, jakie będzie musiał spełnić lekarz chcący zdobyć certyfikat. Pracują nad nimi duże jednostki kardiologiczne, w tym Narodowy Instytut Kardiologii. Dopiero gdy będą gotowe, będziemy ubiegać się o wpisanie naszego towarzystwa do rejestru CMKP jako jednostki uprawnionej do prowadzenia certyfikacji. Chcielibyśmy rozpocząć certyfikację lekarzy w ciągu najbliższych 12 miesięcy. Zobaczmy, czy się uda – wyjaśnia rzecznik PTK.

DODATKOWY ATUT, A NIE WYMÓG

Jakie korzyści daje lekarzowi/lekarzowi dentyście uzyskanie certyfikatu w danej umiejętności zawodowej? – Uważam, że certyfikat daje po prostu możliwość udokumentowania swojej wiedzy i doświadczenia w konkretnej umiejętności zawodowej. To dodatkowy atut, a nie wymóg, by daną procedurę móc wykonywać. Nie ma obecnie żadnego przepisu, który promowałby np. dodatkowym finansowaniem wykonywanych procedur osoby, które dane umiejętności nabyła. Istnieje jednak obawa, że NFZ może przestać finansować określone procedury wykonywane przez lekarzy bez certyfikatu umiejętności. Na razie trudno przewidzieć, w jakim kierunku sytuacja się rozwine – zwraca uwagę wiceprezes NRL Klaudiusz Komor.

Jak informuje Biuro Komunikacji Ministerstwa Zdrowia, korzyścią z uzyskania certyfikatu w danej umiejętności zawodowej będzie możliwość uwzględniania lekarzy posiadających certyfikat określonej umiejętności w przepisach rozporządzeń w sprawie realizacji świadczeń gwarantowanych. „Tacy lekarze będą uzupełniać kadre lekarską

w wykonywaniu określonych procedur medycznych finansowanych ze środków publicznych, co powinno skrócić kolejki oczekujących na te procedury” – czytamy w odpowiedzi przesłanej przez resort zdrowia.

Warto przypomnieć, że ministerialne rozporządzenie dotyczące umiejętności zawodowych na etapie projektowania tego dokumentu było gorącym tematem, a poszczególne podmioty zgłaszały wiele uwag. Projekt ten był opiniowany między innymi przez Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej. Dyskusja toczyła się wokół tego, jakich specjalizacji lekarze (lub po danym roku specjalizacji lub bez specjalizacji) mogą certyfikować się w danych umiejętnościach medycznych

NIE KAŻDY MOŻE

Rozporządzenie ministra zdrowia z 13 czerwca 2023 r. w sprawie umiejętności zawodowych lekarzy i lekarzy dentyistów jest uzupełnieniem dotychczas martwego artykułu 17. ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentyisty, określającego zasady i organizację certyfikacji umiejętności zawodowych. Certyfikaty umiejętności zawodowych w myśl tych przepisów mogą przyznawać towarzystwa naukowe albo państwowe instytuty badawcze – właściwe dla danej umiejętności zawodowej i wpisane do rejestru prowadzonego przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego. Aby być wpisanym do rejestru, należy złożyć odpowiedni wniosek i spełnić szereg warunków, w tym opracować regulamin prowadzenia certyfikacji, który ma zagwarantować rzetelną weryfikację danej umiejętności zawodowej. Warunkiem dopuszczenia towarzystwa naukowego do certyfikacji umiejętności zawodowej jest też zapewnienie jawności źródeł finansowania działalności oraz wynagradzania członków zarządu. Proces certyfikacji może prowadzić wiele podmiotów w danej umiejętności.

WAŻNE SPRAWY

Azjatycki uścisk polskiego pacjenta

MARIUSZ TOMCZAK
DZIENNIKARZ

Krajowy rynek leków jest podatny na kryzysy, ponieważ leki dostępne w polskich aptekach są sprowadzane głównie z Azji. Samorząd lekarski apeluje o ograniczenie zależności od dostaw z zagranicy.

Bezpieczeństwo lekowe polega, mówiąc w wielkim uproszczeniu, na zapewnieniu ciągłości dostaw i dostępności farmaceutyków. Jego poziom może być określany m.in. przez stan zapasów, niedobory i prognozę zapotrzebowania. Chodzi o to, by medycy nie rozkładali rąk, a chorzy nie odchodzili z aptek z kwitkiem.

– Lekarze oczekują nie tylko jak najszerszej dostępności leków i szybkiego wprowadzania nowości, ale również bezpieczeństwa lekowego – podkreśla farmakolog kliniczny prof. Krzysztof J. Filipiak, przewodniczący Zespołu ds. Farmakoterapii i Polityki Lekowej Naczelnej Rady Lekarskiej (NRL).

KORONAWIRUS OTRZEŻWIŁ POLITYKÓW

W naszym kraju wytwarza się niewiele substancji czynnych (API – Active Pharmaceutical Ingredient). Większość z nich jest sprowadzana przede wszystkim z Chin i Indii. Ale nie jest to tylko nasza specyfika. Szacuje się, że ok. 80 proc. API wykorzystywanych w lekach używanych w Unii Europejskiej pochodzi z Azji, głównie z dwóch wspomnianych krajów.

Problem nie pojawił się wczoraj. Przez ostatnie dwie, trzy dekady Amerykanie i Europejczycy systematycznie rezygnowali z produkcji farmaceutyków w myśl zasady: „nieważne gdzie, byle taniej”. Wprawdzie już pod koniec lat 90. ubiegłego wieku pojawiały się głosy, że Pekin i Nowe Delhi dążą do monopolizacji rynku, ale nie traktowano ich zbyt poważnie.

Otrzeźwienie nadeszło wraz z epidemią koronawirusa SARS-CoV-2, kiedy niedobór farmaceutyków dał się we znaki

w wielu miejscach, a półki w magazynach i w niektórych placówkach medycznych zaczęły świecić pustkami. Zaczęto głośno apelować o skrócenie łańcuchów dostaw. Nie bez znaczenia był wzrost napięcia

Samowystarczalność pod względem lekowym jest istotna w kontekście ratowania życia w stanach nagłych, a także zapewnienia leczenia pacjentom chorującym przewlekle

między Waszyngtonem i Pekinem oraz rozpoczęcie rosyjskiej inwazji na Ukrainę, w której Chiny opowiedziały się po stronie Moskwy. Tym bardziej że publiczne wypowiedzi dygnitarzy Komunistycznej Partii Chin zabrzmiały złowrogo.

Jeśli zabraknie insuliny – Przez długi czas przenoszono produkcję do Chin i Indii, co doprowadziło do uzależnienia od Azji. Do połowy lat 90. XX wieku Europa i Stany Zjednoczone dostarczały 90 proc. stosowanych na świecie substancji do produkcji leków, a obecnie jest to zaledwie 20 proc. – mówi Krzysztof Kopeć, prezes Polskiego Związku Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego (PZPPF). Przyznaje, że na razie produkcja w Europie nie jest tańsza niż w Chinach czy Indiach, ale bezpieczeństwo kosztuje. – Wiadomo, jak może skończyć się brak insuliny,

leków przeciwcukrzycowych, antybiotyków czy leków na nadciśnienie – podkreśla szef PZPPF.

Oczy szerzej otworzyły się decydemtom także w innych państwach Starego Kontynentu. O tym, że w Brukseli coraz poważniej podchodzi się do bezpieczeństwa lekowego, świadczy m.in. opublikowanie pod koniec 2023 r. listy leków krytycznych. Zawiera ona wykaz ok. 200 substancji czynnych produktów leczniczych, uznawanych za kluczowe dla systemów opieki zdrowotnej w UE. Umieszczenie leku na liście nie oznacza, że go brakuje, lecz że niedobór może spowodować poważne szkody dla pacjentów i stanowić duże wyzwanie dla opieki zdrowotnej, bo nie da się go łatwo zastąpić innymi.

ZMIANA DECYZJI POPREDNIEGO RZĄDU

Do rozwoju produkcji leków nad Wisłą mogłoby przyczynić się wsparcie przemysłu farmaceutycznego. Wielkie nadzieje wiązano z Krajowym Planem Odbudowy i Zwiększania Odporności (KPO). Jednak kilka miesięcy temu Ministerstwo Rozwoju i Technologii podjęło decyzję o wycofaniu się z ustaleń dokonanych przez poprzedni obóz władzy, twierdząc, że nie da się sfinalizować procesu inwestycyjnego dotyczącego wytwarzania API w terminie pierwotnie określonym w KPO, czyli do końca czerwca 2026 r.

Sebastian Szymanek, prezes Zakładów Farmaceutycznych Polpharma,

► Prezydium NRL podziela pogląd, że należy pilnie podjąć dyskusję na temat możliwości wzmocnienia produkcji leków w Polsce

podczas ostatniej edycji Europejskiego Kongresu Gospodarczego w Katowicach podkreślił, że dążenie do samodzielnego wytwarzania wszystkiego, co jest potrzebne pacjentom, byłoby mało realne m.in. z uwagi na wysokie koszty. Dodał, że w obliczu możliwego wystąpienia sytuacji kryzysowej do zapewnienia bezpieczeństwa lekowego w Polsce wystarczy od 300 do 500 substancji czynnych. Obecnie co ósme opakowanie leku w polskich aptekach i co trzecie w szpitalach pochodzi z Polpharmy.

Z kolei dr Jarosław Frąckowiak, prezes firmy analitycznej PEX PharmaSequence, w czasie ostatniej konferencji Priorytetu w Ochronie Zdrowia powiedział, że koszt budowy fabryki produkującej 100 substancji czynnych waha się od 1 mld zł (mediana) do 1,8 mld zł (średnia). – W przeliczeniu na koszt budowy autostrady to równoważność przygotowania odcinka drogi liczącego 36-65 km. W przypadku budowy fabryki gotowych form leków koszt wynosi połowę kwoty potrzebnej na fabrykę API – ocenił.

Sygnaly otrzeźwienia płyną również z kierownictwa resortu zdrowia. Jesienią Agencja Badań Medycznych (ABM) i Narodowe Centrum Badań i Rozwoju (NCBiR) ruszą z konkursami dla firm farmaceutycznych – będą one mogły przeznaczyć dodatkowe środki na badania oraz wsparcie procesów technologicznych i produkcji. – Liczę, że wiele podmiotów, które produkują w kraju leki, skorzysta z nich, by rozwijać swoją działalność – zapowiedział w połowie września wiceminister zdrowia Marek Kos.

PREZYDIUM NRL APELUJE O DEBATĘ

W dyskusję na temat bezpieczeństwa lekowego włączył się samorząd lekarski. W stanowisku podjętym pod koniec czerwca 2024 r. czytamy m.in.: „Dostrzegając, że współczesny świat jest areną wielu konfliktów zbrojnych, mając po epidemii koronawirusa świadomość, że rynek produkcji leków i substancji czynnych oraz ich dystrybucji jest zależny od zdarzeń o charakterze nadzwyczajnym, a ponadto dostrzegając, że produkcja leków i ich dystrybucja może podlegać globalnym czynnikom o podłożu politycznym, co może w pewnych sytuacjach utrudnić polskim pacjentom dostęp do terapii lekowej, Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej podziela pogląd, że należy pilnie podjąć dyskusję na temat możliwości



fot.: Shutterstock.com

wzmocnienia produkcji leków i substancji czynnych w Polsce”.

Zdaniem samorządu lekarskiego przemawia za tym ważny interes społeczny. Samowystarczalność pod względem lekowym jest szczególnie istotna m.in. w kontekście ratowania życia w stanach nagłych, a także zapewnienia leczenia pacjentom chorującym przewlekle.

– Nasz apel ma na celu przeciwdziałanie potencjalnym zagrożeniom. Bezpieczeństwo lekowe polskich pacjentów jest kluczowe – mówi Damian Patecki, członek Prezydium NRL. I dodaje, że należy dążyć do ograniczenia zależności krajowego przemysłu produkcji leków i substancji czynnych od dostaw z zagranicy. „Sprawa nabiera szczególnego znaczenia w przypadku leków i substancji czynnych, które są krytycznie ważne z punktu widzenia bezpieczeństwa naszego państwa” – wskazuje Prezydium NRL.

WOJNA I POKÓJ

Przyjęcie stanowiska Prezydium NRL zbiegło się w czasie z posiedzeniem Parlamentarnego Zespołu ds. Dzieci, poświęconym bezpieczeństwu lekowemu najmłodszych pacjentów. Obecny na nim Damian Patecki zadeklarował wsparcie środowiska lekarskiego dla idei wzmocnienia bezpieczeństwa lekowego. – Jako przedstawiciel Naczelnej

Rady Lekarskiej postaram się przekonać koleżanki i kolegów, byśmy pomogli rozpropagować ten temat – powiedział.

W posiedzeniu udział wzięli m.in. szef Biura Bezpieczeństwa Narodowego (BBN) ppłk Jacek Siewiera i dyrektor Departamentu Wojskowej Służby Zdrowia w Ministerstwie Obrony Narodowej płk Arkadiusz Kosowski. Obaj są lekarzami i nie mają wątpliwości, że powinna powstać zarówno krajowa lista leków krytycznych, jak i rządowy program rozwoju ich produkcji.

Szef BBN mówił o ważnej roli rezerw leków w czasie pokoju i wojny. W obliczu kryzysu krajowy przemysł farmaceutyczny powinien być w stanie je odbudowywać. W przeciwnym razie część osób może stracić zdrowie lub życie. – Ludzie wówczas nie giną od bomb, a ich śmierci nie widać w międzynarodowych stacjach telewizyjnych. Umierają w szpitalach, co widać jedynie w zatrważającej statystyce nadmiarowych zgonów – podkreślił Jacek Siewiera. Szczególnie niepokojąco brzmią słowa, które niedawno usłyszał od przedstawicieli ukraińskiego Ministerstwa Zdrowia. – W Ukrainie w skali wszystkich strat w populacji dzieci dwukrotnie więcej najmłodszych poniosło śmierć w wyniku braku dostępu do leków niż działań bojowych – powiedział szef BBN. To daje do myślenia. ●

PRAWO I MEDYCYNA

Od formalności dużo zależy

Prawomocne postanowienia i orzeczenia sądu lekarskiego oraz uchwały rad lekarskich zawieszających i ograniczających prawo wykonywania zawodu lekarza wymagają podpisów.

GRZEGORZ WRONA
SEKRETARZ
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ



Cykl felietonów dotyczących prawomocnych orzeczeń sądów lekarskich, a także uchwał rad lekarskich, w wyniku których lekarzowi ograniczono lub zawieszono prawo wykonywania zawodu, chciałbym zakończyć uwagami formalnymi kierowanymi do lekarzy uczestniczących w postępowaniach w roli stron i do lekarzy uczestniczących w wydawaniu tych decyzji.

ORZECZENIE I UZASADNIENIE

Powszechnie wiadomo, że orzeczenie sądu lekarskiego wymaga złożenia podpisu przez wszystkich sędziów-lekarzy uczestniczących w jego wydaniu. Ponieważ wydanie orzeczenia jest zazwyczaj dwuetapowe, przed jego odczytaniem sporządzana jest jedynie sentencja, którą muszą wcześniej podpisać trzej sędziowie okręgowego sądu lekarskiego lub pięciu sędziów Naczelnego Sądu Lekarskiego. Uzasadnienie do tego orzeczenia sporządzane jest zazwyczaj w późniejszym czasie, a ponieważ uzasadnienie jest integralną częścią orzeczenia, również pod nim musi znaleźć się trzy lub pięć podpisów. Wątpliwości budzi, czy sentencja orzeczenia i uzasadnienie do orzeczenia muszą być odrębnie podpisane, w sytuacji gdy uzasadnienie powstaje przed ogłoszeniem orzeczenia – są to niezwykle rzadkie w praktyce sytuacje. Do takiej sytuacji na skutek złożonej kasacji odniósł się w przeszłości Sąd Najwyższy, który stwierdził, że jeżeli uzasadnienie

zostało sporządzone po sędziowskiej naradzie i było przygotowane przed ogłoszeniem orzeczenia, dokument sygnowany trzema podpisami sędziów okręgowego sądu lekarskiego umieszczonymi pod uzasadnieniem jest dokumentem spełniającym wymogi ustawy. Takie sytuacje mogą mieć miejsce, gdy sąd odroczy termin wydania orzeczenia.

UCHWAŁY

Nieco inne zasady obowiązują w zakresie sporządzania uchwał okręgowych rad lekarskich i Naczelnej Rady Lekarskiej. Wcześniej jednak warto podkreślić, że przyznawanie prawa wykonywania zawodu, odmowa przyznania prawa wykonywania zawodu, wpis i odmowa wpisu do rejestru lekarzy oparte są zgodnie z ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentystry na wymogu podjęcia uchwały przez rady lekarskie lub działające z ich upoważnienia prezydium rad lekarskich. Podkreślenia także wymaga, że tego rodzaju decyzje nie są decyzjami administracyjnymi, ale stosuje się do nich przepisy kodeksu postępowania administracyjnego odnoszące się do decyzji administracyjnych. Zgodnie z utrwaloną linią orzeczniczą sądów administracyjnych uchwały takie co do zasady winny być podpisane przez wszystkich głosujących członków

CZY ZNAJDĄ SIĘ CHĘTNI?

W komentarzu do art. 11 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry autorki – prof. Eleonora Zielińska i dr hab. Barbara Namysłowska-Gabrysiak – stwierdziły: „Naczelna Izba Lekarska nie podjęła żadnych działań w celu ustalenia ogólnie obowiązujących zasad przeprowadzania oceny, czy stopień przygotowania zawodowego lekarza jest dostateczny”. Podkreśliły, że ustawa nie zawiera upoważnienia w tym zakresie. Może jednak warto, choćby w formie stanowiska NRL, temat ten ujednotwić. Ciekaw jestem, czy są pośród Was chętni do przygotowania projektu takiego stanowiska.

tych organów. W ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry zawarto odmienny wymóg podpisywania niektórych uchwał przez prezesa lub upoważnionego wiceprezesa i sekretarza rady. Rodzajowa lista tych uchwał jest w ustawie enumeratywnie określona i dotyczy m.in. uchwał o przyznaniu lub odmowie przyznania pzw, wpisu lub odmowy wpisu do rejestru lekarzy. Inne uchwały podejmowane w oparciu o przepisy kpa, np. dotyczące zaletności składkowych, powinny być podpisane przez wszystkich głosujących. Na linii orzeczniczej sądów opiera się jeden z pełnomocników reprezentujących lekarzy, w sprawie których wydano uchwały odmawiające, każdorazowo, pomimo przepisu w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry, składając skargi do WSA na te uchwały. Skargi w tym zakresie są oddalane.

Warto pamiętać jeszcze o zasadach doręczania orzeczeń lub uchwał. Orzeczenia sądów doręczane są stronom postępowania i ich obrońcom lub pełnomocnikom listem poleconym za potwierdzeniem odbioru. Wcześniej sygnalizowałem temat doręczenia „zastępczego”. I znowu w prawie administracyjnym istnieje odmiennosc polegająca na obowiązku doręczenia uchwały jedynie pełnomocnikowi, jeśli został ustanowiony. Jeśli nie został ustanowiony, uchwała jest doręczana lekarzowi. ●

PRAWO I MEDYCINA

Nadzór nie może ograniczać lekarzy specjalistów

Mimo zarzutu wybiórczego badania pacjentów w czasie obchodu i niekontrolowania dokumentacji pacjentów pod kątem jej poprawności sąd uniewinnił ordynatora. Nie ma jednoznacznych zaleceń określających, jak często wpisywać obserwacje.

Na oddziale wewnętrznym był diagnozowany 80-letni pacjent w kierunku choroby mielo-proliferacyjnej. W trakcie hospitalizacji zmarł z powodu wstrząsu septycznego w przebiegu szpitalnego zapalenia płuc. Rodzina wnioskuje o zwolnienie z sekcji zwłok, deklarując brak zastrzeżeń do leczenia. Po niespełna czterech miesiącach najbliżsi zmarłego złożyli jednak skargę do okręgowej izby lekarskiej o niedołożenie należytej staranności w procesie diagnostyczno-leczniczym.

CZY NA PEWNO LEKCEWAŻENIE?

Ordynator oddziału chorób wewnętrznych został oskarżony o nieprawidłowy nadzór. W zarzucie okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej (OROZ) podniósł, iż mimo posiadanej wiedzy o nieprawidłowych wynikach badań dodatkowych i braku prawidłowej reakcji lekarza prowadzącego (specjalisty chorób wewnętrznych) nie skorygował postępowania tego lekarza. W uzasadnieniu OROZ wskazał ponadto lekceważenie przez ordynatora niewpisywania codziennych obserwacji przez lekarza prowadzącego i – w mowie końcowej przed sądem lekarskim – zażądał ukarania naganą.

Okręgowy sąd lekarski (OSL) orzekł, że ordynator jest winny zarzucanego mu czynu. Stwierdził, że adekwatną karą będzie zawieszenie prawa wykonywania zawodu lekarza na okres roku. Za obciążające obwinionego OSL uznał zapoznawanie się przez niego z dokumentacją chorego tylko w przypadku, gdy zachodziła potrzeba zgłoszona przez lekarza prowadzącego. Stwierdzono, że karygodne jest wybiórcze badanie pacjentów w czasie

ZBIGNIEW KUZYSZYN
NACZELNY RZECZNIK
ODPOWIEDZIALNOŚCI
ZAWODOWEJ



obchodu i niekontrolowanie dokumentacji pacjentów pod kątem jej poprawności.

W związku z apelacją obrońcy sprawą zajął się Naczelny Sąd Lekarski (NSL). Adwokat zgłosił zastrzeżenia odnośnie przypisania winy ordynatorowi, skoro lekarzem prowadzącym był lekarz specjalista, a więc – w pełni samodzielny. Na rozprawie odwoławczej Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej (NROZ) wnioskował o uchylenie orzeczenia OSL i uniewinnienie. Wskazał, że ordynator nadzorował czterdziestoosobowy oddział i w czasie pięciodniowego pobytu pacjenta dwukrotnie wizytował jego salę. Podkreślił, iż lekarze specjaliści nie wymagają szczególnego nadzoru. Także powołany biegły stał na stanowisku, iż nadzór nie może ograniczać innych specjalistów. Na marginesie wskazał również, że nie ma jednoznacznych zaleceń określających, jak często wpisywać obserwacje.

SKUTECZNA APELACJA

NSL przychylił się do wniosków obrońcy oraz NROZ i uniewinnił obwinionego od zarzucanego mu przewinienia zawodowego.

Zdaniem NSL nie było podstaw do przypisania lekarzowi odpowiedzialności zawodowej w ramach postawionego zarzutu.

WPIS W DOKUMENTACJI

Zgodnie z rozporządzeniem ministra zdrowia z 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (t. j. Dz. U. z 2024 r., poz. 798) informacja o przebiegu obserwacji w kolejnych dobach prowadzi się jedynie w karcie noworodka (par. 20 ust. 2 pkt 4 ww. rozporządzenia). Natomiast w pozostałych sytuacjach obowiązuje ogólna zasada (par. 4 ww. rozporządzenia): „Wpisu w dokumentacji dokonuje się niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, z zapewnieniem niezaprzeczalności i integralności danych, a w dokumentacji w postaci papierowej w sposób czytelny i w porządku chronologicznym”.

PRAWO I MEDYCINA

Kto odpowiada za wadliwy sprzęt medyczny

JOLANTA PIETRKIEWICZ-KNECHT
RADCA PRAWNY, WKB LAWYERS

Wadliwość może być pierwotna i wynikać z wad, które pojawiły się na etapie produkcji, lub być wtórna i pojawić się na dalszym etapie łańcucha dostaw, np. na etapie „przejęcia” produktu przez jego dystrybutorów, importerów lub pojawić się na etapie użytkowania wyrobu.

Wyroby medyczne stanowią obecnie nieodłączny element udzielanych świadczeń zdrowotnych. Przykłady to choćby stetoskop, który jest powszechnie stosowany przy badaniach przedmiotowych i diagnostyce dolnych dróg oddechowych, czy też otoskop. Jednak wraz ze wzrostem uczestnictwa wyrobów medycznych w udzielaniu świadczeń zdrowotnych rokrocznie wzrasta również liczba zgłoszeń incydentów medycznych/informacji dotyczących bezpieczeństwa wyrobów medycznych, kierowanych do prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych (URPL). W 2021 r. URPL prowadził zaledwie 138 takich postępowań, a w 2023 r. już 6395.

Z jaką odpowiedzialnością może się zatem wiązać posiadanie i użytkowanie wadliwego wyrobu medycznego? Kto jest odpowiedzialny za taki produkt oraz w jakich przypadkach pacjent może być odpowiedzialny za szkodę, która została przez niego wyrządzona?

WYROBY MEDYCZNE I DIAGNOSTYKA IN VITRO

Definicja wyrobu medycznego i wyrobu medycznego do diagnostyki in vitro jest bardzo złożona i znajduje się odpowiednio w rozporządzeniu w sprawie wyrobów medycznych 2017/745/WE (MDR) i rozporządzeniu 2017/746/WE w sprawie wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro (IVDR).

Upraszczając te definicje, można ogólnie wskazać, że wyrobem medycznym jest narzędzie, aparat, urządzenie,

oprogramowanie, implant, odczynnik, materiał lub inny artykuł przewidziany przez producenta do zastosowania medycznego u ludzi tj. m.in. do diagnozowania, profilaktyki, monitorowania, leczenia lub łagodzenia choroby, zastępowania lub modyfikowania budowy anatomicznej lub stanu chorobowego. Natomiast wyrobem medycznym do diagnostyki in vitro jest produkt do badania próbek pobranych z organizmu ludzkiego. Przykładami wyrobów medycznych będą wózki

To, jaki podmiot będzie ponosił odpowiedzialność, zależy od źródła stwierdzonej wadliwości oraz tego, na jakim etapie się ona pojawiła

inwalidzkie, ciśnieniomierze, glukometry, pojemniki na mocz, testy ciążowe, rozruszniki serca czy też aparaty słuchowe.

Każdy z tych wyrobów medycznych musi posiadać deklarację zgodności, która jest wydawana przez ich producenta. Jest ona deklaracją producenta potwierdzającą, że wyrób, którego dotyczy, spełnia wszystkie wymagania z MDR lub IVDR. Czasami sporządzenie przez producenta takiej deklaracji wymaga uzyskania przez niego certyfikatu dla danego wyrobu wydanego przez jednostkę notyfikowaną w procesie

certyfikacji. Udział takiej jednostki jest uzależniony od klasy wyrobu i zasadniczo dotyczy wszystkich wyrobów medycznych od klasy II i klasy A w przypadku wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro. Wydanie certyfikatu potwierdza, że oceniany wyrób medyczny jest zgodny z klasyfikacją i spełnia wszystkie związane z nią wymogi.

Potwierdzeniem zaś tego, że wyrób medyczny przeszedł ocenę zgodności i jest zgodny z przepisami prawa, jest oznakowanie CE, które jest ustandaryzowanym znakiem stosowanym dla dużej grupy różnych produktów (nie tylko wyrobów medycznych). Dodatkowym oznaczeniem wyrobów jest również kod UDI pozwalający zapewnić odpowiedni poziom identyfikowalności wyrobów medycznych w łańcuchach dostaw.

Co jednak, jeśli mimo spełnienia wspomnianych wymogów okaże się, że wyrób medyczny jest wadliwy?

POSTĘPOWANIE PO INCYDENCIE

Incydentem, zgodnie z art. 2 pkt 64 MDR, jest wszelkie wadliwe działanie lub pogorszenie właściwości lub działania wyrobu medycznego, w tym błąd użytkowy wynikający z cech ergonomicznych wyrobu udostępnionego na rynku, a także wszelkie nieprawidłowości w informacjach podanych przez producenta oraz wszelkie działania niepożądane. Poważnym incydem jest zaś bezpośrednie lub pośrednie

► Wadliwość sprzętu medycznego może być pierwotna lub wtórna i pojawić się na dalszym etapie łańcucha dostaw

doprowadzenie do zgonu pacjenta, użytkownika lub innej osoby, czasowe lub trwałe pogorszenie jej stanu zdrowia, wystąpienie poważnego zagrożenia zdrowia publicznego lub wystąpienie ryzyka takiego doprowadzenia.

Co do zasady incydent, który zdarzył się na terytorium Polski, może zgłosić każdy do URPL. Obowiązany jest to tego są natomiast podmioty wykonujące działalność leczniczą, osoby wykonujące zawód medyczny czy też dystrybutorzy i importerzy wyrobów.

Wystąpienie wadliwości wyrobu medycznego może również skutkować dochodzeniem przez osoby nim poszkodowane odpowiedzialności cywilnej w reżimie odpowiedzialności za produkt niebezpieczny.

WADLIWY WYRÓB JAKO PRODUKT NIEBEZPIECZNY

Wadliwy wyrób medyczny podlega pod reżim odpowiedzialności za produkt niebezpieczny, gdyż stanowi on produkt niezapewniający bezpieczeństwa, którego można oczekiwać, uwzględniając jego normalne użycie. Brak zapewnienia bezpieczeństwa przez taki produkt może wynikać z jego jakości, trwałości, niezawodności, bezpieczeństwa, błędów użytkowych lub nieprawidłowości w informacjach podanych przez producenta.

„Wada” wyrobu nie musi więc być zawsze związana z wadliwą konstrukcją (wada produkcyjna) samego produktu, ale może polegać na wadzie instrukcyjnej/prezentacyjnej wyrobu, która nie odpowiada np. jego przewidzianemu zastosowaniu. Jest to reżim odpowiedzialności na zasadzie ryzyka, która polega na tym, że podmiot odpowiada za daną wadliwość wyrobu niezależnie od jego winy za wystąpienie zdarzenia. W ewentualnych procesach odszkodowawczych wystarczającym jest zatem wykazanie wyłącznej szkody „wyrządzonej” przez wyrób będący produktem niebezpiecznym. Jednak ustalenie podmiotu odpowiedzialnego za taką wadliwość często nie jest proste z uwagi na wielość podmiotów uczestniczących w łańcuchach dostaw wyrobów medycznych.

DŁUGA LISTA PODMIOTÓW

Podmiotem odpowiedzialnym za wyrób medyczny jest jego producent, a więc



foto: Shutterstock.com

podmiot wytwarzający lub zlecający zaprojektowanie lub wytworzenie wyrobu medycznego. Producent ponosi co do zasady pełną odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną komukolwiek przez wadliwy wyrób medyczny. Na tej samej zasadzie odpowiada również producent części do wyrobu. W przypadku zaś producenta wyrobu niemającego siedziby w UE podmiotem mogącym ponosić z nim solidarną odpowiedzialność jest jego upoważniony przedstawiciel w UE z uwagi na przejęcie części jego obowiązków.

Odpowiedzialność producenta za produkt może być „przejęta” przez dystrybutora, importera lub każdy inny podmiot, który się za niego „podaje”. Wystarczającym jest, aby udostępnili oni wyrób pod ich własnym imieniem i nazwiskiem lub nazwą/zarejestrowaną nazwą handlową/zarejestrowanym znakiem towarowym, aby przejąć od producenta odpowiedzialność za produkt. Nie dotyczy to oczywiście przypadków, gdy takie działanie wynika z uprzedniego porozumienia z producentem. Odpowiedzialność przejmują również te podmioty, które zmieniają przewidziane zastosowanie wyrobu już wprowadzonego do obrotu lub do użytkowania lub też modyfikują wyrób już wprowadzony do obrotu lub do użytkowania w sposób mogący wpłynąć na jego zgodność z obowiązującymi wymogami. Działanie takie ingeruje bowiem w przewidziane przez

producenta zastosowanie wyrobu medycznego, co wyklucza jego odpowiedzialność, np. za zmienione przez podmiot zastosowanie.

Wady wyrobu medycznego mogą również wynikać z działania lub zaniechania personelu medycznego placówki medycznej korzystających ze sprzętu. Wyroby medyczne powinny być bowiem użytkowane i utrzymywane zgodnie z przewidzianym ich zastosowaniem w instrukcji używania wyrobu. Jeżeli zatem dopiero na tym końcowym etapie łańcucha dostaw pojawiły się jakieś wadliwości produktu, podmiotem za nie odpowiedzialnym będzie każdorazowo ten, z wyniku którego działań one wystąpiły. Taka odpowiedzialność może być również – w całości – przypisana do pacjenta, który użytkuje wyrób medyczny w sposób niezgodny z jego przeznaczeniem.

Wadliwość sprzętu medycznego może być bowiem pierwotna, a więc wynikać z wad, które pojawiły się już na etapie produkcji, lub też być wtórna i pojawić się na dalszym etapie łańcucha dostaw, np. na etapie „przejęcia” produktu przez jego dystrybutorów, importerów, lub też pojawić się już na etapie użytkowania wyrobu. Odpowiedzialność wszystkich podmiotów pojawiających się w tym łańcuchu dostaw będzie w takiej sytuacji warunkowana źródłem stwierdzonej wadliwości oraz bez wątpienia etapem, na którym się ona pojawiła. ●



for.: Shutterstock.com

PODATKI I FINANSE

Obligacje skarbowe: pewny zysk?

MARIUSZ TOMCZAK
DZIENNIKARZ

Dla wielu osób obligacje rządowe są synonimem bezpieczeństwa, ponieważ gwarantem wypłaty zobowiązań jest państwo. Rzeczywistość nie zawsze jest tak kolorowa.

Detaliczne obligacje Skarbu Państwa cieszą się dużym zainteresowaniem. Do wyboru są papiery 3-miesięczne, 1-roczone, 2-, 3-, 4- i 10-letnie, a dla osób otrzymujących świadczenie 800+ także 6- i 12-letnie.

– W sierpniu tego roku sprzedaliśmy obligacje detaliczne za kwotę blisko 11 mld zł, a w całym 2023 r. o wartości nominalnej ok. 49 mld zł – mówi Jurand Drop, podsekretarz stanu w Ministerstwie Finansów. Dla porównania: w przyjętym pod koniec sierpnia projekcji budżetu państwa na 2025 r. na publiczną ochronę zdrowia przewidziano 222 mld zł.

NAJWIĘKSZY RYNEK ŚWIATA

Przybliżając w poprzednim wydaniu ofertę skarbowych papierów wartościowych, pominąłem mnóstwo informacji, ponieważ w kilku czy kilkunastu akapitach nie da się wyczerpać tematu, o którym napisano już opasłe monografie, a w internecie wciąż pojawiają się nowe materiały.

Tym bardziej że rynek długu jest największym rynkiem papierów wartościowych na świecie. Jego wartość – o czym nie każdy wie – znacznie przewyższa wartość rynku akcji. Nie powinno zatem zaskakiwać, że ma kluczowe znaczenie dla systemu finansowego.

KOSZTOWNA LEKCJA HISTORII

Kilka tygodni temu jeden z Czytelników „Gazety Lekarskiej” skontaktował się z redakcją, zwracając uwagę na problem niewykupienia obligacji skarbowych wyemitowanych w okresie II Rzeczypospolitej przez Polską Rzeczpospolitą Ludową, a także po 1989 r., czyli już po przemianach ustrojowych.

„Dobra by była informacja dla wszystkich obecnych i przyszłych właścicieli obligacji skarbowych, że zobowiązania Skarbu Państwa, reprezentowanego przez ministra finansów, są i będą dotrzymane. Niestety, tak

nie jest” – napisał jeden z lekarzy. Tak, to prawda.

Z niewykupienia obligacji wyemitowanych przed II wojną światową płynnie kilka ważnych wniosków. Po pierwsze, państwo nie zawsze jest wypłacalnym dłużnikiem. Po drugie, na świecie podobne przypadki też się zdarzały i nie trzeba sięgać pamięcią do czasów tak odległych. Po trzecie, nie należy, a wręcz nie wolno chować głowy w piasek, uznając, że „państwo i tak wszystko zabierze”.

RYZIKO ZAWSZE ISTNIEJE

Inwestowanie zawsze wiąże się z możliwością utraty kapitału. Wprawdzie zakup obligacji skarbowych stabilnego państwa obarczone jest znacznie mniejszym ryzykiem niż nabycie akcji, ale niestety także istnieje. Może dojść m.in. do niedotrzymania warunków, tzn. zaciągający dług nie zwróci kwoty równej wartości nominalnej obligacji lub nie zapłaci odsetek albo jedno i drugie.

Środki na nieoprocentowanym rachunku bankowym lub nisko oprocentowanym rachunku oszczędnościowym są systematycznie „podgryzane” przez inflację. I choć nie ma cudownych sposobów na utrzymanie ich siły nabywczej, polskie obligacje skarbowe indeksowane inflacją dają – pod pewnymi warunkami – realną szansę na wygraną z inflacją w dłuższym terminie. Są też instrumentem finansowym bardzo prostym do zrozumienia. Nie należy do nich podchodzić jak pies do jeża.

A MOŻE DYWERSYFIKACJA?

Jeżeli ktoś bardzo obawia się powtórki z historii, to nie musi lokować wszystkich nadwyżek finansowych w krajowe papiery wartościowe. Na przykład można nabyć obligacje rządu Stanów Zjednoczonych, które są uznawane za najbardziej bezpieczne na świecie, albo państw należących do strefy euro.

Nie jest to trudne dzięki funduszom ETF (ang. Exchange-Traded Fund), dostępnym m.in. za pośrednictwem domów i biur maklerskich. Jeśli jednak inwestor z Polski, który zarabia i wydaje głównie w złotych, kupi obligacje denominowane w dolarze amerykańskim lub euro, musi brać pod uwagę m.in. ryzyko walutowe i wzrost zmienności portfela inwestycyjnego, a także inną stopę zwrotu.

PRAKTYKA LEKARSKA

Innowacje w stomatologii

LUCYNA KRYSIAK
DZIENNIKARKA

Leczenie kanałowe bezinstrumentalne, lasery w endodoncji czy procedury augmentacyjne w implantologii – to tylko niektóre z zagadnień wpisujących się w nowatorskie rozwiązania zaprezentowane podczas Warsaw Dental Medica Show.

Stomatologia jest dziedziną medyczną, która dynamicznie się rozwija. Poświęca się jej coraz więcej uwagi na różnego rodzaju forach. W dniach 5-7 września w Nadarzynie koło Warszawy odbyła się wystawa Warsaw Dental Medica Show. Imprezie towarzyszył VII Kongres Stomatologii, nad którym merytoryczny patronat objęło Polskie Towarzystwo Stomatologiczne.

MNIEJ INWAZYJNIE, BARDZIEJ SKUTECZNIE

W stomatologii dąży się do minimalizowania ingerencji w tkanki zęba tradycyjnymi narzędziami i materiałami, co nierzadko wiąże się z bólem, długim gojeniem i powikłaniami. W endodoncji, czyli leczeniu kanałowym, ma to szczególne znaczenie. W końcu jest ono obciążone różnego rodzaju zdarzeniami nieprzewidywanymi i niepożądanymi. Osłabiona struktura tkanki kostnej zęba i zniszczony kanał zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia np. jego perforacji, niedokładnego usunięcia miazgi zęba, infekcji i innych problemów.

Grzegorz Witkowski, lekarz dentysta z Warszawy, członek Europejskiego Towarzystwa Endodontycznego oraz Amerykańskiego Towarzystwa Endodontycznego tłumaczył podczas konferencji, jak wiele można uzyskać, stosując w endodoncji leczenie bezinstrumentalne, np. przy użyciu lasera.

Leczenie kanałowe jest procesem wieloetapowym i składa się z usunięcia zainfekowanej miazgi, poszerzenia kanałów, dezynfekcji i szczelnego wypełnienia układu korzeniowego zęba. Działanie lasera polega na fototermicznym niszczeniu mikroorganizmów. Działa on bakterio-bójczo w obrębie głównego kanału, jego odgałęzieniach i kanalikach zębinowych

zarówno w pierwotnym, jak i w powtórnym leczeniu kanałowym.

Mimo że mikroorganizmy się różnią, laseroterapia skutecznie usuwa obydwie flory bakteryjne. Laser, likwidując warstwę mazistą, odsłania boczne kanaliki i umożliwia ich przepłukanie i oczyszczenie. Przykładowo środki płuczące penetrują je na głębokość 100 mikrometrów, a laser na 1000 mikrometrów.

– To naprawdę rewolucja w porównaniu z leczeniem kanałowym tradycyjnymi narzędziami i technikami – przekonywał Grzegorz Witkowski.

Lasery sprawdzają się w leczeniu zębów z ropniami, zgorzelami,

Lasery sprawdzają się m.in. w leczeniu zębów z ropniami, zgorzelami, zmianami okołowierzchołkowymi czy resorpcją korzeni

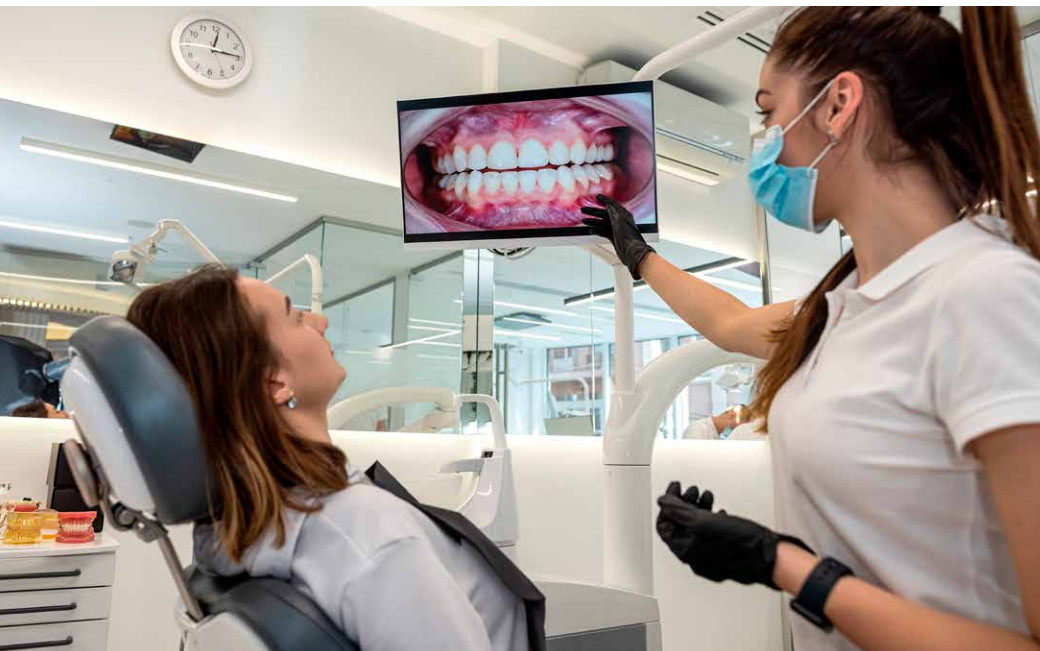
zmianami okołowierzchołkowymi, resorpcją korzeni, a także u pacjentów posiadających skomplikowaną budowę anatomiczną kanałów. Są także wykorzystywane w nieinwazyjnym leczeniu schorzeń błony śluzowej, zatrzymywaniu krwawienia, znieczulaniu, odkażaniu, działaniu przeciwbólowym, przeciwbrzękowym czy biostymulującym. Szczególnie istotne jest zastosowanie ich u pacjentów z grupy wysokiego ryzyka, z obniżoną odpornością czy obciążeniami kardiologicznymi.

Wykładowczyni, lekarz dentysta Joanna Kowalska, absolwentka Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, specjalizująca się m.in. w endodoncji mikroskopowej, poddała pod rozagę kwestię, jak daleko można się posunąć w minimalnej inwazji endodontycznej, omówiła ograniczenia nowoczesnej endodoncji i postawiła pytanie, czy w ogóle endodoncja bezinstrumentacyjna jest możliwa. Zastrzegła, że wybierając sposób leczenia kanałowego, lekarz dentysta musi pamiętać, że laser nie zastępuje konwencjonalnego leczenia endodontycznego, lecz je uzupełnia, sprawiając, że może być ono bardziej skuteczne. Jej zdaniem sprawdzone rozwiązania i nowe technologie pokazują instrumentarium endodontyczne w nowej odsłonie, nadając leczeniu kanałowemu szerszy wymiar.

ZAGĘSZCZANIE KOŚCI

Równie dynamiczny rozwój następuje również w implantologii. W ostatnich kilku latach zmieniły się technologie i materiały uzupełnień implantoprotetycznych, np. w zaawansowanej atrofii bezzębnych łuków zębowych. Ogromny postęp dokonał się też w stosowaniu procedur augmentacyjnych, o których mówił dr n. med. Andrzej Szwarczyński z Poznania, prezydent Polskiego Stowarzyszenia Implantologicznego (PSI).

Metoda ta polega na wprowadzeniu preparatu kośćozastępczego w pozycji przyszłego implantu. To dla pacjenta korzystne rozwiązanie, jednak jest możliwe, pod warunkiem że posiada on przynajmniej



◀ *Każdy lekarz dentysta powinien być też radiologiem stomatologicznym*

rentgenowskie wewnątrzustne i zewnątrzustne, ale coraz częściej wybierają metodę tzw. tomografii stożkowej (CBCT). Jednak właściwa interpretacja tego badania wymaga od lekarzy dentystów wiedzy wykraczającej poza struktury zębowe, a ci jej nie mają. Z kolei radiolodzy lekarscy diagnozują zmiany patologiczne w części twarzowej czaszki, ale pomijają ocenę zębów i tkanek okołowierzchołkowych, gdyż w tym właśnie zakresie mają zbyt małą wiedzę. Dlatego, jak zaznacza prof. Ingrid Różyło-Kalinowska, to stomatolodzy powinni doskonalić się w tej dziedzinie.

Stało się to możliwe z chwilą powołania umiejętności z radiologii szczękowo-twarzowej i jest nadzieją, że przybędzie radiologów biegłych w odczytywaniu i opisywaniu badań obrazowych takich zdjęć i będą się oni wywodzić spośród lekarzy dentystów. – Każdy lekarz dentysta w pewnym zakresie powinien być również radiologiem stomatologicznym, ponieważ radiologia jest obecnie nieodzownym elementem stomatologii i umiejętność interpretacji badań rentgenowskich, zarówno dwuwymiarowych, jak i trójwymiarowych, powinna być jego domeną – mówi prof. Ingrid Różyło-Kalinowska. Tym bardziej że radiolodzy lekarscy nie wykazują większego zainteresowania radiologią stomatologiczną, bo to wiedza bardzo specyficzna, dla stomatologów jest to więc przestrzeń do zagospodarowania.

Zarząd Główny PTS powołał zespół ds. opracowania programu szkoleniowego obejmującego umiejętności z radiologii szczękowo-twarzowej i warunków nadawania certyfikatu tej umiejętności zawodowej. Po zakończeniu prac wniosek o wpisanie PTS do rejestru towarzystw naukowych uprawnionych do przyznawania takich certyfikatów zostanie zgłoszony do Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, zgodnie z rozporządzeniem ministra zdrowia z 13 czerwca 2023 r. ●

3-milimetrowy odcinek kości własnej. Implantolog tworzy wówczas dostęp do zatoki i w tym samym miejscu wprowadza implant. Kiedy warunki kostne nie odpowiadają wymogom i badanie tomografem komputerowym wykazuje, że kość jest za miękka, a zatoka zbyt bliska, ze względu na niepewne rokowanie u pacjenta nie można zastosować tej procedury, chyba że zostanie on poddany inwazyjnemu i ryzykownemu zabiegowi podniesienia dna zatoki, co wiąże się z zaopatrzeniem rany materiałem kościotwórczym i wielomiesięcznym gojeniem.

Obecnie jest już dostępna augmentacja małoinwazyjna przy wykorzystaniu odpowiednich wiertel metodą Versaha. Warunkiem jej przeprowadzenia jest dobrze zachowana jakość kości wyrostka zębowego. W sytuacji, gdy doszło do zaniku kości (kość jest zbyt miękka, niedostatecznie gęsta), stosuje się augmentację, czyli zagęszczenie kości przy użyciu specjalnie skonstruowanych wiertel (nawiercając kość, jednocześnie ją zagęszczają), stwarzając tym samym wymagane warunki do osiągnięcia stabilizacji wykonanego wszczepu. Zabieg kończy się założeniem implantu. Skraca się czas leczenia i unika się długiego gojenia.

– Lasery są od wielu lat oczkiem w głowie stomatologii. W 2023 r. współorganizowaliśmy nawet zjazd Światowej Federacji Laserowej (World Federation for Laser Dentistry) we Wrocławiu wspólnie z Polskim Towarzystwem Stomatologii Laserowej. Wiedza, jak

zarządzać tkankami, aby ich nie tracić przy opracowaniu łoża pod implanty, a zarazem jak najskuteczniej je wykorzystywać, jest bezcenna. Skraca czas zabiegu i poprawia jego efektywność – komentuje prof. Marzena Dominiak, prezydent PTS.

Konferencja znakomicie wpisała się w te trendy.

POD CZUJNYM OKIEM RTG

W stomatologii nie ma nowoczesnego leczenia ani stosowania nowatorskich procedur bez obrazowania RTG. Prof. Ingrid Różyło-Kalinowska, prezes Sekcji Radiologii Szczękowo-Twarzowej i Stomatologicznej i past prezydent EADMFR oraz kierownik Zakładu Rentgenodiagnostyki Stomatologicznej i Szczękowo-Twarzowej UM w Lublinie, uważa, że ta część stomatologii wciąż jest niedoceniona. Radiografia stomatologiczna dostarcza lekarzowi dentyście niezbędnych informacji diagnostycznych, umożliwia dokładną ocenę struktury zębów oraz okolicznych tkanek, dzięki czemu może on nie tylko wykryć różnego rodzaju problemy zdrowotne pacjenta w jamie ustnej, ale też zaplanować leczenie i wprowadzać nowatorskie procedury wymagające niezwyklej precyzji.

Lekarze dentyści wykorzystują do diagnostyki przeważnie zdjęcia

fot.: Shutterstock.com

PRAKTYKA LEKARSKA

Patologia: stan obciążenia krytycznego

DR N. MED. PIOTR WIŚNIEWSKI
SPECIALISTA PATOMORFOLOG

Patologia jest działem medycyny zajmującym się, jak sama nazwa wskazuje, opisywaniem chorób. Zdobyć umiejętności zobaczenia pod mikroskopem, opisanie i nazwanie wykładników morfologicznych chorób zajmuje co najmniej 5 lat. Pełną samodzielność diagnostyczną osiąga się zwykle po mniej więcej 10 latach.

To trudna specjalizacja, wymagająca nie tylko wiedzy z zakresu anatomii, histologii, histopatologii oraz immunohistochemii i genetyki, ale przede wszystkim wszechstronnej znajomości zagadnień klinicznych. Patomorfolog jest lekarzem, nie laborantem, wynik badania histopatologicznego jest rodzajem konsultacji, a nie wydrukiem badanych wartości z maszyny, jak np. poziom jonów sodu i potasu w surowicy krwi.

Specjalistę patomorfologa nie może zastąpić żaden inny lekarz ani sztuczna inteligencja (przynajmniej na razie), tak więc każdy usunięty chirurgicznie narząd, tkankę, wycinek, bioptat, aspirat musi obejrzeć, ocenić i postawić rozpoznanie patolog.

Dlaczego tylko patolog? Ponieważ to, co dermatolog, chirurg, radiolog widzą jako „guzek”, może być nowotworem lub zmianą zapalną, lub zmianą wsteczną. Każda z nich zbudowana jest z komórek, które widać dopiero pod mikroskopem. Jeżeli guzek zbudowany jest z komórek bazaloidnych i kwasochłonnych cieni komórkowych, to jest to zapewne nabłoniak wapniejący. Jeśli z aktywnych mitotycznie atypowych melanocytów, to czerniak. A jeśli z granulocytów obojętnochłonnych, to ropień. Jak do tej pory nie wymyślono innego sposobu na postawienie rozpoznania nowotworu niż badanie histopatologiczne.

JESTEŚMY PONIŻEJ UNIJNEJ ŚREDNIEJ

Liczba patomorfologów czynnych zawodowo jest zbyt mała w stosunku do

potrzeb. Raport Najwyższej Izby Kontroli z 2020 r. podaje liczbę 599 specjalistów patomorfologów, przy czym 42 proc. spośród nich było w wieku powyżej 60 lat (teraz już powyżej 64 lat!). Brakuje niestety informacji, ilu z nich czasowo lub na stałe wyjechało z Polski, a ilu zajmuje się głównie działalnością naukową.

Mniej więcej w tym samym czasie, w którym powstawał raport NIK, konsultant krajowy w dziedzinie patomorfologii prof. Andrzej

Patolog musi ocenić i postawić rozpoznanie dla każdego usuniętego chirurgicznie narządu, tkanki czy wycinka

Marszałek udzielał wywiadu jednemu z czasopism medycznych, w którym stwierdził, że patomorfologów specjalistów mamy w Polsce około 460. W Unii Europejskiej jeden patomorfolog przypada na 35 tys. mieszkańców – jeżeli zatem w Polsce chcemy dorównać średniej w UE, to powinno pracować 1077 specjalistów. Zakładając bardzo optymistycznie, że rocznie będzie przybywało 20 nowych patomorfologów, to już za 24 lata

możemy osiągnąć ten cel. Naturalnie, pod warunkiem, że żaden patomorfolog nie przejdzie na emeryturę (wracając do raportu NIK, 42 proc. z obecnych patologów będzie miało powyżej 88 lat!) i wszyscy młodzi będą pracować w Polsce.

Nawet większa liczba patologów nie jest wystarczająca w porównaniu do potrzeb sprzed kilku lat, ponieważ w dramatyczny sposób wzrosły wymagania współczesnej onkologii. Przed rokiem 2000 patomorfologia opierała się na ocenie obrazu mikroskopowego, od ponad 20 lat patomorfologia to tak naprawdę „patomorfoimmunogenetyka” lub, jak to coraz częściej nazywają zachodnie źródła piśmiennicze, „teranostyka”, czyli skrzyżowanie diagnostyki z wytycznymi do terapii.

Znacząco wydłużył się czas niezbędny do postawienia pełnego rozpoznania histopatologicznego z oceną czynników predykcyjnych. Można to porównać do pracownika parkingu, który kiedyś miał sprawdzić i zanotować numer rejestracyjny oraz markę samochodów wjeżdżających na parking, a teraz ma wpisywać markę, model, kolor i typ nadwozia, numer VIN, pojemność silnika, numer silnika, rok produkcji i podkreślić na zielono pojazdy elektryczne. Rozpoznanie raka piersi kilka lat temu to dwa zdania zwykle pisane po łacinie

(„Carcinoma ductale invasivum mammae. Metastases carcinomatosae in lymphonodis axillae”) i status receptorów, teraz to formularz na dwóch stronach formatu A4.

Każdą ze składowych rozpoznania należy obejrzeć, sprawdzić, zaklasyfikować i wpisać do raportu patomorfologicznego. Dwadzieścia lat temu postawienie rozpoznania raka piersi zajmowało kilkanaście minut, teraz to nawet godzina. Dwadzieścia lat temu wykonywano biopsję aspiracyjną guza piersi i operację radykalnej mastektomii. Obecnie wykonywana jest bardzo trudna w ocenie biopsja gruboigłowa, oprócz rozpoznania histopatologicznego również ocena czynników predykcyjnych (od 4 do 5 w zależności od typu raka, dodatkowo ewentualnie badanie FISH), biopsja cienkoigłowa, lub badanie śródoperacyjne węzła wartowniczego. Następnie operacja oszczędzająca pierś, co wiąże się z oceną mikroskopową całego materiału z oceną wszystkich marginesów, a jeśli stosowano chemioterapię przedoperacyjną, to również ocena odpowiedzi na leczenie. Te procedury, czasochłonne i kosztowne, dają nieporównywalnie lepszy efekt leczenia niż kilkanaście lat temu; nie można jednak zapominać, że również charakter pracy patologa teraz i kiedyś jest zupełnie inny.

12 GODZIN PRZY MIKROSKOPIE

Obecnie każdy nowotwór jest traktowany indywidualnie, jedna zmienna może warunkować szanse na skuteczną terapię. Właściwa ocena jest możliwa tylko na dobrze utrwalonym, dobrze opracowanym materiale tkankowym – dodajmy zwykle bardzo drobnym, mierzonym

w milimetrach. Jak zapewnić prawidłowe, kompletne, terminowe rozpoznania histopatologiczne, skoro w codziennej praktyce promowana jest praca na akord, dużo, szybko, byle nie było zaległości, byle rozliczyć pakiety DILO. Wracając do porównania z pracownikiem parkingu, jeśli w kolejce na parking stoi 100 samochodów, zniecierpliwieni kierowcy trąbią, to najprościej wpisać do zeszytu „numer częściowo zatarty, nieczytelny, kolor nieokreślony, prawdopodobnie hatchback, nie można wykluczyć kombi”. Rzetelny pracownik, choćby szybki i sprawny, nie jest w stanie sprawdzić tabel nazw kolorów, otworzyć maski, przetrzeć gazikiem z benzyną blaszkę z numerem nadwozia i dokładnie, bezbłędnie wszystko wpisać. Ilu z patologów może o sobie powiedzieć: „zawsze jestem rzetelny”, ilu może to powiedzieć po 22:00, po 12. godzinie przy mikroskopie?

Ile jest badań patomorfologicznych rocznie? Punktem odniesienia może być liczba 150 tys., bo tyle jest rocznie nowych rozpoznań nowotworów złośliwych (pamiętajmy też o wznowach i przerzutach – w Polsce żyje około miliona osób z rozpoznaną chorobą nowotworową), wiele z nich konsultowanych przez kilku specjalistów. Dodajmy do tego biopsje zmian podejrzanych, które okazują się zmianami łagodnymi, zmiany nienowotworowe od zapaleń wyrostka robaczkowego po choroby kłębuszkowe nerek. Dla porównania, w liczącej około

68 mln mieszkańców Francji pracuje 1651 patomorfologów w 223 zakładach patomorfologii, którzy wykonują 15 000 000 badań rocznie.

Do 2019 r. liczba badań systematycznie rosła, w czasie pandemii zauważalnie spadła, jednak obecnie badań jest coraz więcej, prawdopodobnie ma to związek z niezgłaszaniem się chorych w czasie pandemii oraz napływem imigrantów, m.in. z powodu wojny na Ukrainie.

To także patomorfolodzy kwalifikują materiał tkankowy do badań genetycznych, które są niezbędne do stosowania leczenia celowanego w onkologii w coraz liczniejszych typach nowotworów. Również ocena czynników predykcyjnych w oparciu o odczyn immunohistochemiczne należy do zadań patologów. Badania te nie są wymagane do postawienia rozpoznania histopatologicznego, są za to niezbędne np. do podjęcia decyzji o immunoterapii nowotworów. W ośrodkach onkologicznych ocena czynników predykcyjnych to już niemal 20 proc. wszystkich badań immunohistochemicznych.

Oprócz diagnostyki patomorfolodzy (bo któżby inny) szkolą studentów medycyny. Oznacza to oderwanie od pracy diagnostycznej kolejnych specjalistów i nowe wolne miejsca w grafiku pracy w zakładzie patomorfologii.

ZMIANY, ZMIANY, ZMIANY...

Jakie jeszcze zadania czekają na patomorfologów? Czekają nas nowe systemy redagowania rozpoznań

REKLAMA

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

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

Nr konta: 31 1240 6263 1111 0010 4779 2541

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



► *Specjalistę patomorfologa nie może zastąpić żaden inny lekarz ani sztuczna inteligencja*

histopatologicznych, czyli raporty synoptyczne. Zgodnie z nowymi wymogami, które weszły w życie 21 października 2023 r., w przeciwieństwie do dotychczasowych tekstowych rozpoznań trzeba będzie wypełnić szereg pól wyboru. Oznacza to podwójną pracę „edytorską” (raz dla klinicysty, raz dla systemu komputerowego). O ile wydłuży to pracę przy komputerze? Tego na razie nie wiadomo, ponieważ przepis jest martwy, żaden z zakładów patomorfologii oraz dostawców usług informatycznych nie jest w stanie wykonać tego artykułu ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej. Wprowadza ona długi katalog danych w ramach badania histopatologicznego, co z pewnością wydłuży czas opracowywania rozpoznania histopatologicznego.

Od niedawna wyniki histopatologiczne trafiają bezpośrednio na platformę informatyczną P1, gdzie pacjent może bezpośrednio (czyli bez wizyty u lekarza) zapoznać się z wynikiem badania. W dyskusjach z kolegami patologami dostrzegamy bardzo prawdopodobne problemy wynikające z tego faktu. Po pierwsze badanie patomorfologiczne jest formą konsultacji lekarsko-lekarskiej. Pisanej w sposób zrozumiały dla innego lekarza, ale już nie dla pacjenta dysponującego przeglądarką internetową. Wynik jest niejednokrotnie uzupełniany, pisany często w języku polsko-angielsko-łacińskim, składa się z opisów, numerów preparatów, kodów. To, co dla lekarza jest oczywiste, dla pacjenta może być śmiertelną pułapką; często używane zdanie: „utkania nowotworu w badanym materiale nie stwierdzono”, dla lekarza jest informacją, którą musi skorelować z wynikami innych badań i podjąć stosowaną decyzję. Dla pacjenta może to oznaczać, że jest zdrowy, a guz żołądka nie jest rakiem. Pisząc rozpoznanie nowotworu złośliwego, zdaję sobie sprawę z tego, co to oznacza dla pacjenta, dla jego bliskich; pozostawienie pacjenta sam na sam z tą dramatyczną informacją, bez wsparcia, bez wskazania możliwości dalszego postępowania lekarskiego może być dla wielu pacjentów zbyt silnym przeżyciem.

Co się dobrego wydarzyło w ostatnich latach w tym obszarze? Wprowadzono program akredytacji w ramach „Poprawy

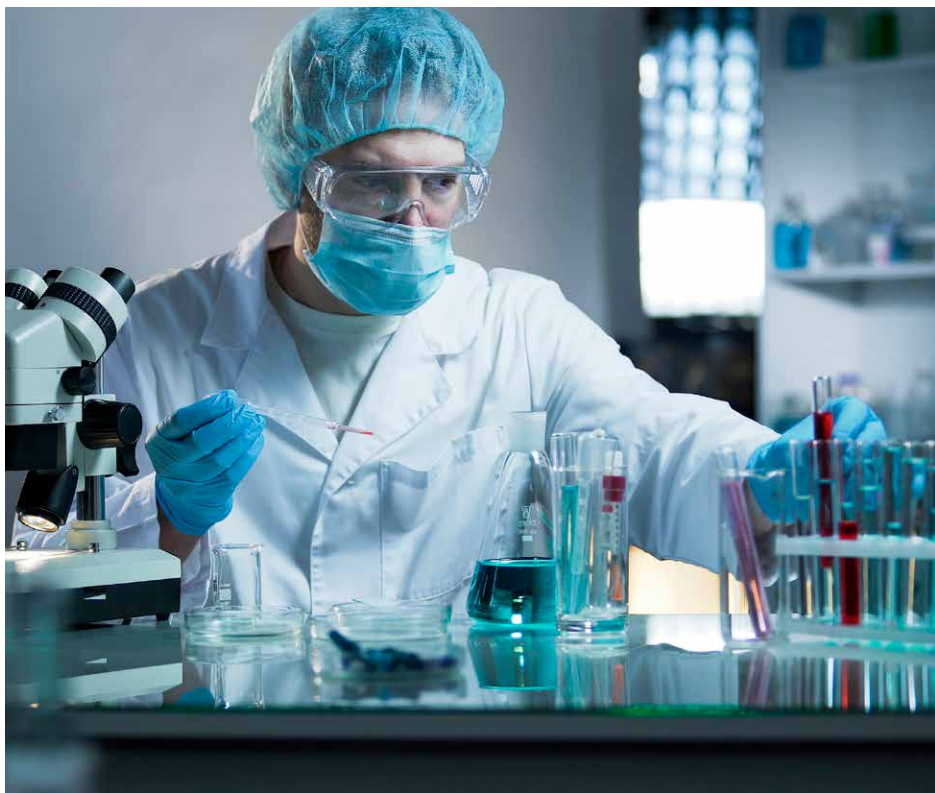


foto: Shutterstock.com

jakości w patomorfologii”. Jest to bardzo cenna inicjatywa, reguluje ona standardy gwarantujące dobrą jakość. Akredytację uzyskało około 50 zakładów patomorfologii (czyli około jednej trzeciej ze wszystkich 163). Można zaryzykować twierdzenie, że większość zakładów patomorfologii, które uzyskały akredytację, również wcześniej cechował wysoki poziom przestrzegania standardów jakości. Pozostałe ponad 100 zakładów, przez to, że nie starały się o akredytację lub jej nie uzyskały, nie są gorsze – kryteria akredytacji wręcz wykluczały duże ośrodki, zwykle prywatne, pracujące dla licznych kontrahentów, a nie tylko dla jednego szpitala.

O KROK OD ZAPAŚCI

Skoro brakuje specjalistów, to jaka jest tego przyczyna i co można zrobić, żeby zwiększyć ich liczbę? Jednym z powodów są prawdopodobnie relatywnie niskie zarobki w stosunku do czasu i nakładu pracy. Samodzielnym specjalistą teoretycznie zostaje się po 5 latach od rozpoczęcia specjalizacji, w praktyce po 7-10 latach (Na przykład

amerykańskie źródła podają, że wyszkolenie w pełni samodzielnego patologa powinno trwać nie mniej niż 7-8 lat), a więc samodzielność osiąga patolog w wieku około 35 i więcej lat. Niejeden policjant w tym wieku myśli poważnie o emeryturze, a koledzy klinicyści już od dawna są samodzielnymi finansowo.

Wiadomo, że bez rozpoznania histopatologicznego nie można podjąć żadnych decyzji terapeutycznych w onkologii i innych dziedzinach medycyny. Zapewnienie dobrej i szybkiej diagnozy powinno być priorytetem. Bez dofinansowanej, nowoczesnej patomorfologii nie może istnieć skuteczna onkologia. Możemy dyskutować, w jakim stopniu akredytacja przyczyni się do poprawy jakości, czy obecne zachęty dla chcących rozpocząć specjalizację z patomorfologii są wystarczające, czy rozpoznania synoptyczne poprawia, czy znacząco pogorszą sytuację; jednak przedstawione liczby nie podlegają dyskusji. Patologia znalazła się na granicy maksymalnego obciążenia, bez konkretnych działań ze strony Ministerstwa Zdrowia patomorfologię w niedalekiej przyszłości czeka zapaść. ●

Za co można hejtować farmaceutę

Wydawałoby się, że praca w aptece należy do spokojnych i komfortowych. Niestety pieniądze zawsze i wszędzie wywołują emocje. Apteki nie są wyjątkiem.

Niby każdy rozumie, że wszystko kosztuje, ale po wyjściu ze szpitala lub gabinetu, gdzie nie trzeba było płacić za nic, w wielu pacjentach budzi się roszczeniowość. Z punktu widzenia logiki oraz reguł ekonomicznych, oczekiwanie, że farmaceuta miałby rozdawać leki za darmo lub poniżej kosztów zakupu, jest irracjonalne. Zresztą analogicznie do oczekiwania, że lekarze będą Judymami. Takich oczekiwań nie ma np. od hydraulików.

Co ciekawe, a zarazem irytujące, nadal zdarzają się firmy z rajów podatkowych, które w posiadanych przez siebie aptekach stosują sprzedaż poniżej kosztów zakupu. Zasoby funduszy inwestycyjnych są nieprzebrane, a cele – przejmowanie aptek i ich koncentracja w jednym ręku – długofalowe.

Na łamach „Gazety Lekarskiej” już wspominałem o skutkach wieloletnich działań lub zaniechań polityków ze wszystkich ugrupowań, które po przemianach 1989 r. doprowadziły do traktowania apteki i leków, jak sklepu i towaru. A farmaceutów – 83 proc. z nich to kobiety – jak sprzedawców, których bezkarnie można obrzucać inwektywami lub traktować lekceważąco. Zwroty typu: „kochanieńka, złościutka, lalunia”, są dość częste.

Za groźbami idą czyny. W czasie pandemii w jednej z aptek w Zgorzelcu farmaceuta poprosił pacjenta o założenie maseczki. Tak wzburzyło to mężczyznę, że po chwili wraz ze swoim bratem wtargnęli na zaplecze apteki, gdzie w niezwykle dotkliwy sposób pobili farmaceutę. Ta głośna sprawa doprowadziła w poprzedniej kadencji parlamentarnej do jednego z kilku wyjątkowo zgodnych głosowań. Farmaceuci podczas swej pracy uzyskali ochronę prawną jak dla urzędnika państwowego (wcześniej, jako

MARIUSZ POLITOWICZ
CZŁONEK NACZELNEJ
RADY APTEKARSKIEJ



jedyni z grupy „białych zawodów”, nie mieliśmy jej).

26 sierpnia b.r., w jednej z aptek w Rudzie Śląskiej doszło do nietypowego przejawu agresji. Jak podaje tamtejsza policja, „39-letni rudzianin przyszedł do apteki zrealizować sporą receptę. Mężczyzna nie chciał wykupić całości przepisanych leków, a tylko część. Gdy farmaceutka poinformowała go, że resztę leków też będzie musiał wykupić w tej aptece (...) ze złości uderzył ręką w oddzielającą ich szybę. Apteeczna witryna uległa uszkodzeniu”.

Od ponad 30 lat, w tym już trzecią z rzędu kadencję w Naczelnej Radzie Aptekarskiej, zajmuję się problemem, którym są niepłatne dyżury aptek. W wielkim skrócie: do końca 2023 r. art. 94 Prawa farmaceutycznego przewidywał, że dni i godziny pracy aptek ogólnodostępnych ustalała rada powiatu. Jednak ani ten, ani żaden inny przepis nie przewidywał zapłaty za dyżury.

Apteki są podmiotami prywatnymi na własnym rozrachunku, a nie służbami państwowymi finansowanymi z podatków lub składek zdrowotnych. Radni oraz starostowie mogli aptekom narzucać niepłatną pracę i robili to bez wahania – zgodnie z ustawą. Nie przyjmowali uzasadnionych

uwag farmaceutów, w tym, że jest nas zbyt mało (wg. Ministerstwa Zdrowia na statystyczną aptekę przypada nieco poniżej dwóch magistrów farmacji). Zwłaszcza w aptekach jednoosobowych nie da się pracować 24/7, a tak ustalano w wielu powiatach, także moim, pleszewskim.

Dyżury zawsze były niedochodowe, szczególnie w małych miejscowościach. Koszt był większy od zysku z nocnej sprzedaży testów ciążowych, pojemników na moc lub prezerwatyw. To był i jest najczęstszy asortyment wydawany na dyżurach. Także maksymalna dozwolona przepisami opłata za nocną ekspedycję produktów leczniczych (a więc nie ww. asortymentu), nie była adekwatna. 3,2 zł „od paragonu” było uwłaczającą jałmużną, której większość aptek nie pobierała. Również dlatego, że pacjenci oraz media później negatywnie opisywali „paragony grozy”.

Kilka razy starostowie lub prezydenci miast składali na niedyżurujących farmaceutów donosy do prokuratury, jakoby stwarzali oni zagrożenie zdrowia lub życia. We wszystkich przypadkach prokuratorzy odmawiali wszczęcia postępowania.

Były starosta z pewnego wielkopolskiego miasta, apelował na

PRAKTYKA LEKARSKA

Pacjent w różowych okularach

Nie lubią narzekać. Nawet gdy ledwo żyją, zapewniają, że wszystko jest w porządku. Ale gdy przejdą zabieg, widzą efekt, są wdzięczni za pomoc. Wbrew pozorom nie jest łatwo ich leczyć. O opiece nad dorosłymi z wrodzonymi wadami serca opowiada **prof. Agata Bielecka-Dąbrowa** w rozmowie z Adamem Czerwińskim.

fejsbukowej stronie swego urzędu, by mieszkańcy donosili mu na niedyżurujące apteki. On te donosy zbierze, a potem wystąpi do NFZ i Inspekcji Farmaceutycznej, by im... cofnięto zezwolenia na prowadzenie aptek. Starosta z innej części Polski tak właśnie zrobił, a Inspekcja wszczęła postępowanie ws. cofnięcia zezwolenia ośmiu (!) aptekom. Po przepychankach, także w sądach administracyjnych, apteki uległy. Kuriozalne było uzasadnienie wniosku starosty. W ostatnich latach otworzyło się wiele aptek, więc, owszem, brakuje w nich farmaceutów. Jednak gdy Inspekcja je pozamyka, farmaceuci pójdą pracować w pozostałych aptekach, dzięki czemu dyżury powrócą.

Te osiem aptek otrzymało od inspekcji decyzje administracyjne nakazujące powrót do dyżurowania. Chichot losu sprawił, że nowe brzmienie art. 94 prawa farmaceutycznego uniemożliwia wyznaczenie takich aptek do dyżurowania.

Kilka lat temu jeden z radnych tego powiatu, notabene wraz z żoną będącą przedstawicielem średniego personelu w ochronie zdrowia, powiedział w lokalnych mediach: *przywrócimy dyżury całonocne i nie ma dyskusji!*

Półtora roku temu jedna z farmaceutek z północno-zachodniej Polski miała groźny wypadek samochodowy. Trafiła na OIOM. Dzień po wypadku, jej emerytowana i nadal współpracująca mama, także farmaceutka, napisała do starosty pismo, że jedyna farmaceutka, która jest w stanie dyżurować, leży na OIOM więc dyżury są niemożliwe. Tego samego dnia starosta przesłał odpowiedź, że *jego nie interesują przyczyny, a dyżury mają być!*

Jakiś czas temu starosta powiatu z południowo-wschodniej Polski, na spotkaniu ws. dyżurów zaprosił kierowników tamtejszych aptek. Rozpoczął je słowami: *przyjechali tu państwo tak pięknymi samochodami, że nie mówcie mi, jakoby dyżury były niedochodowe. Po ripostach farmaceutów dodał: wystarczająco dużo zarabiacie w dzień, że troszeczkę możecie dołożyć w nocy.*

Powyższe zdanie zostało podchwyczone przez wielu innych starostów i radnych.

31 sierpnia b.r. w jednej z rozgłośni radiowych przedstawiciel powiatów wyraził opinię, że nie ma dyżurów, bo farmaceuci nie chcą się przepracowywać. Każdy rozumie, że przepracowujący się chirurg jest zagrożeniem dla zdrowia pacjentów, a nie leniem, prawda? ●

Pacjent z wrodzoną wadą serca to!

Na przykład młoda pacjentka skierowana do mojej kliniki na kontrolną hospitalizację z powodu wrodzonej wady serca. Ta wada to całkowite przełożenie wielkich pni tętniczych z ubytkiem przegrody międzykomorowej. Pacjentka przeszła w dzieciństwie operację kardiochirurgiczną, a my mieliśmy sprawdzić, czy po tych operacjach wszystko działa, jak trzeba.

Nie działało!

Jeszcze jak! Jako powikłanie tej wady wystąpiła u pacjentki niedomykalność zastawki neoortalnej. Na granicy kwalifikowalności do leczenia operacyjnego. Zaleciliśmy jeszcze u tej pacjentki wykonanie rezonansu magnetycznego serca, a ponieważ wspominała, że myśli o zajściu w ciążę, poprosiliśmy, by odłożyła te plany. Tłumaczyliśmy, że najbezpieczniej będzie najpierw wyjaśnić jej sytuację, zrobić ewentualną operację, i później już spokojnie realizować marzenia.

Nie posłuchała!

Gdy wróciła do nas z wynikiem rezonansu, okazało się, że ma dodatni wynik beta HCG i od nas dowiedziała się, że jest w ciąży. Dodam tylko, że rezonans potwierdził ciężką niedomykalność zastawki neoortalnej. Taką, że gdyby nie ciąża, należałoby robić zabieg operacyjny.



▲ Młody dorosły z wrodzoną wadą serca wymaga szczególnej uwagi – uważa prof. Agata Bielecka-Dąbrowa

Cóż robić? Zmieniliśmy postać postępowania na zachowawcze, czyli obserwację pacjentki, kontrolę ciąży i ciągłą ocenę stanu zdrowia.

Ze względu na zaostrzającą się niewydolność serca i nasilenie arytmii komorowej i nadkomorowej u pacjentki położnicy przeprowadzili cesarskie cięcie. Pomogliśmy jeszcze pacjentce przetrwać okres połogu, później – już w innym ośrodku – był zabieg, o którym od

początku mówiliśmy i skończyło się jak w baśni. Wszyscy żyją długo i szczęśliwie.

Nie minęło wiele czasu i znów przyjmujemy młodą kobietę, która w Instytucie „Centrum Zdrowia Matki Polki” (ICZMP) była operowana jako dziecko z powodu tetralogii Fallota. Jeszcze jako dziecko miała wskazania do reoperacji z powodu zwężenia zastawki biologicznej CorMatrix w pozycji płucnej i była już na tę reoperację zakwalifikowana. I przestała się pojawiać w szpitalu. Z poradni też zniknęła. Pojawiła się po pięciu latach już u nas w siedemnastym tygodniu ciąży. W ocenie echokardiograficznej stwierdziliśmy ciężkie zwężenie zastawki w pozycji płucnej oraz wielopoziomowe zwężenie pnia płucnego. Pojawiły się objawy niewydolności serca. Próby leczenia operacyjnego według kardiochirurgów skończyłyby się wybitnie niekorzystnie dla dziecka. O wcześniejszym zakończeniu ciąży pacjentka nie chciała słyszeć. Objawy niewydolności serca się nasilały, więc zorganizowaliśmy konsylium, na którym byli obecni kardiologzy interwencyjni, anesteziolodzy i ginekolodzy. Wspólnie podjęliśmy decyzję o przeprowadzeniu cewnikowania serca z próbą przeszskórnego, przynajmniej czasowego, poszerzenia drogi odpływu prawej komory. I taki zabieg został przeprowadzony u ciężarnej. Udało się. Od razu obserwowaliśmy poprawę funkcji prawej komory i bardzo istotne zmniejszenie biochemicznych markerów niewydolności serca. To pozwoliło pacjentce urodzić zdrowe dziecko. I później już planowo był przeprowadzony zabieg operacyjny u tej pacjentki.

Wiele te pacjentki łączy. Wada serca, ciężka i specyficzne podejścia do niej... Ale ja bym wskazała na inny wspólny mianownik łączący większość pacjentów z ciężkimi, wrodzonymi wadami serca. Ci ludzie prawie wcale nie narzekają na swoje samopoczucie. Mam porównanie z dorosłymi bez wad, trafiającymi na kardiologię. Oni zgłaszają mnóstwo różnych dolegliwości i problemów, które u nich występują. A pacjent z wadą wrodzoną, szczególnie młody dorosły, rzadko kiedy narzeka. A jeśli już narzeka, to jest zazwyczaj naprawdę na jakiś bardzo istotny problem, zwykle taki, że są już wskazania do poważnej interwencji.

Czyżby wada serca działała jak różowe okulary?

Tak! Analizowaliśmy wyniki badań w tej grupie. I jeśli na przykład trzeba zrobić

cewnikowanie serca, które kończy się wszczępieniem przeszskórnym zastawki, to normą jest, że pacjent do samego końca utrzymuje, że się świetnie czuje. Tak jakby miał zupełnie inną skalę odporności na ból, wytrzymałości, oceny jakości życia. Zastanawiałymy się, dlaczego tak jest, i prawdopodobnie jest to również związane z tym, że ci pacjenci przeszli w życiu kilka ciężkich operacji. Czuli się wtedy naprawdę źle. Pomógł nam to zrozumieć jeden z naszych pacjentów, który urodził się z ciężką wadą serca i przeszedł w dzieciństwie trzy operacje. Opowiadał, że pamięta okres przed operacjami i to, jaki miał problem, żeby zrobić dwa, trzy kroki po schodach. Jeżeli więc odnośnikiem jest taka sytuacja, to dla człowieka, który może prawie normalnie funkcjonować, nie ma sensu zgłaszać drobnych z subiektywnego punktu widzenia dolegliwości, bo przecież w jego skali one nie są problemem. Tymczasem, gdy rzeczywiście zrobimy badania, to widzimy, że te drobne dolegliwości są pilnym wskazaniem do interwencji. I kolejna ciekawostka. Jeżeli taka interwencja zostanie przeprowadzona i np. zostanie przeszskórnice wszczepiona zastawka, to ci pacjenci jednak widzą różnicę i mówią – „O, jak super się czuję!”.

Na świecie żyje 1,5 miliona pacjentów z ciężkimi wrodzonymi wadami serca. Ilu trafia do Pani Kliniki?

Codziennie przynajmniej trzech. Czyli w tygodniu przyjmują ich 15, a w ciągu roku około 800. I ciągle tych pacjentów przybywa. Ale, co ciekawe, więcej jest takich dorosłych pacjentów niż dzieci.

Pewnie dlatego, że medycyna się rozwija.

Dokładnie. Z wadami rodzi się mniej więcej dziewięćdziesiąt dzieci na tysiąc. Zakładamy, że wśród dorosłych jeden na stu pięćdziesięciu żyje z wrodzoną wadą serca. Ta liczba po pierwsze, już jest większa u dorosłych niż u dzieci, po drugie, z czasem będzie się zwiększała. Bo poprawiła się jakość i możliwości leczenia i operacyjnego, i przeszskórnego, a także farmakologicznego i formy opieki nad tą grupą

pacjentów. I wiele osób z wrodzonymi wadami serca przeżywa do 70. roku życia bądź nawet dłużej, więc ta grupa szybko się powiększa.

Dlatego ta liczba pacjentów dorosłych przekroczyła pulę dzieci i jakkolwiek zakładamy, że dzieci z wadami nie rodzi się więcej, mimo to dorosłych pacjentów wciąż będzie przybywać.

A kardiologzy chyba nie zawsze są przygotowani na spotkanie z takimi ludźmi?

W Polsce jeszcze nie. Nie ma modelu szkolenia kardiologów, którzy mieliby doświadczenie w wadach wrodzonych u dorosłych, a osób pracujących w specjalistycznych ośrodkach jest naprawdę niewiele. I oni nie trafili jeszcze do tyłu szpitali i przychodni, aby objąć opieką tę specyficzną grupę pacjentów.

Najlepiej by było, gdyby ośrodki, które są wyspecjalizowane w opiece nad pacjentami dorosłymi z wadami wrodzonymi dorosłych, ściśle współpracowały z kardiologami dziecięcymi. Tak jest w ICZMP, więc doświadczenia kardiologów dziecięcych są przekazywane razem z pacjentem kardiologom dorosłym. W związku z tym mamy zachowaną ciągłość opieki nad tymi pacjentami, która dla tych osób jest szczególnie korzystna.

Na czym polega specyfika pracy kardiologów dorosłych zajmujących się pacjentami z wadami wrodzonymi?

Dorośli pacjenci z wadami wrodzonymi pod pewnymi względami mają te same choroby, które może mieć każdy inny pacjent kardiologiczny z racji wieku czy czynników ryzyka. Czyli tak samo jak inni są narażeni na takie powikłania miażdżycy, jak zawały. Tak samo mogą cierpieć na rozwój wad zastawkowych na podłożu reumatycznym czy zwyrodnieniowym. Może im dokuczać nadciśnienie, zaburzenia lipidowe i konsekwencje z tym związane. Ale również trzeba pamiętać o tym, że ta ich bazowa wada wrodzona, która nawet jeśli była skutecznie zoperowana w dzieciństwie, może dać o sobie znać w każdym wieku. Dlatego wymagają regularnych kontroli i w zależności od zaawansowania tej wady i jej rodzaju ustala

się określone terminy, kiedy kontrola ma się odbyć i jaki ma być jej zakres. I to już jest odrębna wiedza dotycząca tej grupy chorych.

Dodatkowo ci pacjenci mają inne problemy. Trudniej jest pewnie jednostki chorobowe u nich rozpoznać, bo nie wyglądają one tak samo jak u pozostałych pacjentów kardiologicznych. Mam tu na myśli choćby niewydolność serca. Pacjentów kardiologicznych z niewydolnością serca i zaawansowanie tej choroby oceniamy, np. stosując klasyfikację NYHA, opartą na wydolności fizycznej. Tymczasem pacjenci z wadą wrodzoną, którzy od dziecka mieli limitowany wysiłek fizyczny związany z kolejnymi operacjami i z oszczędzającym trybem życia, rzadziej zgłaszają nam pogorszenia wydolności fizycznej, którą odczuwa pacjent kardiologiczny z innej grupy. Do tego dochodzi to, o czym mówiliśmy wcześniej – czasem przesadny optymizm związany z oceną swojego stanu. Dlatego trzeba zupełnie inaczej tych pacjentów oceniać, stosując metody niesubiektywne, czyli nieoparte tylko i wyłącznie na opinii pacjenta, ale również na racjonalnym badaniu typu spiroergometria, które w obiektywny sposób nam pokaże, czy coś u tego pacjenta złego w zakresie wydolności wysiłkowej się nie dzieje.

Podsumowując: młody dorosły z wrodzoną wadą serca wymaga szczególnej uwagi i okresowego wykonywania obiektywnych badań, najlepiej w ośrodkach referencyjnych. Nawet jeśli twierdzi, że dobrze się czuje i nie zgłasza dolegliwości.

Młodzi dorośli z wadami serca mają specyficzne problemy i potrzeby?

Dużo już mówiliśmy o ciąży. Na szczęście przypadki, o których wspominaliśmy wcześniej, są jednak wyjątkowe, bo kobiety z wadami serca starają się ją planować. I pytają nas, czy powinny i kiedy w tę ciążę najlepiej zająć. Każdy przypadek jest inny i często obserwujemy na przykład takie sytuacje, że jedna z zastawek jest uszkodzona. Widać, że będzie wymagała interwencji kardiochirurgicznej bądź przeszłonkowej, ale przewidujemy, że przez najbliższe trzy lata jeszcze to nie będzie konieczne, więc mówimy: najbliższe dwa lata to jest dobry czas, żeby zająć w ciążę. Ale zdarza się, że oceniamy, że najpierw trzeba przeprowadzić leczenie interwencyjne, a później można bezpiecznie zająć w ciążę. Pozwala to uniknąć później stresu, zmniejsza ryzyko i daje znacznie większy komfort mamie i dziecku.

Kolejne pytania dotyczą obaw o dziedziczenie wady serca. Oczywiście, jest takie ryzyko i w ICZMP działa poradnia genetyczna, która świadczy poradnictwo genetyczne w zakresie tego ryzyka.

Zdarza się, że jesteście proszeni o pomoc w wyborze zawodu?

Bardzo często. Miałam pacjenta, który chciał być zawodowym żołnierzem. Przykra sprawa, bo trzeba było mu wytłumaczyć, że poległby już na komisji lekarskiej. Takim człowiekowi trzeba wskazać inne możliwości, żeby się nie rozczarował i uniknął tej przykrości.

Inne przykłady?

Nie każdy z naszych pacjentów może wykonywać ciężką pracę fizyczną, zwłaszcza jeżeli jest ryzyko na przykład poszerzenia się aorty. Tutaj już należy odradzać zawody związane z tym, że trzeba będzie jakieś ciężkie elementy podnosić czy przenosić. Ale kolejna ciekawostka – wielu naszych młodych pacjentów planuje pracę związaną ze służbą zdrowia. Chcą zostać lekarzami, pielęgniarkami czy psychologami. Moim zdaniem to świetny wybór, więc bardzo ich zachęcamy.

Ale chyba nie każda specjalność jest dostępna dla człowieka z wadą serca.

Nie każdy musi być ortopedą czy położnikiem. Ale jestem pewna, że w tym zawodzie można wybrać swoją najlepszą drogę.

A co ze sportem i lekcjami wychowania fizycznego?

Bardzo często trafiają do nas osoby od lat całkowicie zwolnione z zajęć WF. A przecież to nie tak, że każdy pacjent z wadą wrodzoną z założenia powinien mieć dożywotnie zwolnienie z WF. Dla dużej grupy pacjentów z wadą wrodzoną wysiłek fizyczny i zajęcia na WF-ie podnoszą sprawność i przyniosą korzyści zdrowotne. I bardzo często nam się zdarza pisać opinie dla osoby, która trzy lata nie uczestniczyła w lekcjach WF-u, że pacjent/ka nie ma przeciwwskazań do tego, żeby uczestniczyć w tych zajęciach. I okazuje się, że po trzech latach siedzenia na ławce i patrzenia, jak inne osoby grają w piłkę, dołącza do grupy. To też

jest specjalistyczna wiedza związana z opieką nad tą grupą pacjentów, pozwalająca na wytypowanie zakresu i rodzaju wysiłku fizycznego dla konkretnej osoby. Bo wysiłek fizyczny jest wskazany dla pacjentów z wadami wrodzonymi. Ale oczywiście w zależności od wady, stopnia zaawansowania i powikłań, wybieramy zaawansowanie i intensywność tego wysiłku.

A kiedy pani podopieczni skończą 50 lat?

Ależ my mamy pacjentów z wybranymi wadami wrodzonymi, którzy mają ponad sześćdziesiąt lat. Oczywiście pracujemy z nimi inaczej niż „dorośli” kardiologów. Bo najpierw patrzymy na wadę serca, na to, jak wygląda to serce po operacjach, po interwencjach. I czy jest jakieś wskazanie do reinterwencji, czy nie. Ale oczywiście nie możemy zapomnieć o typowych problemach związanych z wiekiem i czynnikami ryzyka. I dopiero takie dwutorowe spojrzenie daje pełen obraz. Bo pacjenci mogą czuć się zdrowi, ale wrodzona wada serca, nawet zoperowana, to jest choroba na całe życie i powikłania mogą na różnych etapach życia wystąpić. Dlatego nie mam wątpliwości, że potrzeba jest w Polsce większej liczby lekarzy wyspecjalizowanych w leczeniu i opiece nad takimi właśnie pacjentami, bo przybywa ich z roku na rok. A obecna liczba ośrodków z aktualnie dostępnym zapleczem kadrowym nie będzie w stanie zabezpieczyć potrzeb tej grupy. ●

**Prof. dr hab.
Agata Bielecka-Dąbrowa**
jest kierownikiem Kliniki
Kardiologii i Wad

Wrodzonych Dorosłych
Instytutu „Centrum Zdrowia
Matki Polki”. Jest laureatką
stypendium habilitacyjnego
L'Oréal i Ministerstwa Nauki
i Szkolnictwa Wzycznego dla
Kobiet w Nauce oraz wielu
innych nagród naukowych.
Opublikowała ponad 150 prac
z zakresu kardiologii, jest też
kierownikiem zrealizowanych
6 grantów badawczych.

PRAKTYKA LEKARSKA

W pułapce doraźnego leczenia

LIDIA SULIKOWSKA
DZIENNIKARKA

Nawet kilkaset tysięcy osób w Polsce może cierpieć na najcięższą postać migreny. Aby im pomóc, trzeba wdrożyć leczenie prewencyjne.

Od dwóch lat nowoczesne metody tej terapii są refundowane. Na razie jednak z tej opcji skorzystało niewielu pacjentów.

– Migrena to jedna z najczęściej występujących chorób. Dotyczy około 11 proc. światowej populacji. W Polsce może się z nią zmagać nawet 4 mln Polek i Polaków, z czego około 10 proc. to pacjenci z przewlekłą, najbardziej uciążliwą postacią tej choroby – mówi dr hab. n. med., prof. UMed Jacek Roźniecki, kierownik Kliniki Neurologii, Udarów Mózgu i Neurorehabilitacji Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Ekspert podkreśla, że w czasie napadu migrenowego chory często nie jest w stanie wykonywać podstawowych czynności, co powoduje czasową niepełnosprawność. Problemem jest nie tylko silny ból głowy, ale też objawy towarzyszące, takie jak nudności, wymioty, nadwrażliwość na światło, dźwięki, zapachy.

– Napad migreny trwa średnio 48-72 godziny. To nie jest zwykły ból głowy, przypadłość księżniczek z kompresem na głowie, „taka uroda” albo wymówka przed pracą, ale najczęstsza choroba neurologiczna – podkreśla dr hab. n. med. Marta Waliszewska-Prosół z Kliniki Neurologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu. Bez odpowiedniego leczenia choroba wywraca do góry nogami życie zawodowe i prywatne.

TKWIĄ W BÓLU LATAMI

O migrenie przewlekłej mówimy, gdy pacjent ma co najmniej 15 dni w miesiącu z bólem głowy, z czego co najmniej osiem dni z bólem migrenowym, i ten stan trwa co najmniej trzy miesiące. – Prawidłowe postępowanie z takim chorym polega na

wdrożeniu leczenia profilaktycznego, prowadzącego do zmniejszenia liczby dni z bólem głowy, w tym redukcji częstości napadów migrenowych. Wydaje się, że zarówno wśród pacjentów, jak i lekarzy jest zbyt niska świadomość w tym temacie – mówi prof. Jacek Roźniecki. – Niestety, wielu chorych przez lata próbuje zwalczyć ból migrenowy, przyjmując jedynie doraźnie środki przeciwbólowe, np. z grupy z tryptanów lub zawierających kodeinę. To substancje, jeśli przyjmowane

Ośrodki mają ograniczoną liczbę pacjentów, którymi mogą się zająć, wszystko przez przeładowane procedury

w nadmiarze, powodują dodatkowy ból głowy, zwany bólem głowy z nadużywania leków.

– Mam pacjentów, którzy zanim do mnie trafili, przyjmowali dziennie nawet 10-20 tabletek zawierających kodeinę, czyli opioid. I tak codziennie, nawet przez kilkanaście lat. Warto podkreślić, że leki zawierające kodeinę są w Polsce dostępne bez recepty, co prowadzi do ogromnej liczby uzależnionych od niej pacjentów – podkreśla dr hab. n. med. Marta Waliszewska-Prosół. Jak chorzy wpadają w tę pułapkę? – Na początku napady są epizodyczne,

więc pacjenci ratują się środkami przeciwbólowymi dostępnymi bez recepty. Po jakimś czasie dni z bólem głowy jest coraz więcej, więc zażywają jeszcze więcej leków. Te jednak z czasem działają coraz słabiej, głowa boli nadal, a więc leków bierze się jeszcze więcej. Kiedy chwilowo mija ból migrenowy, pojawia się ból spowodowany nadużywaniem leków. To błędne koło – tłumaczy specjalistka. I dodaje, że tutaj jest bardzo ważna rola lekarza, do którego prędzej czy później zgłosi się chory, bo w tym momencie pacjent rozwinię już migrenę przewlekłą wikłaną bólami głowy spowodowanymi nadużywaniem leków i żadna tabletką przeciwbólową już nie pomoże.

NOWE TERAPIE NA NFZ

Opcji profilaktycznego leczenia migreny przewlekłej jest coraz więcej. – Od wielu lat stosujemy klasyczne leczenie tradycyjnymi lekami doustnymi. To leki niespecyficzne, w tym przeciwpadaczkowe, przeciwdepresyjne i kardiologiczne/hipertensjologiczne, które okazały się skuteczne w leczeniu migreny. Są przystępne cenowo, ale niestety mają sporo skutków ubocznych – wyjaśnia prof. Jacek Roźniecki. I dodaje, że część pacjentów odpowiada dobrze na taką terapię, ale nie wszyscy, a wielu przerywa leczenie już po 2-3 miesiącach ze względu na uciążliwość objawów niepożądanych. Dla nich powstał program lekowy B.133, umożliwiający refundację leczenia

profilaktycznego za pomocą nowocześniejszych, ale droższych terapii.

– Program ten oparto na dwóch liniach leczenia. W pierwszej stosuje się toksynę botulinową typu A. W drugiej dostępne są dwa leki z grupy przeciwciał monoklonalnych – tłumaczy prof. dr hab. Izabela Domitrz, kierownik Kliniki Neurologii WLS Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, lekarz kierujący Oddziałem Neurologicznym i Udarowym Szpitala Bielańskiego w Warszawie, prezes Sekcji Bólu Głowy Polskiego Towarzystwa Neurologicznego. Jak wyjaśnia, z programu może skorzystać wyłącznie osoba z rozpoznaną migreną przewlekłą. Trzeba też spełnić szereg innych kryteriów kwalifikacyjnych, m.in. mieć dwie udokumentowane próby leczenia wybranymi lekami spośród listy wyszczególnionej w kryteriach programu, które okazały się nieskuteczne (albo przeciwwskazane, albo nietolerowane).

– Zarówno toksyna botulinowa typu A, jak i przeciwciała monoklonalne przeciw głównemu „winowajcy” w migrenie – neurotransmitterowi CGRP lub jego receptori, są skuteczne w prewencyjnym leczeniu migreny przewlekłej i, co istotne, nie mają żadnych lub co najwyżej śladowe objawy niepożądane. Zanim jednak skierujemy pacjenta do ośrodka prowadzącego program B.133, upewnijmy się, że spełnia kryteria wejścia do tego programu leczniczego, i przygotujmy odpowiednią dokumentację – uczula prof. Jacek Roźniecki.

DOSTĘPNOŚĆ JEST RÓŻNA

Jak informuje Narodowy Fundusz Zdrowia, umowy na realizację B.133 podpisało prawie 60 świadczeniodawców. Dostępność jest różna. W części województw jest kilka placówek oferujących tę terapię. Najwięcej w woj. mazowieckim (6), woj. podkarpackim (7) i woj. śląskim (7). Z kolei na Podlasiu, w Lubuskiem czy w woj. pomorskim program prowadzą pojedyncze ośrodki. Czas oczekiwania do kwalifikacji zależy od konkretnego świadczeniodawcy.

– U nas nie ma długich terminów oczekiwania na wizytę kwalifikacyjną. Przyjmujemy w miarę na bieżąco – informuje Anna Rogoziewicz, nadzorująca prowadzenie programu lekowego B.133 w Oddziale Neurologii i Leczenia Udarów Specjalistycznego Szpitala Miejskiego w Toruniu – placówki, która włączyła pierwszego pacjenta w Polsce do tego programu, co miało miejsce w połowie września 2022 r. Od tamtego czasu szpital objął swoją opieką około 70 pacjentów.

Z kolei Klinika Neurologii, Udarów Mózgu i Neurorehabilitacji UM w Łodzi, kierowana przez prof. Jacka Roźnieckiego, ma pod opieką kilkadziesiąt pacjentów. Na kwalifikację trzeba czekać do kilku tygodni.

– U nas czas oczekiwania na kwalifikację do włączenia do programu wynosi maksymalnie do trzech tygodni. Pod opieką naszego ośrodka w programie B.133 mamy ponad 100 pacjentów. Z tego, co wiem, to w zdecydowanej mniejszości są te ośrodki, które mają pod swoją opieką kilkadziesiąt albo 100 chorych. Z informacji, które posiadam, wynika też, że dotychczas z leczenia w ramach B.133 w całym kraju skorzystało około 2,5 tys. chorych. To oczywiście nie jest grupa docelowa – zauważa prof. Izabela Domitrz, kierująca Oddziałem Neurologicznym i Udarowym Szpitala Bielańskiego w Warszawie.

Zdaniem dr hab. n. med. Marty Waliszewskiej-Prośół z Kliniki Neurologii USK we Wrocławiu tylko około połowa świadczeniodawców faktycznie realizuje ten program.

– Być może jedną z przyczyn jest to, że jest on przeładowany procedurami administracyjnymi, przy których lekarze nie mają pomocy asystentów czy sekretarek medycznych. To powoduje, że ośrodki mają ograniczoną liczbę pacjentów, którymi mogą się zająć. W moim wrocławskim ośrodku w programie mamy około 150 pacjentów, ale powoli dochodzimy do granic wydolności, na wizytę kwalifikacyjną trzeba czekać kilka miesięcy, a pacjentów wymagających tego leczenia przybywa – tłumaczy.

POTRZEBNA MODYFIKACJA?

Od uruchomienia programu minęły dwa lata. – Po tym czasie widać, że wymaga on pewnych zmian. W mojej opinii powinno się znieść linowość leczenia. Wedle najnowszych zaleceń, tak polskich, jak i międzynarodowych, zarówno toksyna botulinowa typu A, przeciwciała monoklonalne, jak i tradycyjne leki doustne są równorzędnymi terapiami w profilaktycznym leczeniu migreny przewlekłej – przekonyuje prof. Izabela Domitrz. I dodaje, że przeciwciała monoklonalne mają wysoki profil bezpieczeństwa i tolerancji, ale są droższe od toksyny

ŚWIADOMOŚĆ CHOROBY ROŚNIE POWOLI

W 2019 r. ze świadczeń w ramach NFZ korzystało 110,9 tys. osób z rozpoznaniem migreny, a w 2023 r. liczba ta wzrosła do 132,6 tys. Wydatki na te świadczenia wzrosły z 16 mln zł w 2019 r. do 37,6 mln zł w 2023 r. (z czego koszty programu B.133 to ponad 6,5 mln zł). Koszty związane z niezdolnością do pracy spowodowaną migreną w 2022 r. wyniosły prawie 19 mln zł.

Źródło: raport Polskiego Towarzystwa Neurologicznego i Fundacji Zdrowie i Edukacja Ad Meritum „Neurologia w Polsce. Stan obecny i perspektywy rozwoju” (na podstawie danych NFZ/ZUS)

botulinowej, dlatego znalazły się w drugiej linii leczenia. Po prostu zadziałał czynnik ekonomiczny.

Z kolei prof. Jacek Roźniecki zwraca uwagę na jeszcze jedną kwestię. Chociaż program lekowy B.133 jest przeznaczony wyłącznie dla pacjentów z migreną przewlekłą, to nie oznacza to, że leczenie profilaktyczne trzeba zaczynać wyłącznie w przypadku tej najcięższej postaci migreny. – Leczenie prewencyjne warto wdrożyć także w przypadku migreny epizodycznej z dużą częstotliwością dni z bólem głowy, zwłaszcza gdy pacjenci przyjmują sporo środków przeciwbólowych. A to także po to, aby zapobiec chronifikacji choroby, czyli jej transformacji z migreny epizodycznej w przewlekłą. Toksyna botulinowa typu A w tym przypadku nie ma rejestracji, bo jej skuteczność potwierdzono tylko w leczeniu migreny przewlekłej, ale klasyczne leki doustne – już jak najbardziej. Podobnie, bardzo skuteczne, a przede wszystkim bardzo dobrze tolerowane, są przeciwciała monoklonalne, chociaż zapewne nie każdy pacjent będzie mógł sobie pozwolić na ich sfinansowanie, a migreny epizodycznej program B.133 nie obejmuje – tłumaczy prof. Jacek Roźniecki. ●

FELIETON

Szukam Amerykanina

Życie polskiego lekarza jest ciągłym zmaganiem się z nieprzyjazną materią. Coś wiecznie nie łączy, przecieka, włącza się, kiedy powinno być wyłączone, albo nie chce się włączyć, choć potrzebne. Zaprośmy Amerykanina. Dajmy mu kilka dni. Niech pochodzi, policzy, niech notuje.

JAKUB SIECZKO
ANESTEZJOLOG



Czy ktoś z Państwa zna jakiegoś Amerykanina? Jest robota dla człowieka. Amerykanie liczą takie rzeczy, których Polacy kalkulować nie mają w zwyczaj. W pewnym podcaście usłyszałem ostatnio, że stanie w ulicznych korkach kosztuje amerykańską gospodarkę 120 miliardów dolarów rocznie. Sprawdziłem dalej: zanieczyszczenie powietrza – 820 miliardów, błędy medyczne – 20 miliardów, opóźnienia samolotów – 30, ataki dzikich zwierząt – ponad miliard.

Jeśli więc ktoś zna jakiegoś umiętego liczyć Amerykanina, niechże da mu namiar na warszawską Miodową, do właściwego ministerstwa. Tam wyposażą Amerykanina w kilka ołówków i dwa zeszyty A4. Potem mogą go przysłać do przeciętnego polskiego szpitala. Zostaną przewodnikami – oprowadzę Amerykanina jak po stacjach gry miejskiej, ewentualnie drogi krzyżowej. Postawię przed każdą i powiem: licz.

Stacja pierwsza: drukarka w pokoju lekarskim. Tak powiem Amerykaninowi moją całkiem niezłą angielszczyzną: „The printer is constantly broken. It eats paper several times a day”. Dla przykładu ktoś z obecnych poza nami w pokoju spróbuje wydrukować zlecenia. Albo wynik konsultacji. Ewentualnie skierowanie. Voila! Drukarka albo zamigocze na czerwono, generując błąd numer 34, i poprosi o niezwłoczne skontaktowanie się z serwisem, albo drukować zacznie, ale w połowie zje papier lub go wymiętoli, albo też wydrukuje całą czarną stronę. Tak to u nas jest, Amerykaninie,

Prawie zawsze czekamy na jakiś serwis, stosujemy chałupnicze metody naprawy, znajdujemy rozwiązania tymczasowe, które trwają często przez długie miesiące.

Praca w polskiej medycynie jest niejednokrotnie jak pływanie w gęstym kisielu – niby można, ale to wielokrotnie bardziej męczące niż pluskanie się w zwykłej wodzie.

powiem. Licz, ile nas to kosztuje dolarów dziennie? Miesięcznie? Rocznie?

I zafrasuje się Amerykanin, po drapie po głowie, potem zrobi w zeszycie tabelę z kilkoma kolumnami i zacznie liczyć: zmarnowany czas, zjedzony papier, koszty serwisu drukarek, wpływ związanych z walką z drukarką wyrzutów adrenaliny i kortyzolu na ryzyko sercowo-naczyniowe personelu, wreszcie koszty

zaopatrywania urazów kończyn górnych (kto nie wałnął nigdy ze złości w drukarkę, niech pierwszy rzuci stetoskopem) i dolnych związanych z wyładowywaniem na drukarce frustracji. Porachuje Amerykanin i wyjdzie mu kilka okrągłych baniek, jak pragnę zdrowia.

Dalej: psujące się sprzęty. Kardiomonytory nie działające bez kabla, a i z kablem raz tak, raz nie. Laryngoskopy świecące ciągłym światłem, chyba że akurat chce się przy ich użyciu intubować, to wtedy migające. Lampy operacyjne z przepalonymi żarówkami. Klimatyzacja zawsze dmuchająca lodowato zimnym powietrzem, w grudniu też. Drzwi na kartę magnetyczną, których nie da się otworzyć kartą magnetyczną, zabezpiecza się je więc zawiązanym na klamce bandażem. Łóżka, z których nie da się wyjąć oparcia. Łóżka, których nie da się opuszczać ani podnosić. Uszkodzone gniazda z tlenem medycznym. Respiratory nieprzechodzące testu. Ultrasonografy, które wyłączają się w środku badania, bo coś się przegrzewa. Uczulający płyn do

► Środowisko pracy lekarzy to źródło ogromnych strat finansowych i marnotrawienia zasobów ludzkich

dezynfekcji rąk, bo był najtańszy i tak wyszło w przetargu. Jakie to koszty?

Następnie: ogólna estetyka miejsca pracy. Zabrudzone ściany, spłowiałe lamperie, brud wypęczający spod oderwanej wykładziny, podziurawione fotele...

Jak to wszystko wpływa na wydajność zawodową polskiego personelu medycznego. Wiesz, Amerykaninie? Może bezradnie rozłożysz ręce, nie będziesz miał odpowiednich narzędzi, żeby to policzyć. Zatem ja z dobrego serca, za darmo, przekazuję szanownym czytelnikom i czytelniczkom pomysł na pracę doktorską, a nuż ktoś szuka tematu. „Wpływ estetyki otoczenia szpitalnego na jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych, zadowolenie z pracy oraz stan zdrowia lekarzy i lekarek województwa warmińsko-mazurskiego/podlaskiego/opolskiego (niepotrzebne skreślić)”. Widzę potencjał na obronę z wyróżnieniem. Nie dziękujcie. Przyślijcie kopię, jak już skończycie.

Stacja kolejna: nie bójmy się tego powiedzieć głośno – toalety, a w zasadzie kible. Te z urwanymi słuchawkami prysznicowymi, te z wyłącznie zimną (albo wyłącznie ciepłą – są, widziałem!) wodą, pękniętymi deskami sedesowymi, połamanymi drzwiami do kabin prysznicowych. Te przeciekające, te niedziałające, te zapchane. Znacze? Niech pozna i Amerykanin. Niech policzy.

Jak również służbowe ubrania. Te śliskie, nieoddychające, poliestrowe chyba, cholera zresztą wie, jak ten materiał się nazywa. W każdym razie te, w których po pół godziny czuję się jak kurczak zawinięty w folię aluminiową. Ubrania dostępne tylko w rozmiarze S, gdy na studiach byłeś centrem uczelnianej drużyny koszykarskiej. I te XL, gdy jesteś drobną brunetką, metr pięćdziesiąt jeden. Podgrupa: buty – dostępne tylko w rozmiarze 37 bądź 44. Wybieraj!

I dalej: komputery generujące błędy numer 1707, internet przestający działać bez zapowiedzi (skontaktuj



foto: Shutterstock.com

się z administratorem), zapadające się tapczany, zbyt wąskie windy, zakurzone i straszące piwnice, dziu-

Czy ktoś kiedyś policzył ile tak potrzebnych w systemie pieniędzy nam ucieka przez zmaganie się z nieprzyjazną materią

rawe podłogi. Mógłbym tak jeszcze długo, a i każdy z szanownych czytelników, który pracował w polskim szpitalnictwie przez przynajmniej kilka miesięcy, byłby w stanie coś do tej listy dorzucić.

Zycie polskiego lekarza jest ciągłym zmaganiem się z nieprzyjazną materią. Coś wiecznie nie łączy, przecieka, włącza się, kiedy powinno być wyłączone, albo nie chce się włączyć, choć potrzebne. Prawie zawsze czekamy na jakiś serwis, stosujemy chałupnicze metody naprawy, znajdujemy rozwiązania

tymczasowe, które trwają często przez długie miesiące. Praca w polskiej medycynie jest niejednokrotnie jak pływanie w gęstym kisielu – niby można, ale to wielokrotnie bardziej męczące niż pluskanie się w zwykłej wodzie. Wreszcie takie środowisko pracy to źródło ogromnych strat finansowych, marnowania zasobów ludzkich, kopalnia frustracji. Czy ktoś kiedyś policzył ile tak potrzebnych w systemie pieniędzy (i równie potrzebnego zdrowia i satysfakcji pracy personelu) nam przez to ucieka?

Zaprośmy Amerykanina. Dajmy mu kilka dni. Niech pochodzi, niech policzy, niech notuje w swoim zeszytiku. Już nawet wiem, co mi powie na końcu, kiedy jego raport będzie gotowy: „This is crazy, man, you know?”.

I know, Amerykaninie, I know. My tu tak żyjemy, tak leczymy. Lepiej, jak na razie, nie będzie. ●

Napisz do autora:
sieczo.gazetalekarska@gmail.com

PRAKTYKA LEKARSKA

W zapowiadanych reformach brakuje pacjenta

Ministerstwo Zdrowia bardzo dużo mówi o pacjentach, ale chce wprowadzać reformy, które mają na celu szukanie oszczędności i łatanie dziur w budżecie NFZ – mówi **dr Marcin Karolewski**, prezes Polskiego Towarzystwa Lekarzy Menedżerów, przewodniczący Komisji ds. Szpitalnictwa Naczelnej Rady Lekarskiej i wiceprezes Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w rozmowie z Lucyną Krysiak.

W wrześniu w Poznaniu odbyła się III Ogólnopolska Konferencja Dyrektorów ds. Medycznych i Lekarzy Menedżerów, którzy debatowali o kondycji szpitalnictwa w Polsce i zapowiadanych przez resort zdrowia zmianach w systemie ich funkcjonowania. Jak te zmiany oceniają?

To już trzecia konferencja lekarzy zajmujących kierownicze stanowiska w ochronie zdrowia o ogólnopolskim zasięgu. Wcześniej organizowane przez nas konferencje były kierowane do członków Wielkopolskiej Izby Lekarskiej. Poprzednie edycje bardziej skupiały się na deficytach kadrowych, niedofinansowaniu szpitali, nieadekwatnej wycenie świadczeń. Tym razem skoncentrowaliśmy się na dyskusji wokół reformy tzw. sieci szpitali (PSZ) oraz ustawie o jakości, które są ze sobą ściśle powiązane.

Jak zauważyli uczestnicy konferencji, założenia projektu reformy ani nie są rewolucyjne, ani nawet ewolucyjne. W zasadzie nie wiadomo, czy można nazwać je reformą, na którą czekało środowisko, i czy w jakimkolwiek stopniu wpłyną one na funkcjonowanie systemu jako takiego.

Jak poszczególne zapisy są odbierane i oceniane wśród zarządzających szpitalami?

Projekt został nam przekazany do konsultacji latem tego roku i środowisko szpitalne negatywnie odniosło się do większości zawartych w nim zapisów. To, czego w nich najbardziej brakuje, to pacjent. Ministerstwo Zdrowia

bardzo dużo mówi o pacjentach, ale chce wprowadzać reformy, które mają na celu przede wszystkim szukanie oszczędności i łatanie dziur w budżecie NFZ. I tu dochodzimy do pewnego trudnego zagadnienia, omawianego na konferencji – medycyny opartej

Na siłę chcemy likwidować łóżka w szpitalach, może rzeczywiście w niektórych jest ich za dużo, a w innych za mało, ale za chwilę będziemy je odtwarzać

na celu, która zakłada, że celem nadrzędnym zawsze powinien być pacjent. Politycy mają cel polityczny, ekonomiści – ekonomiczny. Ministerstwo głosi nośne hasła, np. „odwracamy piramidę”. Tylko co to znaczy?

Podczas Forum Ochrony Zdrowia, które towarzyszyło Forum Ekonomicznemu w Karpaczu, jedna z prelekcji wyraźnie pokazała, że najwięcej świadczeń jest realizowanych w POZ, następnie w AOS, a najmniej w szpitalach. Co zatem chcemy odwracać? Chyba piramidę nakładów na świadczenia. Przyznaję, że rzeczywiście najwięcej nakładów otrzymują szpitale, a najmniej POZ. Postulat ekonomistów, aby zmniejszyć nakłady na szpitale i załatać dziurę w budżecie NFZ, ministerstwo opakowało w piękne pudełko reformy odwróconej

piramidy z kokardką, aby nie ponieść politycznych konsekwencji.

To prawda, że część świadczeń można realizować w warunkach oddziału jednego dnia, np. programy lekowe czy podawanie chemioterapii, ale jest jeszcze inna rzeczywistość w postaci starzejącego się społeczeństwa i związana z tym rosnąca potrzeba hospitalizacji. Wydłużamy życie, ale nie wydłużamy czasu życia bez niepełnosprawności. Dziś na siłę chcemy likwidować łóżka, może rzeczywiście w niektórych miejscach jest ich za dużo, a w innych za mało, ale za chwilę będziemy je odtwarzać. Dlaczego pacjenci tak długo czekają na SOR-ach? Bo lekarze z SOR-ów szukają miejsc, gdzie mogą ich przekazać. Dotyczy to zwłaszcza interny i chirurgii.

Czy te krytyczne uwagi do projektu reformy szpitali Polskie Towarzystwo Lekarzy Menedżerów (PTLM) przekazało do resortu zdrowia?

Oczywiście. Zaznaczam jednak, że niektóre zmiany w projekcie są interesujące. Przykładowo korzystna może się okazać kwalifikacja do sieci oddziałów, a nie całych szpitali. Zależy to jednak od szczegółów, których na tę chwilę nie znamy. Również wprowadzenie niektórych wskaźników ilościowych, np. porodów, może przyczynić się do poprawy warunków i jakości świadczonych

► Szpitalem powinien zarządzać każdy, kto zna go od podszewki – przekонуje dr Marcin Karolewski

usług, z zastrzeżeniem że muszą być wprowadzone wyjątki związane z miejscami trudno dostępnymi, a takich wciąż jest wiele.

Nasze zastrzeżenia dotyczyły spraw bardziej fundamentalnych i sensu istnienia sieci szpitali. Jeżeli obecnie są zakwalifikowane do sieci szpitale, które funkcjonują obok siebie w niewielkiej odległości, często są nieekonomiczne i przede wszystkim demograficznie i epidemiologicznie nieuzasadnione, ale ich połączenie lub likwidacja jest niemożliwa z punktu widzenia polityki powiatu, to stworzenie związków powiatów jako podmiotów tworzących nowe struktury w żadnym wypadku nie przyczyni się do zreformowania PSZ. Jeżeli powiaty nie dogadały się dotychczas w tych kwestiach, to po utworzeniu związków powiatów nadal będą dyskutować. Niewiele się zmieni. Stworzymy dysfunkcyjne podmioty, które będziemy likwidować w kolejnej reformie. Kwalifikacja do PSZ powinna być oparta na kryteriach epidemiologicznych i danych demograficznych, a nie interesach politycznych.

Nasze uwagi dotyczyły także m.in. taryfikacji, która nie powinna promować poszczególnych rodzajów świadczeń – ambulatoryjnych czy szpitalnych, ale rzetelnie pokrywać poniesione koszty.

A kryteria jakościowe w zakładanej reformie? Czy są wystarczające, by móc porównać i sprawiedliwie ocenić pracę poszczególnych jednostek?

Przyznam, że części z tych kryteriów zwyczajnie nie rozumiem, również jako lekarz. Jak mamy podchodzić np. do częstości rehospitalizacji, np. z powodu niewydolności serca. Jeżeli będę mieć trudnych pacjentów i uda mi się ich wyprowadzić z zaostrzenia choroby, to będę się cieszył, że taki pacjent żyje, nawet za cenę częstych rehospitalizacji. Według tych kryteriów szpitale prowadzące pacjentów z wielochorobowością będą znacznie gorzej ocenione niż te, które przed takimi pacjentami się bronią. To nie są kryteria pozwalające porównywać szpitale między sobą. Zupełnie zapomniano też o wskaźnikach



oceniających pracę w danym ośrodku. To my, pracownicy ochrony zdrowia, potrafimy bardzo dużo powiedzieć o prawdziwej jakości, a nie tej wynikającej ze sztucznie wprowadzonych parametrów. Może warto sprawdzić choćby, ilu lekarzy pozostało w szpitalu po zakończeniu szkolenia specjalizacyjnego albo ilu odeszło w ciągu ostatnich kilku lat?

Podczas konferencji wybrzmiała potrzeba szkoleń dotyczących cyberbezpieczeństwa. Do kogo mają być kierowane?

Cyberbezpieczeństwo to niezwykle istotny problem, nie tylko z punktu widzenia ilości wrażliwych danych, jakimi dysponują szpitale, odpowiedzialności kierujących szpitalami, ale także włamań na konta lekarzy i podszywania się pod nich. Chcemy wraz z Koalicją na rzecz Cyberbezpieczeństwa prowadzić

szkolenia z pozyskiwania środków na podniesienie poziomu zabezpieczeń, audytów istniejących zabezpieczeń, ale także z zagrożeń i odpowiedzialności z tym związanych. Tematów jest dużo.

Polskie Towarzystwo Lekarzy Menedżerów funkcjonuje dopiero od kilku miesięcy. Co zainicjowało jego powstanie?

Inicjatywa zrodziła się z potrzeby sytuacji. Nie chcieliśmy, aby o sprawach tak ważnych, jak reforma szpitalnictwa decydowali wyłącznie resortowi urzędnicy. Jednak przede wszystkim chodziło nam o zintegrowanie środowiska lekarzy, którzy zajmują się zarządzaniem w ochronie zdrowia, a dotychczas nie byli wystarczająco dobrze reprezentowani, a co za tym idzie, wysłuchani i dostrzeżeni przez resort zdrowia. Dotychczas istniały organizacje zrzeszające szpitale, lekarzy POZ, dyrektorów szpitali, ale dostrzegłem, że brakuje organizacji zrzeszającej wyłącznie lekarzy pełniących funkcje kierownicze, w której ramach mogliby wymieniać poglądy, rozmawiać o problemach, które są unikalne dla tej grupy zawodowej. Zacząłem więc organizować spotkania dyrektorów ds. medycznych z Wielkopolski. Odezwy był duży. Dyrektorzy ds. medycznych ze szpitali różnej rangi – powiatowych, miejskich, klinicznych – rozmawiali ze sobą i rozwiązywali problemy, które od wielu lat narastały. Regularnie uczestniczącym w takich konferencjach był dr hab. Szczepan Cofta, przewodniczący Unii Szpitali Klinicznych, który zaproponował, aby podczas Forum Szpitali Klinicznych stworzyć osobną sesję dla dyrektorów medycznych. Kiedy zostałem przewodniczącym Komisji ds. Szpitalnictwa NRL, przeniosłem konferencje dyrektorów ds. medycznych na poziom ogólnopolski i na jednej z nich poznałem prof. Jarosława J. Fedorowskiego, który zaproponował stworzenie towarzystwa wychodzącego poza ramy samorządu zawodowego i stowarzyszeń szpitali. W lutym 2024 r. odbyło się pierwsze spotkanie inicjatywne.

Towarzystwo zapowiada promowanie dobrych praktyk, edukację, wymianę doświadczeń pomiędzy lekarzami będącymi jednocześnie menedżerami. Jak zamierza realizować te założenia?

Realizujemy je chociażby podczas takich konferencji. To jednak dopiero początek. Chcemy przede wszystkim stworzyć platformy wymiany informacji dla lekarzy zarządzających, na których będą mogli rozmawiać o problemach i rozwiązaniach. PTLM nie będzie samotną wyspą. Chcemy łączyć różne środowiska i organizacje. Już teraz jesteśmy partnerami kilku wydarzeń i planujemy ścisłą współpracę, chociażby z uniwersytetami, współtworząc programy szkoleniowe dla menedżerów w ochronie zdrowia. Poza tym chcemy postawić na webinary i dalszy rozwój spotkań stacjonarnych. Być może trzeba z nimi wrócić do regionów. Prowadzimy też rozmowy nad ułatwieniem dostępu naszych członków do nowoczesnych narzędzi zarządczych.

Z tych deklaracji wynika, że PTLM chce współtworzyć nową rzeczywistość. Ale czy będzie w stanie zmierzyć się z ogromem wyzwań, przed którym stoją obecnie szpitale i cała służba zdrowia?

Z tymi wyzwaniami mierzymy się na co dzień. Wszystkie tematy podejmowane na konferencji wynikały z codziennej praktyki. Problemem nie jest to, aby krzyczeć, lecz to, aby być usłyszonym. Już teraz siedmioosobowa grupa ścisłego kierownictwa PTLM była w stanie w szybki i skoordynowany sposób odpowiedzieć na projekty ustaw i rozporządzeń wychodzących z resortu. Chcemy i będziemy pokazywać rzeczywistość z punktu widzenia lekarza i pacjenta. To nie zawsze będą wygodne stanowiska, ale być może właśnie fakt, że nie jesteśmy lobbystami i nie reprezentujemy jednej grupy lekarzy czy podmiotów leczniczych, zapewni nam wiarygodność.

Kto w obecnych czasach powinien zarządzać szpitalami i innymi podmiotami leczniczymi?

Odpowiem tak... każdy, kto się na tym zna. Każdy, kto zna szpital od podszewki i zna jego mocne i słabe strony. Każdy, kto jest uzbrojony w odpowiednią wiedzę. Każdy, kto

potrafi słuchać i wykorzystać umiejętności zespołu zarządzającego. Zawsze będę promował pogląd, że łatwiej dobrze zarządzać lekarzowi niż przedstawicielom innych zawodów, choćby dlatego że lekarzowi łatwiej rozmawiać z kolegami lekarzami oraz pacjentami i zrozumieć ich punkt widzenia. Znam jednak dyrektorów, którzy nie są lekarzami, a świetnie zarządzają szpitalem, rozwijają go i stwarzają dobre warunki do organizacji zespołów. Jest jeszcze jeden aspekt, o którym często zapominamy – dyrektora lekarza obowiązują zapisy KEL i podlega odpowiedzialności zawodowej.

Czego najbardziej potrzeba szpitalom: pieniędzy, zmiany sposobu zarządzania?

Wszystkiego po trochu, w tym stabilności przepisów. Od ponad 20 lat jestem lekarzem i przeszedłem w tym czasie wiele zmian. Szpitale planują w czasie obowiązywania jednych przepisów,

Już wcześniej były efekty otwarcia, jednak miesiąc miodowy, czy nawet półroczny miodowy, na ul. Miodowej nie trwa wiecznie. Nie ma się co ludzić

realizują inwestycje w oparciu o inne przepisy, a potem funkcjonują w jeszcze innej rzeczywistości, gdzie te inwestycje nie są już potrzebne. Musimy odczarować też pewne mity. Czy szpitale dostawały w ostatnim czasie więcej pieniędzy? Moim zdaniem – realnie nie, bo pamiętajmy, że większość pieniędzy, która weszła do systemu, była „znaczona”. Najpierw celowane przepływy na podwyżki w formie dopłat, następnie te same pieniądze zostały włączone do wyceny punktowej. Nie chcę tutaj zabrzmieć jak przedstawiciel związków zawodowych, ale jesteśmy świadkami fałszywej narracji – nie ma sensu dawać więcej szpitalom, bo wszystko przejeżdża. Odwrotnie. Trzeba właśnie teraz dołożyć szpitalom, żeby

mogły podnieść jakość, zatrudnić personel, zwłaszcza pielęgniarki, opiekunki. Szpitale dotychczas realizowały ustawowe podwyżki i jednocześnie, żeby balansować na granicy opłacalności, czyniły oszczędności, często na granicy bezpieczeństwa pacjenta. Za naszą zachodnią granicą szpitale dysponują kilkakrotnie większymi budżetami przy niewiele wyższym poziomie płac i cenach sprzętu oraz leków.

Współorganizatorem konferencji jest Wielkopolska Izba Lekarska oraz Komisja ds. Szpitalnictwa Naczelnej Rady Lekarskiej. Jaka jest rola samorządu lekarskiego w reformowaniu systemu szpitalnictwa?

Ważna i trudna. Nie jesteśmy jako samorząd organizatorami systemu ochrony zdrowia, ale jednym z naszych ustawowych zadań jest wyrażanie opinii na ten temat. Oczywiście, wiemy, że są one często niewygodne i bagatelizowane, ale nie możemy tego zaniechać. Musimy pamiętać, że samorząd jest jeden dla wielu grup lekarzy i stąd dużo łatwiej jest wypowiedzieć się mniejszym grupom, skupiającym się na pewnym wycinku systemu. Są z kolei elementy systemu, dla których samorząd ma dużo lepszy mandat do działania niż inne podmioty, np. w zakresie walki o no fault.

Czy Pana zdaniem w reformowaniu systemu lecznictwa, w tym szpitalnictwa, PTLM i samorząd lekarski stały się partnerami dla ekipy rządzącej?

Jeżeli mam być szczery, to już kilka razy wcześniej widziałem podobny efekt otwarcia, w czasie którego można załatwić kilka spraw, uprzednio „niezałatwialnych”. Miesiąc miodowy – czy półroczny miodowy – na ul. Miodowej nie trwa jednak wiecznie. Nie ma się co ludzić. Ani nie mamy zbieżnych interesów, ani nie jesteśmy wygodnym partnerem. I oby samorząd lekarski oraz PTLM nigdy się nie stał wygodnym partnerem, bo nie przychodziliśmy tutaj, aby się stać przypinką na zakiecie. ●

Nie dawaj się zbyć. Mów, dopóki możesz

Choroba dezorganizacji wcześniej wykryta ma większe szanse na wyleczenie. Nie pozwólmy się uciszyć „obiecankami cacankami”.

ANNA GOŁĘBICKA,
EKONOMISTKA, STRATEG
KOMUNIKACJI I ZARZĄDZANIA



Regionalny oddział instytucji państwowej. Marny budynek, gdzie zimą za zimno, a latem za gorąco. Winda nie działa. Strach włączyć czajnik, bo „korki wywali”. W ciasnych pokoikach siedzą urzędnicy i rozpatrują ważne dla ludzi i rozwoju regionu wnioski. Bardzo poważnie podchodzą do sprawy. Analizują, sprawdzają, oceniają. Zimą grubiej się ubierają, latem zaś przynoszą własne wiatraczki, które wprawdzie nie rozwiewają gęstej atmosfery, ale ciału jest chłodniej.

„Gdy jeden z kolegów zachorował i było wiadomo, że dłużej go nie będzie, trzeba było między nas podzielić jego obowiązki, bo szefowa powiedziała, że nie ma opcji, żeby kogoś czasowo zatrudnić” – opowiada urzędniczka.

Sterta wniosków rośnie. Obywatel czeka tygodniami, bo urzędnicy w smutnym budynku nie nadążają. Niezadowolenie oczekujących narasta. Gdy dzwoni klient z awanturą, szefowa prosi, żeby jego wniosek położyć na wierzchu i załatwić szybciej. Po co wieść o opóźnieniach ma iść „w miasto”. Szefowa pociesza, rozluźnia napięcia, pilnuje, by zespół pracował... Czy jest dobra? W końcu dba o dobre imię instytucji. O jej wizerunek publiczny. Organizuje pracę, gdy zabraknie pracownika. Obiecuje, że kiedyś w końcu zmienią lokal.

Czy jest dobrą szefową? Żeby nie przedłużać – fatalna. Takie postawy tuszują, że pewne mechanizmy nie działają. Ona udaje, że jest dobrze. Łata dziury, a klient czeka coraz dłużej. Przy dużej ilości pracy i w podłych warunkach łatwiej o gorszej jakości opinie i błędy. To właśnie przez takich szefów regionalnych instytucja na koniec dnia jest słaba, a to, że szefowa jest tarczą, zaś pracownicy próbują być siłaczkami, to jedynie droga do wypalenia, frustracji, złej jakości obsługi i braku rozwoju.

I dokładnie tak samo dzieje się często w ochronie zdrowia. Ci na dole próbują jakoś zaradzić. Siłacze i siłaczki, do czasu gdy dopadnie ich wypalenie, chcą pokazać, że dadzą radę. Niestety, z każdym rokiem jest tylko więcej frustracji i zgorzknienia. W końcu realny problem braku organizacji wybija w małych, dziwnych rzeczach, na przykład dlaczego pracownik niemedyczny w szpitalu ma prawo do 150 zł za okulary do komputera raz na trzy lata, a lekarz – nie.

To wszystko brzmi jak jakiś marny stand-up, ale przytoczone tu historie wydarzyły się naprawdę. Gdy po latach pracy odkrywasz, że wygrałeś konkurs na frajera. I jest to niepodważalne. Brak asertywności jest równy z godzeniem się na bycie ofiarą własnej ofiary i zahamowaniem zmiany na lepsze.

Jeśli coś ci w miejscu pracy realnie przeszkadza, nie bądź bohaterem. Nikt ci medalu nie da, a nawet jeśli by dał – lepszy medal czy zdrowa głowa? Zgłaszaj od razu, co można poprawić, bo od tego

zależy twoja efektywność, jakość i zadowolenie. Nie daj się uciszyć „obiecankami cacankami” i pilnuj, by to, co zgłaszasz, nie zatrzymało się na „tarczy” twojego bezpośredniego przełożonego.

Szefowie, głównie średniego szczebla, często robią wiele, żeby problemy nie rozlały się dalej, bo im w sumie w tym bywa bardzo wygodnie. Czasem myślą, że im mniej problemów zgłaszają, tym są lepszymi szefami. Czegoś wysłuchają, coś zbuforują, nic nie robią. Karawana jedzie dalej, utrwalając patologię.

Dobra organizacja to taka, która słucha, słyszy i wyciąga wnioski. Jeśli ktoś na górze, komu płacą, żeby organizował ci pracę, nie wie o problemach, to ich nie zmieni. Jeśli coś ci przeszkadza, mów o tym jasno i konsekwentnie na etapie, gdy będziesz jeszcze w stanie mówić o tym racjonalnie, nie obrażając nikogo. Mów, zanim się zestarzejesz w zgryzocie i złości na okulary za 150 zł. Nie daj się zbyć szefowi średniego szczebla, nie przekonawsz się, że nie poszło to dalej. Ci na dole nie mogą łątać dziur. Nie na tym polega systemowa zmiana. Choroba dezorganizacji wcześniej wykryta ma większe szanse na wyleczenie. ●

PRAKTYKA LEKARSKA

Inwazja z tropików

ZBIGNIEW WOJTASIŃSKI

Czy grozi nam kolejna pandemia? Światowa Organizacja Zdrowia nie ma co do tego wątpliwości i wymienia ponad 30 potencjalnych patogenów. To może być wirus grypy, kolejny koronawirus albo jakaś bakteria.

Na razie zarówno Europę, jak i Stany Zjednoczone atakują patogeny, które do niedawna kojarzono bardziej z regionami tropikalnymi, takie jak wirus Zachodniego Nilu. Od wielu lat występował on w USA. Niedawno zachorował z tego powodu znany amerykański immunolog, były dyrektor Narodowego Instytutu Alergii i Chorób Zakaźnych, 83-letni prof. Anthony Fauci.

Ten wieloletni doradca prezydentów Stanów Zjednoczonych, jeden z głównych ekspertów ds. pandemii COVID-19, przez kilka dni musiał być hospitalizowany, choć gorączka Zachodniego Nilu u ludzi rzadko wywołuje poważniejsze komplikacje. Jedynie u 20 proc. zainfekowanych pojawiają się takie dolegliwości, jak podwyższona temperatura ciała, ból głowy i mięśni, wymioty, biegunka i wysypka. U zaledwie jednego na 150 chorych choroba ma ciężki przebieg i niekiedy prowadzi do zgonu.

Klimat się jednak zmienił na półkuli północnej i prof. Fauci, jak sam podejrzewa, zakaził się na skutek ukąszenia komara w swoim ogrodzie. Należy oczekiwać, że takich sytuacji będzie więcej także na naszym kontynencie, być może również w Polsce. Na początku września 2024 r. po raz pierwszy od sześciu lat w Słowenii potwierdzono przypadki zakażenia wirusem gorączki Zachodniego Nilu. Pierwsze, do jakich doszło w tym kraju, a nie na skutek zawleczenia z innego regionu.

MIGRACJE I KLIMAT

Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) przyznaje, że mamy na naszym kontynencie sezon transmisji wirusa Zachodniego Nilu.

Do końca lipca 2024 r. zgłoszono 69 przypadków zakażenia ludzi oraz osiem zgonów w takich krajach, jak Grecja, Włochy, Hiszpania, Austria, Węgry, Serbia, Francja i Rumunia. W Grecji i Hiszpanii było tych infekcji nie więcej niż w latach poprzednich. Z pewnością jednak będą wykrywane coraz częściej, gdyż w Europie powszechnie występuje przenoszący ten patogen komar pospolity (*Culex pipiens*).

Transmisja wirusa jest częsta wśród ptaków, ale zarażeni mogą zostać również ludzie i inne ssaki. W Warszawie zaczęto badać masowo pomór ptaków krukowatych.

Lekarze muszą nauczyć się rozpoznawać choroby tropikalne, wcześniej w Polsce niewystępujące

Okazało się, że z siedmiu próbek pozyskanych w drugiej turze badania pięć „dało wyniki dodatnie w kierunku zakażenia wirusem Zachodniego Nilu” – poinformował Główny Lekarz Weterynarii.

Patogen ten występuje zatem w Polsce. Jest przenoszony wraz z migracjami dzikich ptaków i może stwarzać zagrożenie zarówno dla ludzi, jak i zwierząt domowych – kotów i psów.

Dla lekarzy to nowe wyzwanie, bo zagrożenie, choć niewielkie, może jednak sporadycznie się pojawiać, na co wskazuje Główny Inspektor Sanitarny. Nie należy zatem się obawiać epidemii, a tym

bardziej pandemii, jednak do przychodni może się zgłosić pacjent z objawami gorączki, bólów głowy i mięśni, a nawet wymiotów i biegunki, które wcale nie muszą wskazywać na COVID-19 albo grype. Lekarze muszą nauczyć się rozpoznawać również choroby tropikalne, wcześniej w Polsce niewystępujące.

A MOŻE PTASIA GRYPY

Światowa Organizacja Zdrowia wymienia pół tuzina wirusów grypy A, w tym podtyp H5, jako potencjalne zagrożenie pandemią. W tym przypadku zagrożenie jest dużo większe, tym bardziej że w Teksasie na początku tego roku po raz pierwszy na świecie stwierdzono zakażenie ptasią gripą od zainfekowanych krów mlecznych. Był to pierwszy wykryty przypadek przeniesienia wirusa H5N1 między człowiekiem a innym ssakiem.

Wirusolog dr Diego Diel z Cornell University, prowadzący w USA obserwacje od marca 2024 r., ostrzega, że mogą być różne drogi transmisji i rozprzestrzeniania się wirusa ptasiej grypy. Dlatego jego powstrzymanie może się okazać trudniejsze, niż jeszcze niedawno się wydawało – uważa dr Diel.

Z badań pobranych próbek wynika, że wirus H5N1 częściej i w większych ilościach występował w mleku zakażonych zwierząt aniżeli w wymazach z nozdrzy. Do zakażenia może jednak dochodzić także przez kontakt z moczem chorych zwierząt. A wirusa może roznosić dzikie ptactwo, na co wskazują badania w Teksasie, gdzie

► Na początku września 2024 r. po raz pierwszy od sześciu lat w Słowenii potwierdzono przypadki zakażenia wirusem gorączki Zachodniego Nilu

wykryto H5N1 u kosów w odległości od 5 do 8 mil od hodowli krów mlecznych. Patogen ten był genetycznie identyczny z wirusami wykrytymi na tej farmie, jak też w innej hodowli w stanie Kansas.

Jeśli potwierdzą to kolejne analizy, należy liczyć się z tym, że nawet odpowiednia kontrola hodowli zwierząt nie będzie wystarczająca, aby powstrzymać dalszą transmisję wirusa H5N1. Inna zła wiadomość jest taka, że przebieg ptasiej grypy u zakażonych krów nie zawsze ma łagodny przebieg. U zakażonych ludzi śmiertelność jest bardzo wysoka. Pocieszające jest jedynie, że ryzyko zarażenia ptasią grypą jest nadal niskie. Jak dotychczas niemal wszystkie infekcje u ludzi zdarzyły się na skutek bezpośredniego kontaktu z zakażonym ptactwem, żywym lub martwym, albo skażonym otoczeniem.

Wkrótce jednak i to może być już nieaktualne. Amerykańskie Centrum Kontroli i Prewencji Chorób poinformowało na początku września o pierwszym w USA zakażeniu u ludzi wirusem H5 ptasiej grypy nie pochodzącym od zwierząt. U zainfekowanego w Missouri pacjenta nie ustalono żadnego kontaktu z chorym zwierzęciem. Wymagał on hospitalizacji i był leczony lekami antywirusowymi. Na szczęście życie pacjenta udało się uratować.

RYZKOWNY SEKS

W Europie więcej emocji wywołuje ostatnio małpia ospa. W Szwecji wykryto pierwszy przypadek zakażenia bardziej zaraźliwą odmianą wirusa mpox poza kontynentem afrykańskim. Jednak ryzyko rozprzestrzenienia się u nas tego patogenu jest niewielkie, o czym zapewnia Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób.

Choroba ta rozprzestrzenia się głównie poprzez bliski kontakt z zakażonymi osobami, w tym również przez kontakty seksualne. „Nowością” jest jednak to, że w przeciwieństwie do poprzedniej, łagodniejszej odmiany tego patogenu, zmiany chorobowe częściej się pojawiają

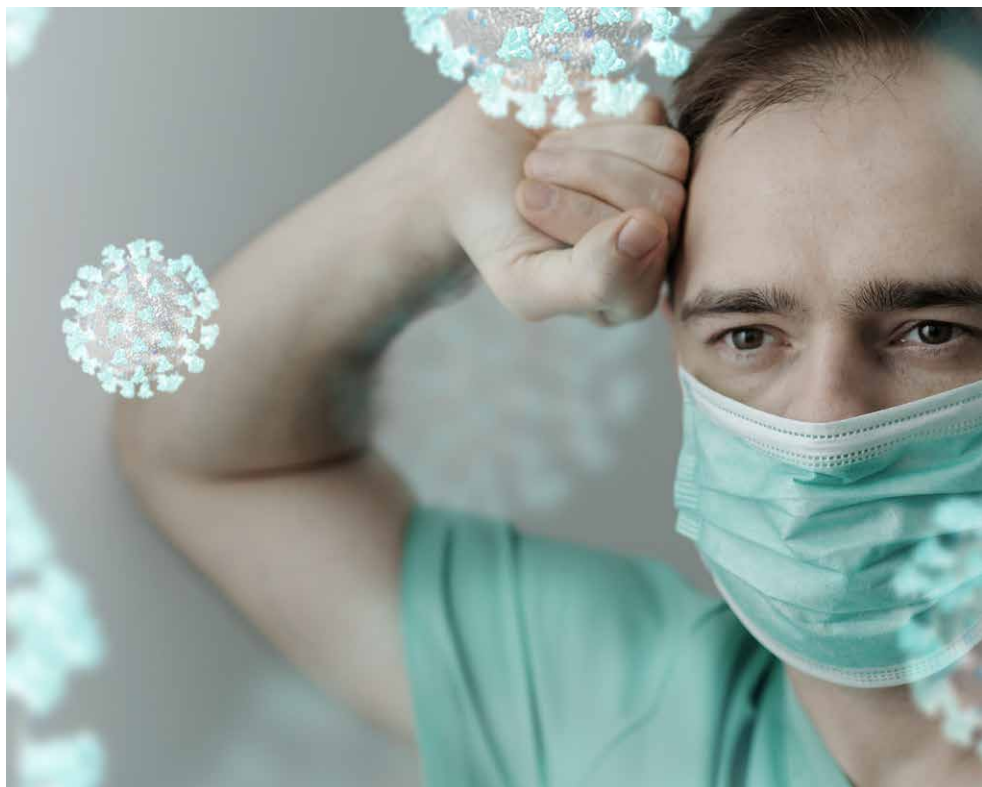


foto: freepik.com

na narządach płciowych, a nie na klatce piersiowej, dłoniach czy stopach, co może być trudniejsze do wykrycia. Inne objawy to gorączka i bóle głowy.

Mpox może zostać zawleczony do Polski. Minister zdrowia oraz konsultant krajowy w dziedzinie chorób zakaźnych zalecili szczepienia przeciwko temu patogenowi personelowi medycznemu opieku-

europiejskiego WHO dr Hans Kluge, „małpia ospa nie będzie nowym COVID-em”. Jego zdaniem zakażenie to „można i trzeba opanować wspólnie”. Jednym z warunków jest jak najszybsze udostępnienie najbardziej zagrożonym krajom afrykańskim szczepionki przeciwko mpox z rezerw strategicznych.

TO JESZCZE NIE KONIEC

Lista WHO obejmuje ponad 30 patogenów z potencjałem do wywołania globalnego zagrożenia. A małpia ospa jest na jednym z dalszych miejsc.

Na pierwszym miejscu ponad 200 naukowców z całego świata umieściło koronawirusy z dwóch grup. Jedną z nich są patogeny pod wspólną nazwą Sarbecovirus, do których należy SARS-CoV-2. Drugą grupę tworzą te o nazwie Merbecovirus, wśród których jest wirus wywołujący zespół oddechowy Bliskiego Wschodu (MERS).

Koronawirusy za największe zagrożenie uznali też eksperci skupieni wokół COVID Transition Initiative. Przy czym w opublikowanym niedawno raporcie zaznaczają, że COVID-19 jeszcze

Światowa Organizacja Zdrowia
wymienia pół tuzina wirusów grypy A,
w tym podtyp H5, jako potencjalne
zagrożenie pandemią

jącymi się chorymi z mpox, personelowi laboratoriów narażonych na kontakt z tym wirusem oraz podróżującym w rejon, gdzie występuje ona endemicznie.

Wirus ten jest jednym z priorytetowych patogenów na liście Światowej Organizacji Zdrowia. Jednak jak twierdzi dyrektor regionu

► Wraz z ocieplaniem się klimatu w całej Europie rozprzestrzeniają się inwazyjne komary przenoszące choroby tropikalne

nie odpuścił i nadal jest groźny. Świadczy o tym nowa fala zakażeń, która od kilku tygodni rozprzestrzenia się na świecie, zarówno w USA, jak i Europie, także w Polsce.

Zagrożenie to jest jednak powszechnie bagatelizowane, na dodatek brakuje szczepionek przeciwko nowemu podwariantowi omikrona wywołującemu COVID-19 o symbolu JN.1 oraz jego podgrupom, takim jak KP.2 i KP.3.3. W Polsce miły być dostępne najwcześniej w drugiej połowie września, na początek wyłącznie dla seniorów oraz osób z osłabioną odpornością. Pozostałe grupy będą mogły się zaszczepić w październiku, a nawet dopiero w listopadzie, a zatem wtedy, gdy będziemy mieli szczyt zachorowań albo fala infekcji zacznie już opadać.

Według amerykańskiego Centrum Kontroli i Prewencji Chorób objawy zakażenia wywołanego podwariantem JN.1 są podobne jak w przypadku innych odmian wirusa SARS-CoV-2. Nasilenie dolegliwości bardziej zależy od odporności organizmu u danej osoby i ogólnego stanu jej zdrowia, aniżeli od tego, jaki jego podwariant wywołał infekcję.

Światowa Organizacja Zdrowia do listy zagrożeń dodała jeszcze szczepy bakterii wywołujących cholere, dżumę, czerwonkę, biegunkę oraz zapalenie płuc. Ostrzega też przed hantawirusami i arenawirusami, ponieważ przeskoczyły na ludzi i sporadycznie, przynajmniej na razie, przenoszą się między ludźmi.

Na tej liście jest wciąż wyjątkowy zaraźliwy i śmiertelny wirus Nipah przenoszony przez nietoperze owocożerne. Odsetek wywoływanych przez niego zgonów sięga 50-70 proc., głównie na skutek zapalenia mózgu. Wirus znany jest od 1998 r., po raz pierwszy pojawił się w Malezji, ale na razie wywołuje pojedyncze zgony. W sumie zarejestrowano dotychczas ponad 200 przypadków śmiertelnych.

WEKTOR KRWIPIJKA

Zagrożenie tymi patogenami będzie zależało od zmian klimatycznych i nasilenia migracji oraz ruchu turystycznego. Tym



foto: freepik.com

bardziej że wraz z ocieplaniem się klimatu w całej Europie rozprzestrzeniają się inwazyjne komary przenoszące choroby tropikalne, takie jak choroba denga, chikungunya i gorączka Zachodniego Nilu. Są to zarówno komary tygrysie (*Aedes albopictus*), jak egipskie (*Aedes aegypti*).

Inwazyjne gatunki owadów docierają do Polski. Przykładem są kleszcze Hyalomma, wykryte pod Poznaniem i w okolicach Częstochowy

Komary tygrysie w Bułgarii po raz pierwszy wykryto w 2011 r. Obecnie występują one również w takich krajach europejskich, jak Chorwacja, Francja, Grecja, Włochy, a także Austria, Niemcy, Węgry, Belgia, Czechy oraz Holandia, Słowacja i Szwecja. Z kolei

komar egipski początkowo zasiedlał Afrykę, a potem się rozprzestrzenił na wszystkie tropikalne i subtropikalne regiony świata. Ostatnio został wykryty na Cyprze oraz na Maderze.

„W Europie coraz bardziej widoczne jest, że zmiany klimatu wpływają na warunki sprzyjające rozprzestrzenianiu się komarów inwazyjnych na terenach, na których dotychczas nie występowały. Przenosząc takie zakażenia, jak choroba denga, zagrażają coraz większej grupie ludzi” – ostrzega Andrea Ammon, była dyrektor Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób.

Inwazyjne gatunki owadów docierają także do Polski. Przykładem są kleszcze Hyalomma, wykryte we Wronkach pod Poznaniem, w okolicach Częstochowy oraz Barankowa. Pajęczaki te, z długimi, prątkowanymi odnóżami, przenoszą wiele groźnych bakterii i wirusów. To m.in. wirusy krymsko-kongijskie, wywołujące ciężką gorączkę krwotoczną o dużej śmiertelności, sięgającej nawet 60 proc. A także wirus Zachodniego Nilu, wirus wenezuelskiego zapalenia mózgu koni czy wirus afrykańskiego pomoru koni. Poza tym kleszcze te mogą też przenosić bakterie, takie jak ricketseje.

Kleszcze Hyalomma nie lubią niskiej temperatury i wysokiej wilgotności, jednak zmiany klimatu powodują, że wykryto je już w Niemczech, Czechach i na Słowacji, a nawet w Szwecji. Zbierano je z wielu zwierząt, znajdowano je także w domach. Gdy nie mają korzystnych warunków – giną. Mogą być przenoszone przez ptaki i gdy tylko będą ciepłe i suche wiosny oraz lata, pozostaną u nas na stałe.

Gama różnego typu potencjalnych patogenów kandydujących do miana kolejnego „kowidu” jest ogromna. Zarazki uwielbiają jednak zaskakiwać. Przed pojawieniem się COVID-19 częściej jako na kandydatów do wywołania pandemii stawiano na wirusy grypy. Okazało się jednak, że doprowadziły do tego nowe odmiany koronawirusów przenoszone przez nietoperze. Trafne wytypowanie takiego pandemicznego patogenu na razie rzadko się udaje. ●

WYWIAD LEKAR(S)KI

Pokonałam system

Miałam możliwość zadecydowania, czy chcę podjąć ryzyko leczenia, czy godzę się na nieuniknioną śmierć – mówi **Aleksandra Kąkol**, lekarka, która pokonała rzadki i poważnie rokujący nowotwór dzięki operacji w Indiach w rozmowie z Marią Kłosińską.

Zanim opowie nam Pani, jak zebrać 1,5 miliona w dwa dni, kiedy chory lekarz potrzebuje pieniędzy na leczenie za granicą, prosimy o opowieść o życiu doktor Oli Kąkol.

Moje życie dzieli się na dwa etapy – sprzed choroby i po chorobie. Tamto życie było idealne. Realizowałam swoje cele, swoje marzenia w pracy i w życiu osobistym. Zawsze się kształciłam, starałam się być na bieżąco z najnowszymi informacjami w dziedzinie pediatrii. Nie było dla mnie problemem wstać rano i iść do szpitala, a później do poradni. Każdego dnia było to coś nowego, co powodowało, że lubiłam tę pracę. Cały czas starałam się być lepsza dla siebie, ale też dla innych. A potem przyszła diagnoza.

Z obecnym bagażem doświadczeń jaką radę dałaby Pani sobie samej z tamtych czasów?

Nie mogłam podejrzewać, że jestem tak bardzo chora. W tamtą feralną środę miałam objąć 24-godzinny dyżur, na którym dowiedziałam się o chorobie, a dzień wcześniej jeszcze byłam na siłowni i dzieliłam się z niej zdjęciem w mediach społecznościowych. I tak jak zawsze przyszedłam rano na oddział, rozpoczęłam pracę i w czasie rutynowego badania USG jamy brzusznej, dowiedziałam się, że zostało mi niewiele życia.

Jaką bym sobie dała wtedy radę? Żadną, bo z życia, które miałam, korzystałam maksymalnie. Nie mogłam zrobić niczego, żeby przeciwdziałać tej diagnozie, nie mogłam zrobić niczego wcześniej, ponieważ nie miałam żadnych czynników ryzyka, nie miałam żadnych objawów, nic nie wskazywało na to, że mogę być chora. Po pierwszym przyłożeniu głowicy USG było widać, że choroba jest zaawansowana – wewnątrz wątroby zmiana 7 centymetrowa oraz ponad 20 guzów satelitarnych, rozsianych w całym narządzie, wyglądało to bardzo źle.

► W takiej sytuacji bycie lekarzem ma plusy i minusy. Z jednej strony wiesz, co robić, z drugiej – zdajesz sobie sprawę z powagi sytuacji – tłumaczy **Aleksandra Kąkol** (z prawej) **Marii Kłosińskiej**



fot.: A. Boguski

Była Pani lekarzem, który właśnie stał się pacjentem...

W momencie diagnozy zrozumiałam, że umieram. Tak po prostu, po ludzku, bo guz był zlokalizowany w bardzo niefortunnym miejscu – we wnęce wątroby, był też ogromny. W sytuacji, w jakiej się znalazłam, bycie lekarzem ma swoje plusy i minusy. Plusy są takie, że wiesz, kiedy i jak zadziałać, żeby zminimalizować ryzyko szybkiej śmierci. Nie mylisz specjalistów. Nie błędzisz w gąszczu procedur, nie wchodzisz w jakieś ślepe uliczki diagnostyczne ani pseudolecnicze. Z racji swojego zawodu i wykształcenia nie traćłam czasu, energii ani funduszy, tylko działałam celowo, z rozmysłem. Wiedziałam, że jedyne, co może mi pomóc, to medycyna. Natomiast trudne jest to, że kiedy przychodzi wynik badania, to wiesz, co on znaczy. To było właśnie tak druzgocące, że badania diagnostyczne po kolei sphywały, pogłębiając tylko moją świadomość, jak bardzo jest źle. I że pewne opcje diagnostyczne lub terapeutyczne nie były dla mnie dostępne w ogóle lub, co było jeszcze gorsze, niedostępne w Polsce.

Był taki moment w tej długiej ścieżce diagnostyczno-terapeutycznej, w którym zrozumiała Pani, iż potrzebny będzie przeszczep wątroby od żywego dawcy, a w Polsce można otrzymać jedynie leczenie paliatywne?

Sam proces uzyskania diagnozy od wykonania USG to w moim przypadku było około dwóch miesięcy, dosyć długo na tak agresywny nowotwór. Cztery biopsje w różnych ośrodkach, długa lista tomografii komputerowych, rezonans magnetyczny, badanie PET, i dopiero wtedy, kiedy potwierdziło się, że to jest rak dróg żółciowych, można było podjąć leczenie.

Podczas wizyt u licznych specjalistów, kiedy jeszcze miałam włosy i wyglądałam normalnie, przed chemioterapią, lekarze pytali mnie, gdzie jest ten chory. Myśleli, że po prostu przyszedłam z tym kimś do lekarza, ponieważ obrazy tomografii były tak złe, że myślano, że ten chory jest leżący.

Po wielu konsultacjach zaakceptowałam fakt, że w Polsce nie ma możliwości przeprowadzenia przeszczepu wątroby u chorego w takim zaawansowaniu choroby. Zdecydowałam się na leczenie w Indiach

głównie ze względu na koszty. Taka sama operacja w Stanach kosztowałaby pięć razy więcej. Leczenie obejmowało chemioterapię, która jest refundowana w Polsce, oraz immunoterapię, która w tamtym czasie była dostępna jedynie w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowych (RDTL).

Jak się żyje z tym, że Pani zdrowie jest wycenione na 1,5 miliona złotych?

Początkowo myślałam, że to się nie uda. Kwota wydawała mi się ogromna. Byłam przekonana, że nie zdążę jej zebrać, a potem – że nie zdążę z leczeniem. Nie wiedziałam, że moja choroba tak dobrze zareaguje na chemioterapię i immunoterapię, która w tamtym czasie nie była refundowana w Polsce.

Z leczeniem w Indiach nie jest tak, że wystarczy zapłacić jakąś kwotę i bez względu na to, w jakim stanie jest pacjent, po prostu pojechać na przeszczep wątroby. Musiałam spełnić określone kryteria, z których najważniejsze było utrzymanie stabilizacji lub regresji choroby przez pół roku. Ale rozpoczynając leczenie w tym miejscu, miałam możliwość zdecydowania, czy chcę podjąć ryzyko, poddać się operacji i walczyć, czy godzę się na leczenie paliatywne i nieuniknioną śmierć.

Niestety, w Polsce takiego wyboru nie miałam. Czy to ze względu na brak wiedzy, ograniczenia systemowe, czy brak klauzuli wyższego dobra, standardy leczenia są bardziej zachowawcze. Lekarze obawiają się odpowiedzialności karnej przy niepowodzeniu jakiejś innowacyjnej terapii. Myślę, że wszyscy, zarówno lekarze, a zwłaszcza pacjenci skorzystaliby na wprowadzeniu klauzuli wyższego dobra.

Skąd pomysł założenia zbiórki?

Nigdy sama z siebie nie poprosiłabym o takie pieniądze. Temat podniosła społeczność lekarzy. Ja nie byłam w stanie nawet sobie wyobrazić, jak można w tak krótkim czasie sfinansować leczenie osoby dorosłej z taką diagnozą i w dodatku na operację za granicą. I to jeszcze w Indiach, które uważane są za Trzeci Świat! Wydawało mi się, że zostanie za to wykluczona ze społeczności lekarskiej, a tymczasem właśnie od społeczności to wsparcie otrzymałam. Zbiórka przekroczyła swoje cele w rekordowym czasie 36 godzin.

To właśnie udział środowiska lekarskiego pomógł w weryfikacji kwestii medycznych. Lekarze doskonale zdają sobie sprawę z tego, jakie są ograniczenia NFZ i że mogą one stać w sprzeczności z medycyną opartą na dowodach.

Wydaje mi się, że tak, ponieważ plan mojego leczenia od początku był transparentny. Wyleczyła mnie medycyna, co łatwo było zweryfikować. Zazwyczaj zbiórki w przestrzeni publicznej ciągną się miesiącami. Trzeba robić licytacje, bazarki, wydarzenia, jakieś festyny. Ja też się na to nastawiałam, chociaż nie wiem, na ile byłabym psychicznie i fizycznie gotowa to znieść podczas chemioterapii. Ale to, co się stało od momentu promowania zbiórki w grupie Matek Lekarek, było niesamowite. Po 40 minutach było już 100 000 złotych! A później to już szło jak kula śniegowa. Trudno to opisać. Ludzie kibicowali jak na meczu polskiej reprezentacji. Dostawałam screeny, jak pasek rośnie, siedziałam przed komputerem i patrzyłam z niedowierzaniem. Toczyły się zakłady, ale nie o to, czy kwota zostanie uzbierana, tylko jak szybko. A później była nadwyżka, w wysokości 150 tys. zł, za którą zakupiłam urządzenie Paxman do szpitala w Lublinie, żeby nikt nie musiał tracić włosów wraz z chemioterapią, tak jak ja musiałam.

Był to jeden z najszcześniejszych dni w moim życiu. Zebrano 1,5 mln zł, rozumiałam, że będę mogła się dalej leczyć, zobaczyłam, jak silna potrafi być więź między ludźmi i jak ludzie są dobrzy. Poczułam prawdziwe wsparcie.

Nadszedł moment operacji i dokonania przeszczepu.

Kluczowe było, abym znalazła dawcę, który musiał być bezinteresowny i zgodny grupowo, była to osoba mi bliska, pochodząca z Polski. Dawca oddał około 70 proc. swojej wątroby, co było ogromnym wyzwaniem, na szczęście wątroba regeneruje się po niedługim czasie.

Wybrałam ośrodek z dużym doświadczeniem, w którym lekarze mieli na swoim koncie dwa, trzy tysiące przeszczepów wątrób od żywych dawców. To imponujący dorobek. Moja operacja trwała 14 godzin i przebiegła bez komplikacji. W szpitalu łącznie przebywałam 16 dni, to dosyć krótko jak na tak potężny zabieg, ale standardy opieki były tak wysokie, że nie doznałam żadnych powikłań. Najbardziej jednak obawiałam się o życie dawcy.

Czym różni się opieka medyczna w Indiach od tej w Polsce?

Izolacja w szpitalu była rygorystyczna: ja i dawca oraz inni pacjenci nie mieliśmy kontaktu, aby uniknąć infekcji. Personel medyczny pracował w pełnym reżimie sanitarnym, zmieniając odzież i utrzymując najwyższe standardy czystości. Dieta była ściśle dostosowywana do indywidualnych potrzeb, z codziennym ważeniem i obliczaniem zapotrzebowania kalorycznego oraz białkowego.

Wiele osób pomogło, ale nie wszyscy...

Uzyskanie wsparcia z ZUS było bardziej skomplikowane niż organizacja przeszczepu w Indiach. Musiałam spełniać absurdalne wymagania, takie jak dostarczenie oryginału zaświadczenia ukończenia studiów. Po złożeniu wniosku o zasiłek rehabilitacyjny czekałam sześć miesięcy bez środków do życia, mimo że wcześniej byłam aktywna zawodowo i zawsze terminowo opłacałam wszystkie składki.

Przeszłam przez wiele trudnych chwil, ale teraz, choć nie jestem zdrowa, mam poczucie, że moje życie jest pełne i wartościowe. Pomoc społeczna i wsparcie, które otrzymałam, są dla mnie ogromnym darem, który staram się oddać dalej. Moja historia jest przykładem, jak można przezwyciężać trudności i wspierać innych, nawet gdy samemu jest się w trudnej sytuacji.

To historia, która nadaje się na scenariusz filmowy. Jakie jest życie po przeszczepie?

Obecnie koncentruję się na wspieraniu pacjentów z nowotworami dróg żółciowych. Codziennie udzielam porad i informacji, współpracuję z fundacją Europa Colon. Pomagam również tworzyć poradnik, który ma ułatwić zrozumienie chorób nowotworowych, piszę książkę. Działam na rzecz zmiany postrzegania chorych, podkreślając, że nie muszą oni wstydzić się swojej choroby ani ukrywać jej objawów. Promuję aktywność zawodową osób chorych, aby mogły one poczuć się pełnoprawnymi członkami społeczeństwa. ●



◀ Cała rozmowa do obejrzenia

NOWE TECHNOLOGIE

Cyfrowe narzędzia w leczeniu chorób przewlekłych

KRZYSZTOF JAKUBIK

Technologie traktowane jeszcze kilka dekad temu w kategoriach naukowej fikcji wchodzą do codziennego życia. Telemedycyna upowszechniła się podczas pandemii, a coraz bardziej zyskująca na znaczeniu sztuczna inteligencja sprawiła, że lekarze mogą eksperymentować na wirtualnych klonach pacjentów.

W Polsce jednym z czynników stanowiących największe wyzwanie przy leczeniu chorób przewlekłych jest monitorowanie stanu pacjentów oraz modyfikowanie terapii. Dzięki rozwojowi narzędzi technicznych obecnie jest już łatwe prowadzenie całodobowego monitoringu, którego celem jest stworzenie bazy danych zawierającej opis zmienności objawów w czasie – problematyczny może być jedynie koszt narzędzi oraz akceptacja tej metody zarówno po stronie pacjentów, jak też lekarzy.

Natomiast wprowadzanie kontrolowanych zmian w terapii wymaga nie tylko doskonałej znajomości historii choroby pacjenta, ale także umiejętności zasymulowania rezultatów wynikających ze zmian.

EKSPERYMENTY NA BLIŹNIAKACH

W ciągu ostatnich lat powstały techniczne możliwości, aby ziściła się jedna z koncepcji science fiction – cyfrowe bliźniaki. Mimo że wciąż spotykane są różne definicje tego pojęcia, generalnie chodzi o stworzenie wirtualnej reprezentacji osoby, co umożliwi symulowanie różnych strategii leczenia, monitorowanie jego efektów oraz przewidywanie trajektorii dochodzenia do zdrowia.

Tworzenie coraz wierniejszych cyfrowych bliźniaków jest możliwe dzięki powstawaniu w olbrzymiej skali bazy różnorodnych danych: klinicznych, genetycznych, molekularnych, środowiskowych i społecznych. Po ich zanonimizowaniu wykorzystywane są do przetwarzania za pomocą sztucznej inteligencji przez mechanizmy uczenia maszynowego w celu

przeprowadzenia szeroko zakrojonych badań statystycznych oraz obserwacji trendów, w tym tych nieoczywistych.

Stworzenie i nieustanne aktualizowanie takiej bazy danych o możliwych do przeprowadzenia terapiach jest bardzo ważnym komponentem koncepcji cyfrowych bliźniaków, ale niejedynym. Aby wykorzystanie tej wiedzy było możliwe, konieczna jest zdolność do zbudowania wirtualnej repliki pacjenta, na której prowadzi-

Na razie nierealne jest stworzenie pełnej cyfrowej kopii człowieka, zawierającej w pełni wyselekcjonowane DNA i historię przebytych chorób

ne będą eksperymenty. Bo dopiero obserwacja symulacji ich skutków pozwoli na podjęcie decyzji o zaordynowaniu terapii prawdziwemu pacjentowi ze zdecydowanie mniejszym ryzykiem porażki lub pojawienia się działań niepożądanych. Co więcej, dane z przeprowadzonej w ten sposób kuracji też zasilają stworzony przez sztuczną inteligencję model, co jeszcze usprawnia jego skuteczność.

Oczywiście, przy tego typu projektach istnieje mnóstwo niuansów. Na razie nierealne jest stworzenie pełnej cyfrowej kopii człowieka, zawierającej

w pełni wysekwencjonowane DNA oraz historię przebytych chorób. Obecnie prace skupiają się na wybranych obszarach, np. konkretnych narządach. Dla każdego z nich dobierane są zapewniające największą skuteczność wirtualne modele, z uwzględnieniem takich aspektów, jak źródła danych, mechanizmy interakcji pomiędzy człowiekiem i jego wirtualną repliką oraz metody wizualizacji.

Na przykład symulacje wybranych narządów, takie jak tworzenie modelu żywego serca, są opracowywane głównie przy użyciu szczegółowych danych obrazowych – to na ich podstawie przewidywane będzie działanie mechanicznych urządzeń medycznych, jak kardiostymulatory i stenty. Ale w innych przypadkach konieczne może być tworzenie bogatej mieszanki informacji klinicznych oraz danych pochodzących z profilowania molekularnego.

Projekt cyfrowych bliźniaków prowadzony jest przez liczne uniwersytety, instytuty oraz prywatne firmy, chociaż trzeba uczciwie przyznać, że wciąż znajduje się jeszcze na wczesnym etapie rozwoju. Ale za zakrętem czyha prawdziwa rewolucja, bowiem pozbawione ryzyka eksperymentowanie zapewni ogromne możliwości w zakresie spersonalizowanej opieki zdrowotnej, interwencji predykcyjnych, zdalnego monitorowania i postępów w badaniach medycznych.

Przykładowe projekty cyfrowych bliźniaków prowadzone na świecie

Zagadnienie	Prowadzące jednostki	Mechanizm	Cel
Płuca	Lexma	Prowadzenie symulacji przepływu krwi i tlenu	Przewidywanie wymagań dotyczących wentylacji
Serce	"Dassault, Medtronic, Boston Scientific, FDA"	Symulacja struktury serca i jego fizjologicznych funkcji	Personalizacja i optymalizacja pracy urządzeń kardiologicznych
	Siemens Healthineers		Resynchronizacja serca
	Heart Navigator	Symulacja implantacji TAVR z różnymi protezami aortalnymi	Usprawnienie planowania chirurgicznego
Kręgosłup	Ahmadian i in.	Przewidywanie złamania kręgow po stereotaktycznej radioterapii ciała	Stworzenie optymalnego planu napromieniania w celu zminimalizowania skutków ubocznych leczenia
Choroba Alzheimerera	Unlearnai	Przewidywanie indywidualnych wyników w chorobach neurologicznych	Planowanie kontroli badań klinicznych i ewentualnych interwencji klinicznych
Uszkodzenia piersi	VICTRE trial	Porównywanie mammografii cyfrowej wirtualnych pacjentów z tomosyntezą na podstawie obrazu	Określanie, które narzędzie obrazowania jest lepsze w wykrywaniu zmian w piersiach
Rak jamy ustnej i gardła	Tardini i in.	Dobór optymalnej metody leczenia	Określanie optymalnego planu leczenia raka jamy ustnej i gardła
Cukrzyca typu 2	Cleveland Clinic Twin Health	Randomizowane badanie kontrolne badające precyzyjną terapię wykonaną na cyfrowym bliźniaku w porównaniu ze standardową opieką	Odwroćenie objawów choroby

Źródło: Nature

W TROSCE O DOKŁADNOŚĆ I SPRAWIEDLIWOŚĆ

Jak zwykle przy tego typu projektach istnieje mnóstwo wyzwań, z powodu których do wykorzystania pełnego potencjału koncepcji cyfrowych bliźniaków konieczna jest współpraca między wieloma zainteresowanymi stronami – na obecnym etapie głównie instytucjami badawczymi i ustawodawcami, aby ci mogli opracować przystosowane do tej przelomowej sytuacji regulacje prawne. Ale jednym z największych jest pozytywnie w czasie rzeczywistym danych w różnych modelach fizjologicznych, biologicznych i chemicznych oraz ich integracja – utrudniona ze względu na różnorodność formatów przechowywania danych, ryzyko braku ich dokładności (co może wpływać na błędy w tworzonemu z pomocą sztucznej inteligencji modelu cyfrowego bliźniaka) oraz problemy z interoperacyjnością systemów.

Oprócz powszechnych już w branży ochrony zdrowia wyzwań związanych z bezpieczeństwem informacji (poprawne anonimizowanie danych wykorzystywanych do tworzenia bazy wiedzy oraz ochrona danych osobowych i medycznych pacjentów posiadających cyfrowego bliźniaka) pojawia się konieczność rozwiązania kwestii etycznych, takich jak uzyskanie

zgody pacjentów na zbieranie danych oraz zapewnienie równości w dostępie do nowatorskich rozwiązań technicznych.

W wielkich modelach językowych, takich jak ChatGPT, zaobserwowano już jakiś czas temu zjawisko stronniczości danych – deformacji prezentowanych wyników, co jest skutkiem statystycznie nierównomiernych dostarczanych materiałów źródłowych do tworzenia modelu (np. dominacji treści dotyczących mężczyzn). Zachodzi obawa, że podobno zjawisko może pojawić się też w przypadku cyfrowych bliźniaków. Konieczne jest zatem zadbanie, aby w inteligentnych modelach w odpowiedni sposób uwzględniono kwestie dotyczące płci, rasy, nałogów, sytuacji społecznej itd.

TELEMEDYCYNĄ W SCHORZENIACH PRZEWLEKŁYCH

Od czasów pandemii na znaczeniu zyskała telemedycyna oraz rozwiązania umożliwiające zdalne monitorowanie pacjentów. To wciąż innowacyjne podejście dla wielu przewlekłych chorób (np. na cukrzycę, choroby serca i płuc lub też z problemami

neurologicznymi) doceniane jest szczególnie w kontekście rosnącego zapotrzebowania na wygodne i dostępne usługi medyczne.

Informacje te potwierdza m.in. opublikowany pod koniec ubiegłego roku raport z badania przeprowadzonego przez SW Research. Postrzegają oni telemedycynę głównie jako metodę prowadzenia konsultacji lekarskich przez telefon lub internet (71 proc.), zaś 63 proc. ankieterów kojarzy tę dziedzinę z możliwością otrzymania e-recepty lub e-zwolnienia. Badanie wykazało, że blisko 80 proc. pacjentów uznaje teleporady jako metodę skutecznie rozwiązującą ich problemy zdrowotne. Natomiast 10 proc. respondentów wskazało cukrzycę i inne przewlekłe schorzenia jako powód korzystania z usług telemedycznych.

Warto przy tym zauważyć, że telemedycyna w ramach usług zdrowotnych świadczonych na odległość obejmuje nie tylko konsultacje online. Nowoczesne techniki komunikacyjne ułatwiają lekarzom diagnozowanie, leczenie i monitorowanie stanu zdrowia pacjentów w czasie rzeczywistym. Pomagają w tym aplikacje mobilne

i urzędzenia medyczne, za pośrednictwem których pacjenci mogą zbierać dane dotyczące swojego zdrowia oraz przysyłać je bezpośrednio do lekarzy.

PROFILAKTYKA I SZYBSZE REAGOWANIE

Korzyści zapewnianych przez mechanizmy zdalnego monitorowania – zarówno dla przewlekle chorych pacjentów, jak i dla systemu ochrony zdrowia – jest wiele. Wśród nich należy wskazać przede wszystkim zwiększoną dostępność specjalistów, zwłaszcza w obszarach wiejskich, gdzie dostęp do tradycyjnej opieki zdrowotnej może być ograniczony (zmniejsza to potrzebę wizyt w placówkach medycznych, a więc przekłada się na wygodę i oszczędności). Ale równie ważna jest profilaktyka – regularny i bezpieczny przepływ danych medycznych umożliwia wczesne wykrywanie ryzyka poważniejszych komplikacji.

Poza aspektami natury organizacyjnej warto również wskazać na kwestie stricte medyczne. Systematyczne kolekcjonowanie danych zdrowotnych umożliwia ich szeroką analizę, a przez to wczesne wykrywanie problemów i szybkie reagowanie na niepokojące zmiany. Zdalne monitorowanie motywuje też pacjentów do aktywnego uczestniczenia w zarządzaniu własnym zdrowiem oraz większej dbałości o kontrolowanie swoich parametrów życiowych.

Kolejny zestaw korzyści płynących z wdrażania telemedycyny na szeroką skalę jest związany z usprawnieniem w znacznym stopniu funkcjonowania podmiotów medycznych. Dzięki zdalnemu monitorowaniu lekarze mogą lepiej zarządzać procesami opieki nad pacjentami, co pozwala na efektywniejsze przydzielanie zadań personelowi. W sytuacjach wzmożonego zapotrzebowania na usługi medyczne (takich jak niedawna pandemia COVID-19) zdalne monitorowanie ogranicza konieczność fizycznych wizyt w szpitalach, co zmniejsza ryzyko zakażeń – brak narażenia na dodatkowe zagrożenia jest szczególną korzyścią dla pacjentów z grupy podwyższonego ryzyka.

SĄ TEŻ WYZWANIA

Wdrożenie skutecznego mechanizmu zdalnego monitorowania zdrowia pacjentów wiąże się z kilkoma istotnymi wyzwaniami technicznymi. Kluczowe zagadnienia są dwa. Pierwsze to oczywiście zagwarantowanie nieprzerwanego dostarczania danych medycznych do przetwarzających je placówek. Aby zapewnić płynność ich przesyłania, konieczne jest korzystanie z wysokowydajnej i stabilnej



fot.: Pivabay.com

infrastruktury telekomunikacyjnej. Po stronie szpitali zazwyczaj nie ma z tym problemu, ale korzystającym z rozwiązań telemedycznych pacjentom warto zalecić konsultację z ekspertem IT pod kątem stabilności i zasięgu sieci bezprzewodowej wi-fi w ich gospodarstwie domowym, jak też weryfikację siły sygnału płynącego od operatora komórkowego, jeśli dane przesyłane są za pomocą tego typu transmisji.

Drugim krytycznym aspektem jest kwestia bezpieczeństwa i prywatności danych pacjentów. Tu większa odpowiedzialność leży po stronie placówki medycznej, bowiem to tam wszystkie dane są zbierane oraz przetwarzane. To również stamtąd zazwyczaj pacjent odbiera urządzenie, które będzie monitorowało stan jego zdrowia – dlatego powinno być ono odpowiednio skonfigurowane, z włączonymi wszystkimi opcjami szyfrowania danych oraz zabezpieczenia dostępu do nich niepowołanym osobom.

Nie bez znaczenia są również aspekty dotyczące komfortu emocjonalnego. Rozwiązania do telemedycyny powinny być intuicyjne i łatwe w obsłudze przez pacjentów, szczególnie osób starszych lub

◀ Wdrożenie skutecznego mechanizmu zdalnego monitorowania zdrowia pacjentów wiąże się z kilkoma istotnymi wyzwaniami technicznymi

z ograniczoną sprawnością. W przypadku chorób przewlekłych będą korzystać z nich długo, nie można więc dopuścić do sytuacji, w której niepoprawnie używany sprzęt przyczyniałby się do pogarszania, a nie poprawiania stanu zdrowia. Ale równie ważne jest odpowiednie podejście personelu medycznego. Tylko jego akceptacja dla tego typu rozwiązań, zaangażowanie w ich stosowanie oraz umiejętne przedstawianie korzyści przewlekle chorym pacjentom pomogą w osiągnięciu pozytywnych efektów.

Wyzwanie stanowią także kwestie regulacyjne i prawne dotyczące ochrony danych oraz odpowiedzialności za świadczenie usług telemedycznych. W Polsce istnieją pewne regulacje obejmujące wybrane zagadnienia związane z tym tematem, ale brakuje spójnych, kompleksowych przepisów. Furtkę, dzięki której możliwe jest świadczenie usług telemedycznych, otwiera aktualizowany kilkakrotnie w ostatnich latach art. 42 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, który mówi, że „lekarz orzeka o stanie zdrowia określonej osoby po uprzednim, osobistym jej zbadaniu lub zbadaniu jej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, a także po analizie dostępnej dokumentacji medycznej tej osoby”, a także postanowienia znowelizowanego Kodeksu Etyki Lekarskiej. Dynamiczny rozwój telemedycyny skłonił Naczelną Radę Lekarską do opracowania własnych wytycznych dotyczących udzielania świadczeń telemedycznych. Wskazują one głównie na konieczność zapewnienia poufności i bezpieczeństwa informacji medycznych oraz odpowiednich standardów technicznych dla systemów używanych do teleporad. •

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

NIL NA SZYBKO

Przekonaaliśmy rząd do naszych postulatów

Miało być co innego, ale muszę o tym wspomnieć – NIL wraz z Opolską i Dolnośląską Izbą Lekarską nie pozostawi bez pomocy lekarzy dotkniętych klęską powodzi, która przeszła przez południowo-zachodnie regiony naszego kraju.

JAKUB KOSIKOWSKI
RZECZNIK NACZELNEJ IZBY
LEKARSKIEJ



Pomoc koordynuje zastępczyni Rzecznika Prasowego NIL – Iwona Kania i najlepiej zgłaszać się pod email iwona.kania@nil.org.pl lub dzwonić pod 532 353 243. Można się też bezpośrednio zgłaszać po pomoc do Fundacji Lekarze Lekarzom.

W ostatnim czasie działały się też inne rzeczy. 7 września zakończyły się 21. Igrzyska Lekarskie – po raz pierwszy organizowane przez NIL oraz po raz pierwszy odbywające się nad morzem – w Centralnym Ośrodku Sportu w Cetniewie – Władysławowie. Pogoda dopisała, frekwencja rekordowa – niemal 800 lekarzy, obiekt przepiękny, rywalizacja sportowa na najwyższym poziomie. Na pewno możemy wiele poprawić jako organizatorzy, dlatego wszystkich którzy brali udział w tym wydarzeniu zachęcam do zajrzenia na email i wypełnienia ankiety, w której zadecydujecie czy przyszłoroczne Igrzyska odbędą się w Zakopanem czy we Władysławowie. Bo to przecież impreza dla Was.

Cały czas toczy się bój o leki narkotyczne, psychotropy i receptomaty. Po ustaleniu rozwiązania ich

problemu, z projektu rozporządzenia zniknęła marihuana medyczna, która jest najczęściej wystawianym „rozrywkowym” lekiem w Polsce, właśnie głównie przez receptomaty. Nasi przedstawiciele byli obecni na Radzie Dialogu Społecznego poświęconej temu tematowi, a prezes Naczelnej Rady Lekarskiej osobiście rozmawiał z minister na ten temat. Mamy publiczne zapewnienie, że marihuana wróci do rozporządzenia, obecnie dyskusja toczy się wokół benzodiazepin i problemów spowodowanych ich nadużywaniem. A jak będzie ostatecznie? Ten serial trwa już ponad rok i końca nie widać.

Ostatecznie pięć szkół wyższych nie otrzymało pozytywnej oceny PKA i nie będą mogły rekrutować studentów na kierunek lekarski w roku akademickim 2024-25. Udało się przekonać władze i społeczeństwo, że w kształceniu lekarzy nie może być drogi na skróty. W końcu każdy z nas kiedyś będzie pacjentem i chciałby trafić na lekarza, który anatomii uczył się jednak na ludzkim ciele, a nie na tablecie. ●

O TYM SIĘ MÓWI

Drugi raport NIL vs. kształcenia

Naczelna Izba Lekarska wraz z Centralnym Ośrodkiem Badań Innowacji i Kształcenia NIL po raz drugi opublikowała raport dotyczący warunków kształcenia na kierunkach lekarskich. Tym razem raport dotyczy roku akademickiego 2022/2023. – Odpowiedź na pytania o standardy kształcenia medycznego w Polsce jest kluczowa nie tylko dla przyszłości systemu ochrony zdrowia, ale też dla dobrostanu każdego pacjenta, dlatego chcę bardzo podziękować wszystkim uczelniom, które wzięły udział w naszym badaniu – komentuje Damian Patecki, przewodniczący Komisji Kształcenia Medycznego Naczelnej Rady Lekarskiej. W ankiecie, na której podstawie powstał raport, wzięło udział 19 uczelni prowadzących kierunek lekarski.

Postulat NRL spełniony

Minister zdrowia Izabela Leszczyna spełniła kolejny postulat samorządu lekarskiego o konieczności podjęcia starań zwiększających dostępność znieczuleń podczas porodów naturalnych w polskich szpitalach. Z początkiem lipca w ramach rozporządzenia prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wprowadzono premie finansowe dla placówek, które podniosą odsetek zastosowań znieczuleń zewnątrzoponowych lub podpajęczynówkowych w ogólnej liczbie porodów naturalnych. To wynik licznych spotkań Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z decydentami.

Porozumienie z UPRL

Lekarze są grupą zaufania publicznego, od której wymagane jest szerokie spektrum wiedzy na temat produktów leczniczych w aspekcie ich zastosowania, a także bezpieczeństwa. Współpraca z UPRL pozwoli na wymianę doświadczeń pomiędzy środowiskiem lekarskim, co w przyszłości może zaowocować licznymi uproszczeniami, np. procedury zgłaszania działań niepożądanych danego leku – mówił prezes NRL po podpisaniu porozumienia o współpracy pomiędzy Urzędem Rejestracji Produktów

Lecznicych a NIL. Na jego mocy strony zobowiązały się do organizacji szkoleń dla lekarzy i lekarzy dentyistów, prowadzenia badań i analiz, które będą służyć dalszemu rozwijaniu wiedzy w zakresie praktyki medycznej, realizacji wspólnych działań edukacyjno-wydawniczych czy też współpracy w zakresie zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych.

Komentarze do nowego KEL

Komisja Etyki Lekarskiej NRL przygotowała komentarze do znowelizowanego Kodeksu Etyki Lekarskiej. Podobnie jak wcześniejsze omówienia, komentarze będą publikowane regularnie na stronie nil.org.pl. „Odpowiadamy na zapytania, jakie ciągle do nas napływają, dotyczące interpretacji poszczególnych zapisów kodeksowych. Tak jak zapowiadałem na Krajowym Zjeździe Lekarzy, komentarze mają mieć formę otwartą, żywą, proszę więc je traktować jako pole do dyskusji i wszelkie uwagi proszę kierować na adres kel@nil.org.pl. Naszym wspólnym celem jest sprawienie, by KEL stał się pomocny w Waszej codziennej pracy, pomagał odróżniać to, co dobre od złego i umacniał nas w poczuciu dobrze wykonywanego zawodu” – pisze przewodniczącą komisji Artur de Rosier.

Dołącz do UEMS

Wubiegłym roku NIL przystąpiła do Europejskiego Stowarzyszenia Młodych Lekarzy, dołączając do grona 25 państw członkowskich. Dzięki tej przynależności młodzi lekarze w trakcie specjalizacji mają możliwość włączenia się w działania Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów (UEMS) w obszarze kształcenia specjalizacyjnego. – Wkład merytoryczny młodych lekarzy, odbywających szkolenie specjalizacyjne, w zagadnienia dotyczące podyplomowego kształcenia medycznego jest uważany za niezwykle istotny dla EJD oraz UEMS, stąd NIL włączyła się w powyższe działania poprzez rekomendowanie kandydatur młodych lekarzy z Polski – mówi Wojciech Domka, kierownik Ośrodka Współpracy Zagranicznej NIL. Chętni lekarze mogą nadsyłać swoje kandydatury na adres: sekretariat@nil.org.pl do 3 października 2024 r.

PNRL wobec jakości

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej negatywnie zaopiniowało projekt rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie wskaźników jakości opieki zdrowotnej. „(...) należy podkreślić liczne niespójności w załącznikach do rozporządzenia, co stwarza wrażenie chaosu. (...) Liczba wprowadzanych wskaźników jest nadzmiernie wysoka. Ponadto, projekt rozporządzenia nie określa priorytetowości wskaźników, traktując wszystkie 50 równoważnie. Z perspektywy optymalizacji jakości i zarządzania nie jest to możliwe do pogodzenia” – pisze PNRL w swoim stanowisku, które zadeklarowało jednocześnie gotowość wsparcia procesu wypracowania wskaźników, dialogu i pomoc ekspertów NIL.

Nie dla skalowania

W kontekście niedawnej wypowiedzi wiceministra zdrowia Jerzego Szafranowicza oraz pisma Koalicji Obywatelskiej Przemysław Witka, jawnie uderzających w dobre imię zawodu lekarza, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej zwrócił się do premiera RP Donalda Tuska z prośbą o wsparcie w wyjaśnieniu sytuacji i zapobieganiu kolejnym próbom dyskredytacji lekarzy i lekarzy dentyistów w oczach pacjentów. „Jednocześnie NIL wyraża niezmienną gotowość do eksperckiego dialogu dotyczącego systemu ochrony zdrowia z ekspertami strony rządowej” – dodał Łukasz Jankowski w zakończeniu listu.

MÓWIĄ O NAS

Obniżka składki

Na antenie Polsatu prezes Naczelnej Rady Lekarskiej mówił o problemach systemu ochrony zdrowia w kontekście obniżenia składki zdrowotnej. „Podniesiono składkę zdrowotną. Obywatele, pacjenci tego nie odczuli. My też nie odczuliśmy dobrych zmian w ochronie zdrowia. Kolejki jak były, tak są. W związku z tym rządzący chcą chyba nam zakomunikować, że to

my nie mamy pomysłu, pieniędzy też nie ma. To przynajmniej obniżymy składkę, damy sygnał, że dbamy o naszych obywateli” – podkreślał Łukasz Jankowski.

Klauzula wyższego dobra

Jeszcze nigdy nie byliśmy tak blisko wprowadzenia klauzuli wyższego dobra. Po spotkaniu prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej Łukasza Jankowskiego z ministrem Adamem Bodnarem po stronie rządzących widać zrozumienie i potrzebę zmian” – mówił wiceprezes NRL Klaudiusz Komor z portalem Termedia.pl. „Zgodnie z proponowaną przez samorząd wersją klauzula wyższego dobra ma obejmować jedynie zmiany w Kodeksie karnym. Każdy pacjent zawsze będzie miał możliwość dochodzenia roszczeń w sądzie cywilnym oraz w ramach odpowiedzialności zawodowej – poza przypadkami, kiedy lekarz popełnił ten błąd pod wpływem alkoholu lub innych środków odurzających albo dopuścił się rażącego zaniedbania” – wyjaśnił wiceszef NIL.

Wykaz czynności zawodowych

Portal Dentonet.pl cytował z kolejnego słowa Pawła Baruchy, wiceprezesa NRL i przewodniczącego Komisji Stomatologicznej NRL, dotyczące procedowanego projektu rozporządzenia ws. wykazu czynności zawodowych osób wykonujących niektóre zawody medyczne. „Wiele zostało powiedziane o umiejętnościach i wykształceniu. Stanowisko samorządu i Rady ds. Rozwoju Stomatologii w sprawie zakresu pracy asystentek stomatologicznych jest jednak niezmiennie. To lekarz wskazuje i nadzoruje pracę zawodów pomocniczych. Stanowimy zespół terapeutyczny, którego liderem jest lekarz. Każda czynność lecznicza, wybielanie, oczyszczanie zębów musi być poprzedzona badaniem, które prawidłowo wykonać może tylko lekarz. To nie jest kosmetyka uśmiechu, ale rodzaj leczenia” – napisał Paweł Barucha.

SAMORZĄD ZAWODOWY

Jaka komunikacja, taka skuteczność leczenia

Wszystkie elementy profesjonalnej relacji między lekarzem a pacjentem, są nierozdzielnie związane z efektywnością leczenia – mówi **prof. Aldona Jankowska**, prezes Polskiego Towarzystwa Komunikacji Medycznej w rozmowie z Lucyną Krysiak.

Czego, oprócz skutecznego leczenia, może oczekiwać pacjent od lekarza? Profesjonalnej współpracy. Jednym z kluczowych czynników wpływających na skuteczność leczenia są kompetencje komunikacyjne lekarza. To one umożliwiają m.in. prawidłowe zebranie wywiadu, co pozwala na postawienie trafnej diagnozy, a także budowanie zaufania pacjenta, a to z kolei wpływa na przestrzeganie zaleceń medycznych. Kompetencje komunikacyjne są również niezbędne do jasnego wyjaśnienia pacjentowi istoty choroby, planu leczenia oraz rokowań, co buduje konstruktywną współpracę. Jednym słowem: skuteczne leczenie bez wysokich umiejętności komunikacyjnych lekarza nie jest możliwe.

Zatem w procesie leczenia dobra komunikacja z pacjentem jest niezbywalnym elementem.

Pierwszym etapem leczenia jest diagnoza. Jej podstawą jest profesjonalne zebranie wywiadu. Wymaga to zarówno rozległej wiedzy medycznej, jak i odpowiednich kompetencji komunikacyjnych, takich jak umiejętne zadawanie pytań otwartych i zamkniętych, właściwa kolejność pytań, właściwe interpretowanie i wysyłanie sygnałów pozawerbalnych oraz umiejętność uważnego słuchania. Kompetencje komunikacyjnych wymaga przekazanie informacji o chorobie, planie leczenia i zaleceniach. To zadanie wcale nie jest łatwe. I bywa deprecjonowane. Pacjent dobrze rozumiejący przekazywane informacje realizuje zalecenia. Brak kompetencji komunikacyjnych lekarza w tym obszarze rujnuje efekty nawet najdoskonalej zaplanowanej terapii.

Czy polscy lekarze posiadają wystarczające umiejętności komunikowania się, czy powinni się tego uczyć?

Zawód lekarza wiąże się ze stałą koniecznością kształcenia się, także w tym zakresie. Obserwujemy obecnie bardzo duże zainteresowanie tą tematyką wśród medyków. Prawdopodobnie wynika to m.in. z faktu,



foto: archiwum prywatne

▲ Przekazanie informacji o chorobie nie jest łatwym zadaniem – uważa prof. Aldona Jankowska

że dopiero od kilku lat w polskich uczelniach medycznych studenci mają możliwość kształcenia kompetencji komunikacyjnych. W krajach zachodniej Europy i Ameryki Północnej takie zajęcia są obowiązkowe od kilkudziesięciu lat. Obecnie w Polsce warsztaty i szkolenia dotyczące tej tematyki zawsze gromadzą wielu uczestników. Badania pokazują, że kompetencje komunikacyjne i umiejętność budowania relacji z pacjentami zwiększają skuteczność leczenia i zmniejszają prawdopodobieństwo przeciążenia emocjonalnego oraz wypalenia zawodowego. Dlatego tak cenne dla lekarzy są możliwości kształcenia w zakresie komunikacji medycznej.

Na ile o dobrej komunikacji lekarza z pacjentem decydują wrodzone predyspozycje, a na ile umiejętności zdobyte podczas szkoleń?

Istnieją wrodzone predyspozycje, jednak szkolenia i warsztaty pozwalają zawsze na podwyższenie kompetencji. Można to porównać

do kursu matematyki czy kursu tańca. Ci, którzy mają wrodzone predyspozycje, po takich kursach będą doskonali, a ci, którzy ich nie mają, rozwiążą zadania i zatańczą znacznie lepiej niż przed kursem.

Jak wygląda współpraca PTKM z COBiK NIL dotycząca szkoleń?

Komunikacja medyczna jest istotnym elementem praktyki lekarskiej i odnajduje już swoje stałe miejsce w obszarach zainteresowań lekarzy w Polsce. Współpraca Polskiego Towarzystwa Komunikacji Medycznej z Centralnym Ośrodkiem Badań, Innowacji i Kształcenia Naczelnej Izby Lekarskiej trwa od 2022 r., jest bardzo owocna i intensywna. Zorganizowaliśmy i przeprowadziliśmy w tym czasie liczne warsztaty oraz szkolenia stacjonarne i zdalne, które zostały bardzo wysoko ocenione przez uczestników. Staramy się, aby nasze szkolenia były konkretnym wsparciem w praktyce lekarskiej szkolących się. Uczestnicy szkoleń to lekarze różnych specjalności, m.in. pediatrzy, lekarze rodzinni, ginekolodzy, interniści i stomatolodzy. W nadchodzącym, ostatnim kwartale 2024 r. zaplanowaliśmy dziewięć kolejnych spotkań w formie stacjonarnej i zdalnej, na które serdecznie zapraszamy wszystkich zainteresowanych. ●

PARTNER SZKOLEŃ
POLSKIE TOWARZYSTWO
KOMUNIKACJI MEDYCZNEJ



POLSKIE TOWARZYSTWO
KOMUNIKACJI MEDYCZNEJ

Szkolenia Ośrodka Kształcenia Naczelnej Izby Lekarskiej w październiku!



36 on-line



3 warsztaty stacjonarne

Szkolenia organizowane wraz z Partnerami:

- 07.10.2024** Rozpoznanie/badanie patomorfologiczne w diagnostyce chorób wątroby i dróg żółciowych
- 08.10.2024** Wytyczne do programów pilotażowych - AOTMiT - przygotowanie i ewaluacja
- 09.10.2024** Jak postępować kiedy podejrzewasz choroby zapalne serca u pacjenta?
- 15.10.2024** Nowoczesne technologie w monitorowaniu glikemii
- 16.10.2024** Wprowadzenie do badań klinicznych
- 18.10.2024** Pierwotny hiperaldosteronizm - wtórna przyczyna nadciśnienia tętniczego
- 21.10.2024** Zespół stopy cukrzycowej dla zabiegowców i niezabiegowców
- 22.10.2024** Znaczenie metod aktywacyjnych w diagnostyce elektroencefalograficznej
- 23.10.2024** Owrzodzenia goleni
- 23.10.2024** Trzustka i analogi GLP-1: jak zmieniła się terapia cukrzycy typu 2
- 24.10.2024** Leczenie bólu pooperacyjnego

Szkolenia organizowane w partnerstwie z Polskim Towarzystwem Komunikacji Medycznej w sesji jesienno- zimowej 2024 r.

- 18.10.2024 Trudne rozmowy w praktyce lekarskiej. Protokół EMPATIA .
- 25.10.2024 Śmierć w pracy lekarza

Cykl szkoleń: Skuteczna terapia to dobra komunikacja

- 04.11.2024** Budowanie relacji i perspektywa pacjenta
- 06.11.2024** Zbieranie i przekazywanie informacji
- 07.11.2024** Zalecenia, których pacjent będzie przestrzegał - motywowanie
- 08.11.2024** Wyzwania komunikacyjne i radzenie sobie z oczekiwaniami pacjenta.
- 15.11.2024** Budowanie relacji z pacjentem w opiece medycznej na odległość
- 11.12.2024 Niepewność diagnostyczna w praktyce lekarskiej
- 16.12.2024 Nieprzestrzeganie zaleceń medycznych wśród pacjentów

Pełna oferta szkoleń oraz szczegóły dostępne na stronie Naczelnej Izby Lekarskiej w zakładce Kursy i szkolenia.

Zapisy na szkolenia:

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



szkolenia@nil.org.pl



(22) 559 13 00 wew. 507



Ochrona sygnalistów w podmiotach lecniczych

MAŁGORZATA WĘGRZYNEK

Kim są sygnaliści i jakie obowiązki względem nich nakładają nowe przepisy na pracodawców? Zapraszamy na szkolenie organizowane przez Ośrodek Kształcenia NIL.

Nowe regulacje o ochronie sygnalistów wprowadzają dla podmiotów prawnych zatrudniających co najmniej 50 pracowników obowiązek wdrożenia wewnętrznej procedury zgłaszania naruszeń lub nieprawidłowości – w tym także w podmiotach leczniczych. Implementacja Dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2019/1937 z 23 października 2019 r. w sprawie ochrony osób zgłaszających naruszenia prawa Unii wprowadza do polskiego porządku prawnego ustawę z 14 czerwca 2024 r. o ochronie sygnalistów. Weszła ona w życie 25 września.

Ustawa definiuje sygnalistę jako osobę fizyczną, która zgłasza lub ujawnia publicznie informację o naruszeniu prawa uzyskaną w kontekście związanym z pracą. Sygnalistą może być każdy, kto świadczy pracę, niezależnie od tego, na jakiej podstawie ją świadczy i dla jakiego podmiotu. Jedynym wymogiem jest to, żebyśmy mieli wiedzę o naruszeniach obszarów prawa wymienionych w ustawie.

Zasadniczym celem ustawy o ochronie sygnalistów jest zapewnienie bezpiecznej drogi umożliwiającej zgłaszanie naruszeń lub nieprawidłowości w podmiocie prawnym. Obszarem naruszenia prawa lub występowania nieprawidłowości, które mogą być przedmiotem zgłoszenia dokonanego przez sygnalistę, jest m.in. ochrona zdrowia publicznego.

WYRÓŻNIENI W Ustawie

Medycy nie wszystko będą mogli zgłosić jako sygnaliści, bo nie mogą

zgłaszać naruszeń objętych tajemnicą zawodową. W związku z koniecznością ochrony informacji objętych tajemnicą ustawa o ochronie sygnalistów wyłącza możliwość dokonywania zgłoszeń w trybie przewidzianym w ustawie. Innymi słowy, jeżeli sygnalista w kontekście związanym z pracą (warunek konieczny) uzyska informacje o naruszeniu prawa, ale ujawnienie tego na zasadach określonych w przepisach ustawy o ochronie sygnalistów oznaczałoby naruszenie tajemnicy zawodowej – nie może dokonać zgłoszenia.

Działanie wbrew przepisom ustawy i zgłoszenie lub ujawnienie publiczne, które będzie obejmować ujawnienie tajemnicy zawodowej, może skutkować odpowiedzialnością dyscyplinarną.

Szkolenie dla lekarzy i dentyстів

Skomplikowaną naturę nowych przepisów będziemy tłumaczyć podczas szkolenia zorganizowanego przez Ośrodek Kształcenia NIL. Zostaną m.in. wskazane obowiązki placówek medycznych związane z wdrożeniem procedury zgłoszeń wewnętrznych i zapewnieniem ochrony osób zgłaszających naruszenie prawa. Uczestnicy szkolenia dowiedzą się o obowiązkach nałożonych przez ustawodawcę, kim jest sygnalista oraz co musi zawierać procedura zgłoszeń wewnętrznych.

Szkolenie odbędzie się 10 października 2024 r. w godzinach 16:00-18:00 w formule online. Zapisy pod linkiem: <https://nil.org.pl/dla-lekarzy/kursy-i-szkolenia/1290-ochrona-sygnalistow-w-podmiotach-leczniczych>. •

PAWEŁ DOCZEKALSKI
REDAKTOR NACZELNY

UCHWAŁA NR 25/24/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ Z 6 WRZEŚNIA 2024 R.

w sprawie Regulaminu działania Rzecznika Praw Lekarza Naczelnej Izby Lekarskiej

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 5 i 6 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2021 r. poz. 1342), uchwala się, co następuje:

§ 1.

Wprowadza się Regulamin działania Rzecznika Praw Lekarza Naczelnej Izby Lekarskiej, którego treść stanowi Załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podpisania.

§ 3.

Traci moc Uchwała Nr 15/10/VI Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 26 marca 2010 r. w sprawie utworzenia Biura Praw Lekarza.

SEKRETARZ
Grzegorz Wrona

PREZES
Łukasz Jankowski

UCHWAŁA NR 26/24/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ Z 6 WRZEŚNIA 2024 R.

zmieniająca uchwałę w sprawie przyjęcia Regulaminu portalu prawomocnych orzeczeń sądów lekarskich

Na podstawie art. 39 ust.1 pkt 1, 2 i 6 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2021 r. poz. 1342) uchwala się, co następuje:

§ 1

Regulamin portalu prawomocnych orzeczeń sądów lekarskich, stanowiący załącznik do uchwały nr 10/24/IX Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 8 marca 2024 r. w sprawie przyjęcia Regulaminu portalu prawomocnych orzeczeń sądów lekarskich, otrzymuje brzmienie jak w załączniku do uchwały.

§ 2

Prawomocne orzeczenia sądów lekarskich zamieszczone przed dniem wejścia w życie niniejszej uchwały w portalu prawomocnych orzeczeń sądów lekarskich w ramach I kategorii jawności, o której mowa w § 2 ust. 3 lit. a dotychczasowego regulaminu portalu prawomocnych orzeczeń sądów lekarskich,

zostaną zweryfikowane przez Naczelny Sąd Lekarski pod kątem stopnia anonimizacji oraz w terminie 3 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszej uchwały zostaną zamieszczone w portalu prawomocnych orzeczeń. Prawomocne orzeczenia sądów lekarskich, zamieszczone przed dniem wejścia w życie niniejszej uchwały w portalu prawomocnych orzeczeń sądów lekarskich w ramach II kategorii jawności, o której mowa w § 2 ust. 3 lit. b dotychczasowego regulaminu portalu prawomocnych orzeczeń sądów lekarskich, nie będą publikowane w Portalu.

§ 3

Uchwała wchodzi w życie z dniem 1 października 2024 r.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wron Łukasz Jankowski

UCHWAŁA NR 27/24/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ Z 6 WRZEŚNIA 2024 R.

zmieniająca uchwałę w sprawie
upoważnienia Prezesa Naczelnej
Rady Lekarskiej

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

§ 1.

W uchwale Nr 17/22/IX Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 3 czerwca 2022 r. w sprawie upoważnienia Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej, zmienionej uchwałą nr 20/24/IX z dnia 28 czerwca 2024 r., § 1 otrzymuje następujące brzmienie:

„Upoważnia się Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej – Łukasza Jankowskiego do jednoosobowego podejmowania decyzji o zaciągnięciu zobowiązań majątkowych Naczelnej Izby Lekarskiej do wysokości 50.000 zł netto w okresie jednego miesiąca kalendarzowego. Dokumenty w sprawie zaciągnięcia zobowiązań majątkowych Naczelnej Izby Lekarskiej wynikających z podjętej przez Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej decyzji, o której mowa w zdaniu poprzedzającym, podpisują Prezes lub Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Skarbnik Naczelnej Rady Lekarskiej”.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wron Łukasz Jankowski

UCHWAŁA NR 28/24/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ Z 6 WRZEŚNIA 2024 R.

w sprawie uchylenia uchwały nr 81/IX/2024 Okręgowej Rady Lekarskiej Bydgoskiej Izby Lekarskiej z 23 maja 2024 r. w sprawie zawarcia umowy na świadczenie usług informatycznych

Na podstawie art. 39 ust. 3 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2021 r. poz. 1342) uchwała się, co następuje:

§ 1

Uchyła się uchwałę nr 81/IX/2024 Okręgowej Rady Lekarskiej Bydgoskiej Izby Lekarskiej z dnia 23 maja 2024 r. w sprawie zawarcia umowy na świadczenie usług informatycznych.

§ 2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.
(...)

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wron Łukasz Jankowski

STANOWISKO NR 4/24/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ Z 6 WRZEŚNIA 2024 R.

w sprawie wytycznych Ministra Zdrowia w sprawie obowiązujących przepisów prawnych dotyczących dostępu do procedury przerwania ciąży oraz wytycznych Prokuratora Generalnego w sprawie zasad postępowania powszechnych jednostek organizacyjnych prokuratury w zakresie prowadzenia postępowań przygotowanych dotyczących odmowy dokonania przerwania ciąży oraz tzw. aborcji farmakologicznej

W dniu 9 sierpnia 2024 r. Prokurator Generalny pan Adam Bodnar działając na podstawie art. 13 § 1 ustawy z dnia 28 stycznia 2016 r. Prawo o prokuraturze wydał „Wytyczne Nr 9/24 w sprawie zasad postępowania powszechnych jednostek organizacyjnych prokuratury w zakresie prowadzenia spraw dotyczących odmowy dokonania przerwania ciąży oraz tzw. aborcji farmakologicznej” (wytyczne są dostępne pod adresem: <https://www.gov.pl/web/prokuratura-krajowa/wytyczne-prokuratora-generalnego-w-sprawie-zasad-postepowania-powszechnych-jednostek-organizacyjnych-prokuratury-w-zakresie-prowadzenia-spraw-dotyczacych-odmowy-dokonania-przerwania-ciazy-oraz-tzw-aborcji-farmakologicznej>)

pl/web/prokuratura-krajowa/wytyczne-prokuratora-generalnego-w-sprawie-zasad-postepowania-powszechnych-jednostek-organizacyjnych-prokuratury-w-zakresie-prowadzenia-spraw-dotyczacych-odmowy-dokonania-przerwania-ciazy-oraz-tzw-aborcji-farmakologicznej)

W dniu 30 sierpnia 2024 r. Minister Zdrowia Izabela Leszczyna wydała „Wytyczne w sprawie obowiązujących przepisów prawnych dotyczących dostępu do procedury przerwania ciąży” (wytyczne są dostępne na stronie: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/wytyczne-w-sprawie-obowiazujacych-przepisow-prawnych-dotyczacych-dostepu-do-procedury-przerwania-ciazy>).

(...) Sam fakt opublikowania przez Ministra Zdrowia oraz Prokuratora Generalnego takich wytycznych wyjaśniających przepisy prawa należy ocenić wysoce pozytywnie. Należy jednak zaznaczyć, że (...) samorząd lekarski nie znajduje uzasadnienia dla nadania przez Minister Zdrowia nazwy „wytyczne” dla pisma skierowanego do lekarzy - ordynatorów i kierowników oddziałów.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wron Łukasz Jankowski

STANOWISKO NR 5/24/P-IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ Z 6 WRZEŚNIA 2024 R.

w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw Naczelna Rada Lekarska po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, przekazanym przy piśmie Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia pana Jerzego Szafrańowicza z dnia 9 sierpnia 2024 r. (znak: DLU.0210.13.2024.RB) przedstawia następujące uwagi:
(...)

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wron Łukasz Jankowski

Pełna treść stanowisk dostępna na www.gazetalekarska.pl

EPIKRYZA (141)

Burza. Prequel

Starzejemy się nie tylko dlatego, że przybywa nam lat, ale także z uwagi na rosnący dystans, a może wręcz międzypokoleniowy dysonans pojęciowy. Niczym Prospero z szekspirowskiej komedii, wciąż próbujemy podbić zasługi przeszłości, ale świat biegnie dalej, izolując i zapominając weteranów.

Zobaczyć dobre wystawienie „Burzy” to wielka gratka. Nie miałem do tychczas takiego szczęścia. Genialny tekst Stradfordczyka nie przełożył się w moich podróżach teatralnych na sceniczne dzieło, które zostaje w pamięci na dłużej. Oczekiwania są każdorazowo ogromne, a zapowiedzi najczęściej magiczne, ale nadal nie powstało nic ponadprzeciętnego. Ot historia, w której czasem zachwyca scenografia, innym razem efekt wiatru urywającego rozbitkom głowy, kilka wpadających w ucho fraz do cytowania, aktorska etiuda, jak diament znaleziony w błocie. Kto nie czytał, nie dostrzeże z widowni niuansów, które wiodą na wyspę ludzkiej samotności, fantasmagorii pomieszczonej z rzeczywistością, labilności umysłów zamkniętych w stereotypach prostych rozwiązań i wiary, że wszystko dobrze się zakończy i będzie jak dawniej.

Gdański Teatr Szekspirowski postanowił trudne frazy „Burzy” przełożyć na język współczesności, wspomóc się piosenką i tańcem, ekologicznym przesłaniem i edukacyjnym zadaniem o relacji ojca i córki, zamykając bohaterów w sieci nielogicznych kontekstów. Powstał koszmar, który dobitnie udowodnia, jak traktujemy młodego widza, nie szanując jego inteligencji i karmiąc przeżutą papką skojarzeń. Zachwyt części publiczności obniżył stan mojego ducha. Mimo to, nie żałuję spędzonego czasu, choć byłem zawiedziony, że zapisany w tytule prequel, który mógłby pokazać Prospera, jako władcę Mediolanu wraz z jego chwałą, upadkiem i wygnaniem, nie został wymyślony. Zaprzepaścić taką ideę, mając środki i narzędzia, to już naprawdę było twórcze marnotrawstwo.

Nie raz, nie dwa służę radami, co można byłoby obejrzeć w teatrze, a później spotkać się ze znajomymi przy kolacji. Zamówienie brzmi zawsze tak samo: „Doradź nam coś dobrego i lekkiego. Wiesz, wszyscy chcą odpocząć, pośmiać się, zapamiętać,

JAROSŁAW WANECKI
PEDIATRA, FELIETONISTA



a potem zjeść i napić”. Cóż, wtedy zostaje w ofercie: musical, farsa, kabaret i restauracja obok, co na szczęście nie jest trudne, ale najczęściej wymaga wczesnej rezerwacji. Ale już wybór ambitniejszego spektaklu staje się ruletką, bo nawet Teatr Narodowy potrafi uderzyć w fałszywe tony. Aż strach pomyśleć, co będzie dalej, gdy nieodwracalnie zamienimy „Wieczór Trzech Króli” w śpiewogrę, a sceny dramatyczne zaczną celować w „Zemstę nietoperza”, zabierając dobrą sławę operetce. I wtedy warto wyjechać poza metropole.

Tegorocznego Złotego Yoricka podczas Festiwalu Szekspirowskiego w Gdańsku odebrali twórcy... „Burzy. Regulaminu wyspy”, której realizacji nie obejrzałem – jeszcze. Być może właśnie spektakl z Opoła spełnia kryteria, których brakowało wcześniejszym inscenizacjom. Warto w takim razie umówić się w Teatrze im. Jana Kochanowskiego, tak doskonale znanym wykonawcom i widzom Kongresu Kultury i Historii Lekarskiej z ubiegłorocznego, wrześniowego weekendu integrującego wokół pasji artystycznych środowisko medyków. W Opolu są też dobre restauracje, muzea i galeria Panaceum, prowadzona przez Agnieszkę Kanię – stomatolożkę z burzą pomysłów literackich i niezwykłym wyczuciem współczesnego malarstwa.

Na mapie podróży teatralnych polecam także Kalisz. Szymon Kaczmarek wystawił na scenie im. Wojciecha Bogusławskiego rzadko oglądane „Wszystko dobre, co się dobrze kończy”. Tytuł nawet optymistyczny. Ciekawa scenografia i namiot tlenowy dla króla. Cudowne uzdrowienie i dramat odrzucenia miłości. Kilka dobrze zadanych pytań i pokaz siły tkwiącej w manipulacji. Świetne role młodych aktorek. Konsekwentna reżyseria. Oryginalny tekst w translacji Barańczaka nie zaskakuje pomysłami występów w konkurencji „śpiewać każdy może”. Nie zmienia to jednak faktu, że przejście od tragedii do finałowej komedii, jak piszą doświadczeni recenzenci, jest możliwe tylko dzięki konwencji absurdu. W prawdziwym życiu nieprawdopodobny jest taki happy end. Zaklinanie, że rany zagoją się same, poprawia nastrój widza, ale nic ponadto. Ślad po zdrze, zdradzie, podchodach, braku lojalności, ośmieszeniu, odrzuceniu, jałowej krytyce i koniunkturalnej zyczliwości ulotnej zawsze zostaje na dłużej i jest wstępem do burzy, która prędzej czy później rozpęta się nad naszymi głowami.

William Szekspir, „Burza. Prequel”, reż. Joanna Zdrada, Gdański Teatr Szekspirowski, prapremiera 25 lipca 2024

PO GODZINACH – PODRÓŻE

Garda: kraina malowniczych miasteczek nad wodą

ANNA WOJDA

Riva del Garda, Limone sul Garda, Gargnano, Sirmione, Malcesine – można długo wymieniać. Każde jest piękne i ma coś innego do zaoferowania, a jest na tyle małe, że kilka godzin wystarczy na zwiedzanie i na to, by się w nim zakochać.

Garda zawsze kojarzyła mi się z wodą i sportami wodnymi. Słusznie zresztą, mnóstwo tam miejsc, gdzie można wypożyczyć łódki, popływać i się poopalać. Ale Garda dla mnie to również James Bond. Kto pamięta początkową scenę z „Quantum of Solace”, wie, o czym piszę: kręta droga po zachodniej stronie jeziora, tunele i pościgi. W rzeczywistości trudno się tam ścigać, chyba że jest się agentem 007 na usługach brytyjskiego rządu, który spektakularnie przyspiesza, jedzie pod prąd i... nie spada w przepaść.

Wąskie i często zatłoczone drogi, liczne zakręty i widoki, jakich nie da się zapomnieć – to właśnie Garda. Trzeba bardzo uważać, by odwracając głowę na bok i zachwycając się malowniczymi ujęciami jeziora, nie wjechać w poprzedzające nas auto. A tych pełno tu, parkingi potrafią być zatłoczone, dlatego im mniejszym samochodem się poruszamy, tym większe mamy szanse na to, że się uda nam zaparkować. A zatrzymywać chcemy się stale: małych i pięknych miasteczek jest tu bardzo dużo, każde ma coś innego do zaoferowania. Po co zatem zastanawiać się, co wybrać: bierzmy wszystko.

DLA AKTYWNYCH...

Niewielkie kameralne porty w samym sercu miasta, eleganckie promenady, zamocowane motorówki i jachty, zachody słońca, kolorowe i bogato zdobione fasady kamienic, brukowane ulice, rybacy, restauracje z tarasami zastawionymi stolikami, z których można podziwiać piękno jeziora i smakować lokalne specjalności. Do tego w tle strome zbocza gór, opadające niemal pionowo i ginące pod taflą wody.

Nad Gardą jest mnóstwo urokliwych miasteczek: większych i mniejszych. Czarujące Gargnano, w którym zamieszkał upadły dyktator Benito Mussolini, Salò – chyba najbardziej eleganckie miasto nad Gardą, gdzie niebieskie wody jeziora kontrastują z zielonymi wzgórzami, czy Sirmione – idylliczne miasteczko położone na wąskim półwyspie z zamkiem Scaligerich na wodzie, termami, grota Katullusa i żółtą willą, w której Maria Callas spędzała letnie tygodnie. Inna propozycja to Desenzano del Garda: zamek

Gargnano szczyli się piękną linią brzegową – jest wspaniałym miejscem na relaks i odpoczynek

z punktem widokowym, eleganckie pałace i liczne urokliwe zaułki. Jest jeszcze Riva del Garda z rzędami kolorowych kamienic, urokliwymi placami, kafejkami i promenadami otoczonymi zadbaną zielenią. I koniecznie Limone sul Garda, modny i drogi, choć małeńki kurort, który przyciąga co roku tłumy turystów, zwłaszcza miłośników pieszych wędrówek i rowerzystów. Zachwyca położeniem, labiryntem wąskich uliczek i ogrodami pełnymi cytrusów. I na koniec Malcesine – średniowieczne miasteczko z portem i zamkiem. Co ciekawe, leży ono u podnóża masywu Monte Baldo. To najlepszy punkt widoko-

wy na jezioro i częsty cel wycieczek. Z centrum miasta można wyjechać kolejką, której wagonik – w trakcie jazdy – obraca się wokół własnej osi (jak kolejka jadąca na Górę Stołową w Kapsztadzie).

To tylko część atrakcji, które Garda ma do zaoferowania. Bardziej aktywni, zwłaszcza miłośnicy rowerów, mogą być zachwyceni warunkami do wypoczynku. Doskonale przygotowane trasy rowerowe o różnych stopniach trudności, dobrze oznakowane ścieżki, a wszystko to w przepięknym otoczeniu gór i jeziora. Jeśli nie zabierzemy własnego roweru – nie martwmy się, na miejscu bez problemu znajdziemy wypożyczalnię.

...I LUBIĄCYCH SIĘ OPALAĆ

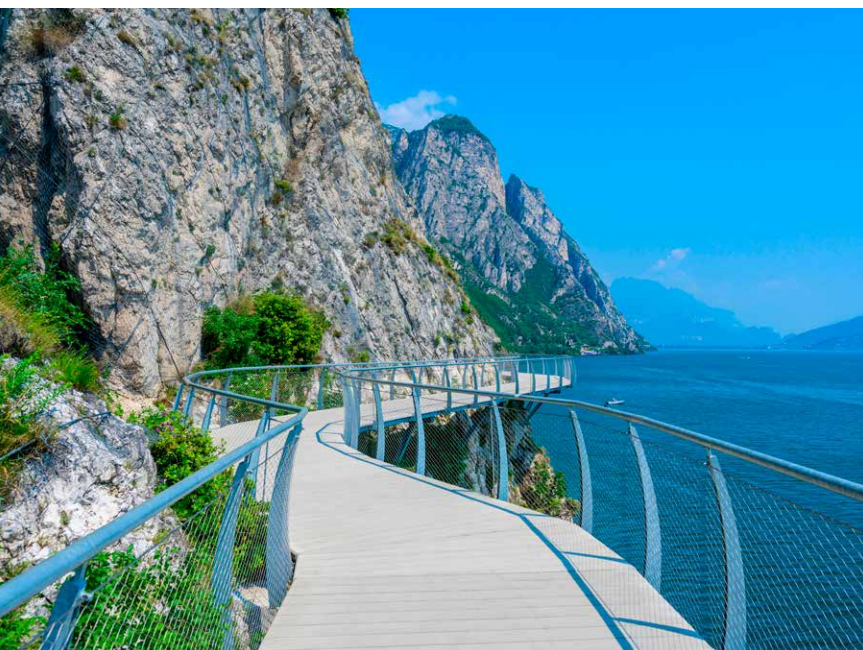
Dla tych, którzy niekoniecznie chcą aktywnie spędzać czas, ale marzą na przykład o opaleniznie – miejsc do wyboru jest mnóstwo. Nie są to plaże jak nad Bałtykiem, niemniej i tak każdemu będzie się podobać. Choć kamyczki to nie piasek, można się położyć na leżaku i z niego patrzeć na błękit jeziora czy przyplływające na brzeg łabędzie i kaczki. Od czasu do czasu pojawi się w oddali łódka, rower wodny lub motorówka prująca turkusową wodę.

Choć latem nad Gardą może być najwięcej atrakcji (ale jest też najgoręcej), warto jechać tam o każdej porze roku. Jeśli ktoś nie przepada za upałami i wysokimi temperaturami, może śmiało planować wyjazd jesienią: wciąż jest ciepło, zielono i niezmiennie urokliwie. ●



fot.: Shutterstock.com

◀ *Limone sul Garda: rozkosz klimatem miasta zapewniona, do tego konieczny spacer labiryntem uliczek*



fot.: Shutterstock.com

▲ *Zanim wybierzemy najlepszą dla siebie trasę rowerową nad Gardą, najpierw oceńmy swoje możliwości*

▶ *Turystów zachwycają nie tylko urokliwe krajobrazy, ale też piękne wille*



fot.: Anna Wojda

CO WARTO ZOBACZYĆ

- Sirmione – malownicze miasteczko na skalistym półwyspie, z zabytkowym zamkiem Scaligero i ruinami rzymskiej willi,
- Limone sul Garda – urokliwa miejscowość z cytrynowymi sadami i pięknymi widokami na jezioro,
- Riva del Garda – największe miasto nad jeziorem otoczone górami i plażami,
- Malcesine – średniowieczne miasto z imponującym zamkiem i starówką, skąd można wjechać kolejką na Monte Baldo,
- Monte Baldo – najwyższy szczyt nad jeziorem, z którego rozciąga się zapierający dech w piersiach widok na całą okolicę,
- Strada della Forra – droga, która wije się wzdłuż skalnych ścian i wąwozów nad jeziorem, to tu powstawały sceny „Quantum of Solace” z agentem 007 (w tej roli Daniel Craig),
- Torbole – raj dla miłośników sportów wodnych, zwłaszcza windsurfingu i kitesurfingu.



fot.: Anna Wojda

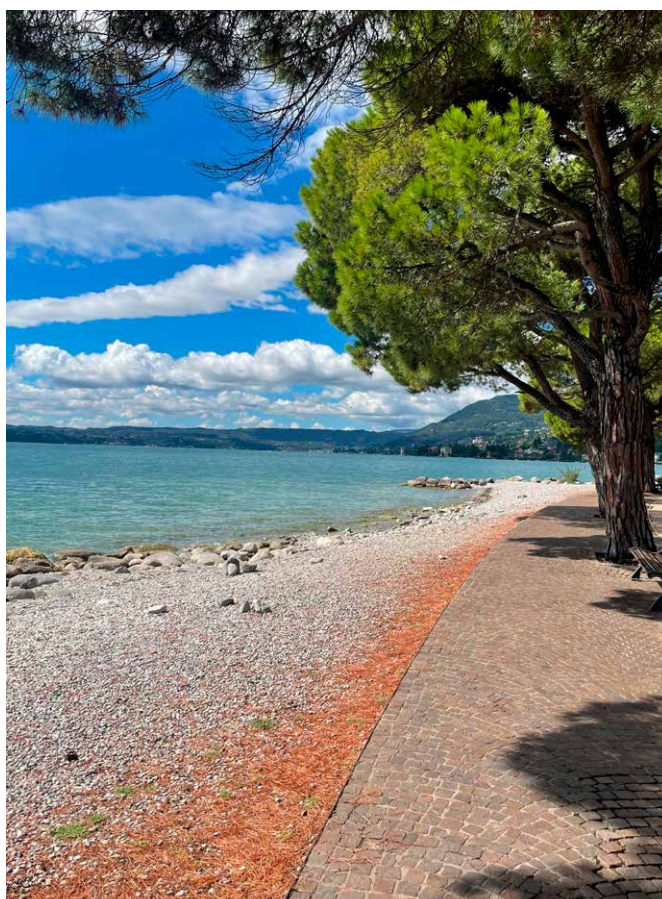
▲ *Malutki port w Gargnano otoczony kamienicami*

◀ *Restauracje kuszą dobrymi potrawami, winami i drinkami*

▶ *Plaże, choć kamieniste, potrafią zuroczyć*



fot.: Anna Wojda

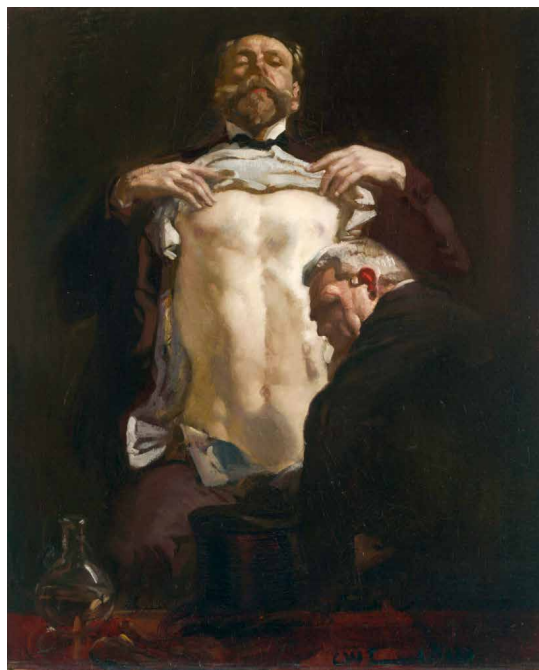


fot.: Anna Wojda

PO GODZINACH – BŁĄD MALARSKI

Na piersi

Piersi, jak mało która część ciała, doczekały się chyba najliczniejszych przedstawień artystycznych w sztukach wizualnych. Subtelnie nie do końca zasłonięte, puszczone wolno na pokuszenie widza czy też potraktowane utylitarnie jako atrybut macierzyństwa wciąż budzą w sztuce emocje. A co, jeśli widza skonfrontować z obnażoną męską klatką piersiową?



Obraz: George W. Lambert, „Ulica Chesham”, 1910, Galeria Narodowa Australii

O taką konfrontację pokusił się George W. Lambert w obrazie „Ulica Chesham”. I nie doczekał się pochwał ze strony krytyków. Nazwano go „co najwyżej brzydkim incydentem” i do niedawna niewielu historyków sztuki poświęciło mu uwagę. Mimo że sam malarz unikał precyzyjnego określenia, co przedstawia scena, powszechnie uznano ją za badanie lekarskie polegające na osłuchiwaniu. I rzeczywiście, tak na pierwszy rzut oka wygląda. Odwrócony plecami do widza lekarz zdaje się opierać ucho o klatkę piersiową pacjenta. Ten ostatni zaś stoi przed nim i przed widzem, obnaża muskularne ciało, obiema dłońmi podtrzymując koszulę.

Lekarz nie patrzy na pacjenta, odwraca głowę w stronę naczynia, być może wypełnionego uryną, zamyślony, wygląda, jakby zastanawiał się nad diagnozą.

AGATA MORKA
DOKTOR HISTORII SZTUKI



Na obraz można jednak spojrzeć zupełnie odmiennie, to przedstawienie tak nieoczywiste, jak intrygujące. Jedną z badaczek zaproponowała odczytanie tej sceny jako metafory, niemającej nic wspólnego z praktyką lekarską. Jeśli pójść za jej interpretacją, obraz staje się podwójnym autoportretem, gdzie obie postacie oddawać mają złożoną naturę malarza: myśliciela, artystę pewnego

swego rzemiosła, ale i sportowca, bowiem Lambert był również bokserem. A może to obraz o podtekście erotycznym, eksplorujący przyjemność obnażania się i pewną podskórną sensualność tej dość intymnej sceny?

Jakkolwiek chcemy tę ambiwalentną scenę odczytać, niewątpliwie pierwsze skrzypce gra w niej dumnie wypięta męska pierś, mistrzowsko oddana przez Lamberta. ●

Rozwiązanie zagadki z „GL” 9/2024

Szczegóły różniące obrazy:

1. Usunięcie zegara.

Zegar prawdopodobnie symbolizować miał kończący się ziemski czas Walentyny.

2. Dodanie zielonych plam, jak liści wokół róży na ścianie.

W jednym z pierwszych portretów Walentyny malarz okolił jej profil wieńcem z róż i liści. Być może obecność róż na portrecie chorej kobiety była odwołaniem do tego właśnie przedstawienia.

3. Dodanie czarnego kosmyka włosów na poduszce.

Na jednym z innych portretów z tej serii pasmo włosów kobiety układa się w zawijas na kołdrze.

4. Zaznaczenie ust kobiety na czerwono.

Portrety kobiety z pierwszych lat po poznaniu malarza charakteryzowały się soczystym kolorem jej ust. Na tym przedstawieniu ledwo widać ich kontur.



Obraz: Ferdinand Hodler, „Chora Valentine Godé-Darel”, 1914, Kunstmuseum Solothurn, Dübi-Müller-Stiftung.

WSKAŹ ORYGINAŁ I ZNAJDŹ CZTERY SZCZEGÓŁY RÓŻNIĄCE OBRAZY.
Odpowiedź prześlij na bladmalarski@gazetalekarska.pl do 15 października 2024 r.
W temacie maila należy wpisać GL06 oraz podać dane do kontaktu (imię i nazwisko, adres, telefon). Jedna osoba może przesłać jedną odpowiedź.

NAGRODZENI „GL” 09/2024

Voucher do Hotelu Prezydent **** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje Jacek Radzik (Mirków). Gratulujemy!

Nagrody dodatkowe: Irena Romańczuk (Tomaszów Lubelski), Aleksandra Słodka (Łódź), Krzysztof Marzec (Częstochowa)

Dla jednej z osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi

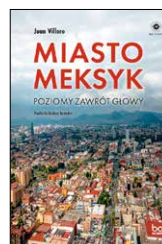
★★★★
HOTEL PREZYDENT
MEDICAL SPA & WELLNESS
HOTEL PRZYJAZNY DOROSŁYM

 WYDAWNICTWO
UNIwersYTETU
JAGIELLOŃSKIEGO
www.wuj.pl

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

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

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



KLAUZULA INFORMACYJNA

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

PO GODZINACH – POEZJA

JOANNA CZAJKOWSKA-ŚLASKO



fot.: materiały prasowe

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

Urodziła się w 1970 r., mieszka w Konstanczynie Łódzkim. Jest konstanczynianką od trzech pokoleń, mężatką i matką czworga dzieci. Lekarz psychiatra, biegła sądowa. Z dużą pasją opiniuje w sprawach nie tylko cywilnych i karnych, lecz także dotyczących prawa kanonicznego – jest jedynym świeckim biegłym psychiatrą przy Trybunale Metropolitalnym Łódzkiej Kurii Biskupiej. Od 1995 r. należy do Unii Polskich Pisarzy Lekarzy oraz do Konstanczyńskiego Klubu Literackiego „Constans”, gdzie obecnie pełni funkcję prezesa. Zadebiutowała w 1995 r. tomikiem poetyckim „Najpierwsze słowo”. Jej wiersze były publikowane w wydawnictwach zbiorowych o zasięgu lokalnym, regionalnym i krajowym. Jest laureatką wielu konkursów literackich. Otrzymała nagrodę Wielki Bilet „Wiadomości – 43bis”, przyznaną za przedsięwzięcia szczególnie cenne dla Konstanczyny Łódzkiej, a w 2009 r. została uhonorowana nagrodą Starostwa Powiatowego w Pabianicach za całokształt twórczości.



Ogólnopolski Konkurs Literacki
im. Prof. Andrzeja Szczeklika



przystanek końcowy pętla

i znów zbyt szybko
przebiegłam przez amfiladę letnich miesięcy
by zdążyć na autobus który nie przyjechał
do butów lepią się przejrzałe mirabelki
tak to już teraz
rusza coroczny kurs starzenia się
zmieniania wszystkiego w skład rupieci
zeszłe trawniki
pordzewiałe liście
nawet te późne róże
zwiędnięte jak niedbale obgryzione kości
i znów zbyt szybko przebiegłam
by zdążyć na autobus który nie przyjechał
czekam
wpatruję rozkładu

z rozmyślań kuchennych

było minęło
a teraz spływa
niknie w ścieku przeszłości
co pozostało
przypięty na drzwiczkach
wyblakły obrazek malowany dziecięcą ręką
na kartce
ze śladami mleka i miodu
a za nim
w lodówce
to co zawsze –
wiedzące owoce z wczoraj
i wciąż jeszcze hermetycznie zamknięte
gotowe dietetyczne danie
na jutro dlaczego to się nie klei
tyle wysiłku na nic
jak długo to jeszcze potrwa
i znowu w kółko to samo
no przecież wiem że zostanę
dokończę lepić pierogi
po śladach mąki na stole
odnajdę drogę powrotną

PO GODZINACH – SPORT

Brąz dla Polaków na MŚ 2024

Polska reprezentacja lekarzy zdobyła brązowy medal na tegorocznych Mistrzostwach Świata Lekarzy w Piłce Nożnej w Australii. Najlepszym zawodnikiem całego turnieju został Paweł Brosz.



◀ Reprezentacja Polski Lekarzy w piłce nożnej świętuje zwycięstwo w szatni

foto: Polski Związek Piłki Nożnej Lekarzy

Zawody rozegrano pod koniec lipca. Biało-Czerwoni w fazie grupowej byli nie do pokonania, wygrywając w swojej grupie po kolei z Australią (6:3), USA (1:0) i Kolumbią (3:2). W meczu o półfinał zmierzyli się Meksykiem. Walka była zacięta i momentami brutalna. Rywale zaliczyli trzy żółte i dwie czerwone kartki, z kolei Polacy po jednym kartoniku żółtego i czerwonego koloru, ostatecznie zwyciężając w rzutach karnych. W całym turnieju nasi reprezentanci ulegli jedynie Wielkiej Brytanii (0:2), czyli drużynie, która sięgnęła po złoto. Srebro wywalczyli gospodarze.

Polacy ostatni mecz rozegrali 27 lipca. W walce o brąz pokonali Hiszpanów

SKŁAD POLSKIEJ DRUŻYNY:

Michał Ochalek, Patryk Mejza, Krzysztof Popiński, Tomasz Zahorski, Marcin Sobotka, Mateusz Tajstra, Mateusz Baran, Krzysztof Rękawek, Dawid Leonczuk, Arkadiusz Godlewski, Maciej Kocjan, Jakub Kleszowski, Dawid Grochala, Paweł Brosz, Mariusz Dotka, Mateusz Zasadny, Michał Korzeniowski, Tomasz Sobolewski, Łukasz Krotowski, Bartosz Pała, Mateusz Dłutowski (kapitan), Michał Kochanowski, Michał Bondarenko, Maciej Rapicki / trener: Bartosz Dolański

z imponującym wynikiem 4:0. Tym samym powtórzyli wynik z ubiegłorocznych mistrzostw świata – wówczas również zdobyli trzecie miejsce i też walczyli o tę pozycję z Hiszpanami.

Najlepszym zawodnikiem tegorocznych Mistrzostw Świata Lekarzy w Piłce Nożnej został Paweł Brosz, młody lekarz na co dzień grający w Medyku Zabrze.

Swoim występem w Australii reprezentacja Polski lekarzy w piłce nożnej po raz kolejny udowodniła, że gra na światowym poziomie. Za rok turniej w Irlandii. Trzymamy kciuki za złoto.

PO GODZINACH – SPORT

Finał Mistrzostw Polski Lekarzy w Piłce Nożnej

W dniach 14-15 czerwca Częstochowa gościła uczestników XVI Mistrzostw Polski Lekarzy w Piłce Nożnej 6-osobowej oraz VII Mistrzostw Polski Lekarzy w Piłce Nożnej 6-osobowej OLDBOYS.

W ramach Mistrzostw Polski Lekarzy w Piłce Nożnej 6-osobowej w kategorii juniorów tytuł mistrza Polski zdobyła drużyna Wojskowej Izby Lekarskiej, która pokonała: Klub STL i Lublin. W kategorii OLDBOYS najlepsze wyniki osiągnęły drużyny: Kraków, Toruń i Leones Griseo.

W ramach XVI Mistrzostw Polski Lekarzy przyznano również nagrody indywidualne w kilku kategoriach: dla najlepszego bramkarza – Patryk Mejza (Wojskowa Izba Lekarska), najlepszego strzelca – Lennart Müller (Kielce) i najlepszego piłkarza – Adrian Marczyk (Wojskowa Izba Lekarska). W kategorii OLDBOYS zostali wyróżnieni: najlepszy bramkarz – Grzegorz Golański (Leones Griseo), najlepszy strzelec – Marcin Bania (Toruń), najlepszy piłkarz – Łukasz Drelicharz (Kraków).



▲ XVI Mistrzostwa Polski Lekarzy w Piłce Nożnej 6-osobowej były nie tylko wspaniałym wydarzeniem sportowym, ale również okazją do integracji środowiska lekarskiego.

Organizatorzy dziękują za wsparcie m.in. OIL w Częstochowie i NIL.

Więcej na www.gazetalekarska.pl.

PO GODZINACH – CZYTELNIĄ



Lękowi. Osobiste historie zaburzeń, Arkadiusz Lorenc, Prószyński i Spółka

To książka, w której znajdziemy historie osób zmagających się z różnego rodzaju lękami. Takimi, których czasem nie widać na pierwszy rzut oka, a które potrafią do cna sparaliżować, utrudniać wykonywanie podstawowych czynności i niszczyć marzenia. To także reportaż o lękach, które zatrzymują w domu, nie pozwalają podjąć pracy, odezwać się do kogoś obcego, wejść do wieżowca albo wyjechać na wakacje. I takich, przez które odpisywanie na e-mail może trwać godzinami albo które zmuszają do ciągłego sprzątanía mieszkania. Autor przedstawia głosy tych, którzy dotknęli samego środka problemu. Dzięki temu łatwiej jest je usłyszeć i zrozumieć. Jak sam tłumaczy, nie jest to poradnik o zaburzeniach lękowych, bo od porad są specjaliści. Swoją publikacją chce po prostu zwrócić uwagę na ten problem poprzez pryzmat osób cierpiących. A tych w Polsce może być nawet kilka milionów.

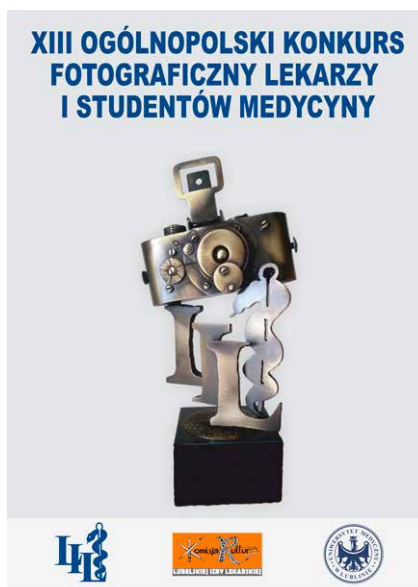
Slenderman. Internetowy demon, choroba psychiczna i zbrodnia dwunastolatek Kathleen Hale, Świat Książki

Już sam tytuł książki sugeruje, czego możemy się spodziewać. A dzieje się bardzo dużo. Jest przerażająco, a na dodatek ta historia wydarzyła się naprawdę. Do tragedii, o której opowiada Kathleen Hale, doszło w zwyczajnym amerykańskim miasteczku. Uczestniczą w niej trzy zwyczajne nastolatki. Co sprawiło, że dwie z nich zwabiły tę trzecią do lasu i próbowały ją zamordować? Ofiara tej okrutnej napaści cudem przeżyła pomimo zadanych dziewiętnastu ciosów nożem. W tle mamy fascynację postacią Slendermana, demona polującego na dzieci rodem z opowiadań zwanych creepypastami, ale autorka tego reportażu wnika o wiele głębiej w tę okropną zbrodnię. Pokazuje, jak niebezpieczny może być świat wirtualny, który daje internet, w połączeniu z toksyczną relacją i źle działającym systemem opieki zdrowotnej. Autorka za tę publikację otrzymała nominację do Nagrody im. Edgara Allana Poe.



Konkurs fotograficzny

Prezes NRL Łukasz Janowski objął patronatem XIII Ogólnopolski Konkurs Fotograficzny Lekarzy i Studentów Medycyny. Jest organizowany przez Lubelską Izbę Lekarską, Komisję Kultury ORL w Lublinie i Uniwersytet Medyczny w Lublinie we współpracy z Lubelskim Towarzystwem Fotograficznym i Związkiem Polskich Artystów Fotografików Okręg Lubelski. Dodatkowe informacje są na stronie www.kultura.oil.lublin.pl. Nadsyłanie prac do 31 października.



Konkurs poetycko-literacki



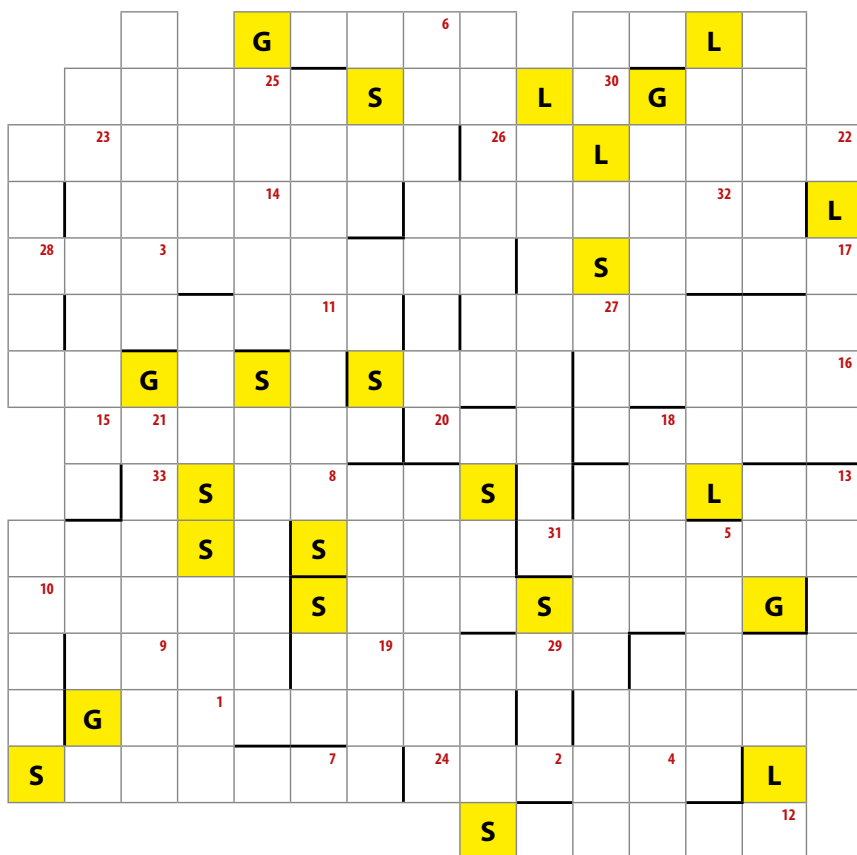
Do 31 października można nadsyłać prace na VIII Ogólnopolski Konkurs Poetycko-Literacki „Lekarze Dzieciom”, który jest organizowany przez Komisję Kultury ORL w Lublinie. Dodatkowe informacje są dostępne na stronie www.kultura.oil.lublin.pl. Patronem medialnym konkursu jest „Gazeta Lekarska” i „Medicus”.

Ogłoszenia

JOLKA LEKARSKA 298



Wydawnictwo Lekarskie PZWL
to specjaliści, wiedza i zaangażowanie.



Objaśnienia 68 haseł podano w przypadkowej kolejności.

W diagramie ujawniono wszystkie litery: G, L i S. Na ponumerowanych polach ukryto 33 litery hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to mądrość arabska.

Hasło należy przysłać na karcie pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres: jolka@gazetalekarska.pl do 15 października 2024 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań wyłonimy laureatów, którzy otrzymają nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).

* variola * gród w pd. części powiatu wrzesińskiego * wietnamska zwisłobrzucha * Irlandia * manubrium * kontrakcja * kibic, obserwator *żwypa Odyse * średniowieczny spis dokumentów * skorzonera * kresa, krzywa * spółgłosek wyspa chorwacka * osiedle w Bemowie, na granicy Woli * agencja kosmiczna USA * krewny rezusa * przynęty * Michail, rosyjski poeta romantyczny * zwolennik Dmowskiego * stary, chroniony obiekt * lithiasis * świadome śnienie * oburzenie * strój do snu * rzymska Demeter * uzdrowienie * nietykalna świętość * prawe ramię Renu * rym niepełny * nauka o bakteriach duru plamistego i gorączki okopowej * Karol z Wadowic * Wiślany lub Szczeciński * starożytna Toskania * trzecie jezioro Australii * badanie czynności serca * telewizyjna odmiana bilarda * carski dekret * nocna podróż Mahometa na Al-Buraku * dwoinko lub paleczki (fac.) * szeroka włoska aleja * drugie jezioro Europy * bluza i spodnie na sportowo * trzcinak

wędrowny * biodrowa (fac.) * stan z jeziorem Inie * partia Scholza * austriacka skocznia mamucia * stan i prawy dopływ Amazonki * najlżejszy pierwiastek * statki kosmiczne z USA (1964-66) * rzeka w Finlandii i część miasta Kotka * minerał, dwutlenek krzemu * węzeł kolejowy na wschód od Łodzi * nieboszczyk w każdej szafie * przełożony klasztoru franciszkanów * stolica Epiru * plynie w Ciechanowcu * na prochy lub głosy * wpada w Irkucko do Angary * z mizyną tworzy aktomiozynę * kobyła Konopnickiej * mchy i wątrobowce * Wlkp. nad Wartą * materiał wypełniający zęba * gatunki przeważające * syn Ela, wróg Baala * stolica Alzacji * tło na plakacie * vulva Jerzy Bądowski

Rozwiązanie jolki lekarskiej 296

Tylko dobry człowiek może być dobrym lekarzem

Nagrody otrzymują:

Grzegorz Kempa (Łódź), Anna Hoffmann (Rydzyń), Monika Leszcz (Borki), Dorota Kamińska (Giżycko), Piotr Kamieński (Murowana Goślina)

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: 41 100 egz.

Kolegium redakcyjne

Jacek Bujko, Paweł Doczekalski,
Klaudiusz Komor, Maria Klośńska,
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)
mariusz.tomczak@nil.org.pl
www.gazetalekarska.pl

Reklama i ogłoszenia

Agata Bryk
ogloszenia@gazetalekarska.pl

Stale z nami współpracują

Jerzy Bądowski, Adam Czerwiński,
Lucyna Krysiak, Zbigniew Kuzyszyn,
Jacek Miarka, Agata Morka,
Małgorzata Solecka, Jarosław
Wanecki, Grzegorz Wrona

Projekt okładki

Michał Trusz

Projekt

Michał Trusz

Skład

Montownia/Teresa Urawska

Druk

Eurodruk-Poznań Sp. z o.o.

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

Materiałów niezamówionych redakcja nie zwraca i zastrzega sobie prawo do skrótów, adiacji, zmiany tytułów. Redakcja nie odpowiada za treść reklam i ogłoszeń. Autorów prosimy o przysyłanie tekstów zapisanych na CD, e-mail w edytorze pracującym w środowisku Windows. Publikacja ta przeznaczona jest tylko dla osób uprawnionych do wystawiania recept oraz osób prowadzących obrót produktami leczniczymi w rozumieniu przepisów ustawy z 6 września 2011 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz.U. nr 126, poz. 1381, z późn. zmianami i rozporządzeniami).

