WAŻNY TEMAT: KTO ZAPŁACI ZA PODWYŻKI W OCHRONIE ZDROWIA

10|2025

GAZETA LEKARSKA

ISSN 0867-2164

PISMO IZB LEKARSKICH

WYDANIE SPECJALNE

E-WYBORY
KLIKNIJ I ZAGŁOSUJ – SAMORZĄD LEKARSKI WCHODZI W ERĘ CYFROWĄ

MEDYCYNA KONTRA HISTORIA
NA CO UMIERALI KRÓLOWIE? TAJEMNICE SPRZED WIEKÓW

PRAKTYKA LEKARSKA
WYŚCIG Z CZASEM. OPERACJA, KTÓRA ZACZĘŁA SIĘ W CHWILI NARODZIN

FUNDUSZE UE DLA LEKARZY I SZPITALI

- GRANTY NAWET DO 850 TYS. ZŁ
- GDZIE CZEKAJĄ PIENIĄDZE I JAK PO NIE SIĘGNĄĆ
- PUŁAPKI, BŁĘDY, KONTROLE

Chaos w prawie nie sprzyja zaufaniu

ŁUKASZ JANKOWSKI
PREZES NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

Bałagan prawny, który w ostatnich tygodniach zafundowali nam rządzący, potęguje wrażenie chaosu w całym systemie ochrony zdrowia.

Najpierw przez Sejm przechodzi za trzecim podejściem ustawa o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, potocznie zwana ustawą o szpitalnictwie, której liczne poprzednie wersje opiniowaliśmy jako samorząd lekarski. Zapewne ze względów politycznych pozbawiona została większości mechanizmów, które mogłyby wywrzeć jakikolwiek wpływ na system.

Następnie mamy do czynienia z zamieszaniem wokół rządowej tzw. ustawy ukraińskiej, w której zaszyto (i to dosłownie – stosując łamańce prawne, niemożliwe do odczytania przez osoby bez gruntownego wykształcenia prawniczego) zmiany dotyczące tzw. warunkowego prawa wykonywania zawodu (wPWZ). Istnienie takiego trybu wielokrotnie oprotestowywał samorząd lekarski od początku jego wprowadzenia w życie, a więc od czasów pandemii. Tryb ten formalnie wygasł 24 października 2024 r. Ustawa w szkodliwym dla nas brzmieniu jednoczasowo z wniesionym przez nas protestem trafiła do Prezydenta RP, który jej nie podpisał, a następnie ku zdumieniu wszystkich przedstawił własny projekt ustawy… zawierający kalkę z rządowych przepisów w zakresie wPWZ, właściwie słowo w słowo przepisanych i przedstawionych w równie niejasnej formie prawnej. Stało się to mimo potwierdzenia, że nasze argumenty trafiły do Pałacu Prezydenckiego, oraz mimo naszych rozmów z otoczeniem prezydenta.

Rząd ogłosił, że ustawą prezydencką zajmować się nie zamierza, i ogłosił kolejny projekt. Z satysfakcją odnotowuję, że rozmawiając i przekonując obie strony sporu politycznego do naszych argumentów, otrzymaliśmy trzecią – tym razem znów rządową – wersję ustawy, w której wprost uwzględniono większość uwag zgłaszanych przez Naczelną Radę Lekarską. Nie jest to ustawa optymalna, a stan prawny, który wprowadza, jest wciąż daleki od ideału, czym byłoby całkowite uniemożliwienie wykonywania zawodu w Polsce na podstawie jakichkolwiek innych dokumentów niż po prostu nasze prawo wykonywania zawodu. Jest to jednak poprawa w stosunku do pierwotnych zamierzeń rządu.

Uczestniczyliśmy w całym procesie legislacyjnym, na każdym etapie przedstawialiśmy swoje stanowisko, byliśmy aktywni medialnie i rozmawiając w kuluarach z politykami różnych opcji. Czasem udaje się nam całkowicie zablokować szkodliwe przepisy, a czasem choć w części poprawić te, które przynoszą więcej szkody niż pożytku. Samorząd jako narzędzie wywierania wpływu nie daje możliwości samodzielnego stanowienia ogólnopolskiego prawa, ale czasem choć w części pozwala na zmienianie rzeczywistości.

Podsumowując: zgodnie z obecną wersją ustawy, jeśli dziś jakikolwiek lekarz spoza Unii Europejskiej zgłosi się do Ministerstwa Zdrowia o zgodę, a następnie będzie chciał otrzymać tzw. warunkowe prawo wykonywania zawodu, to nie będzie to możliwe. Tryb warunkowy wygasł 24 października ubiegłego roku i nie zostanie przywrócony. Jeśli Prezydent podpisze ustawę w rządowym brzmieniu, będziemy jako samorząd zobowiązani do rozpatrzenia jeszcze około 200 wniosków, które zostały uprzednio złożone do MZ (w zeszłym roku przed wygaśnięciem trybu warunkowego), a ważność tych wniosków i czas na ich rozpatrzenie będzie wynosić sześć miesięcy. Jeśli zaś Prezydent ustawy nie podpisze – tych około 200 wniosków pozostanie bez rozpoznania.

Po tych formalno-prawnych, acz kluczowych dygresjach, chciałbym zwrócić Państwa uwagę na duże samorządowe wydarzenie, jakim było niedawne otwarcie ośrodka naukowo-szkoleniowego Okręgowej Izby Lekarskiej w Gdańsku, pierwszego tak dużego w kraju. Było dla mnie ogromnym zaszczytem, razem z Prezesami Okręgowej Izby Lekarskiej w Gdańsku i Panią Prezydent Miasta Gdańska, móc przeciąć wstęgę i symbolicznie dokonać jego otwarcia. Nowy budynek to miejsce, które będzie służyć lekarzom i społeczności medycznej przez wiele lat, z korzyścią dla naszych pacjentów. Tak duża inwestycja to również pomnik ogromnej pracy i zaangażowania, a także odporności członków gdańskiego samorządu lekarskiego. Z przyjemnością odnotowałem przy tej okazji wzorowe współdziałanie władz miasta (to wspomniany na otwarciu ośrodka śp. prezydent Paweł Adamowicz był pierwszym orędownikiem pomysłu, a prezydent Aleksandra Dulkiewicz kontynuatorką tegoż wsparcia), województwa i lokalnej społeczności, które doprowadziło do dużego sukcesu. Razem możemy więcej. Serdecznie Kolegom z Gdańska gratuluję! •

GAZETA LEKARSKA

3 **Chaos w prawie nie sprzyja zaufaniu**
Łukasz Jankowski
5 **Nowy minister, stare problemy**
Klaudiusz Komor
6 **Newsy z kraju i ze świata**
8 **Hej ho, hej ho, gdzie to KPO**
Piotr Kościelniak

TEMAT NUMERU
8 **Fundusze UE dla lekarzy i szpitali: jak sięgnąć po wsparcie**
Środki z programów unijnych mogą sfinansować modernizację szpitali, zakup nowoczesnego sprzętu oraz udział w szkoleniach i konferencjach podnoszących kwalifikacje.

13 **Zawiedzione nadzieje**
15 **Nie licz na szczęście, licz na punkty**
Proces aplikacyjny wymaga starannego przygotowania dokumentacji i przejścia przez wieloetapową weryfikację.

AKTUALNOŚCI
20 **Sztafeta pokoleń**
22 **W słońcu i ulewie**
Ponad 600 lekarzy i lekarzy dentystów z całej Polski rywalizowało w kilkudziesięciu dyscyplinach podczas 22. Igrzysk Lekarskich w Zakopanem.

24 **Lekarze o reformie, psychiatrii i sztucznej inteligencji**
26 **Reforma bez pieniędzy nie zadziała**
Podpis prezydenta pod ustawą o szpitalnictwie wzbudził duże emocje – zarówno nadzieje, jak i obawy.

29 **Zjazd, który połączy środowiska medyczne**
30 **Gdańsk stolicą hematologii i transfuzjologii**
31 **Konkurs „Zdrowa przyszłość – Inspiracje" już po raz ósmy**

WAŻNY TEMAT
32 **Wynagrodzenia w impasie. Czy rząd wywiesił białą flagę?**
Pieniędzy w systemie zaczyna dramatycznie brakować, a pytanie o to, jak zrealizować ustawowe podwyżki, staje się coraz bardziej palące.

PRAWO I MEDYCYNA
34 **Teleporada i cztery lata postępowań**

TEMAT NUMERU
STRONY 8-17

Kluczowym dokumentem w konkursie jest regulamin – zarówno dla placówek posiadających kontrakt z NFZ, jak i komercyjnych. To w nim określono procedurę oceny, terminy oraz kryteria.

PODATKI I FINANSE
35 **Czy warto inwestować w złoto? (cz. 2)**

PRAKTYKA LEKARSKA
36 **Lekceważenie stomatologii się nie opłaca**
Paweł Barucha
36 **Na własnych nogach**
39 **Po co farmaceutom jachty**
Mariusz Politowicz
40 **Gdy potrzeba więcej niż jednego narządu**
Transplantacje wielonarządowe to wyzwanie logistyczne wymagające skoordynowanych działań.

43 **Serce do wagi, płuca do wzrostu**
44 **Neurochirurgia: między sukcesem a bezradnością**
46 **Ruszył nabór wniosków**
47 **Wieża Babel. Cztery pokolenia w jednym gabinecie**
Anna Gołębicka
48 **Razem dali życie. Niezwykła operacja**
52 **Rak piersi: dobre leczenie, słaba profilaktyka**
55 **Na co umierali władcy Polski. Zagadki zgonów sprzed wieków**
58 **Nie krzycz**
Jakub Sieczko
60 **Rehabilitacja równie ważna jak farmakoterapia**

WYWIAD LEKAR(S)KI
62 **Raj o 300 mil stąd**

SAMORZĄD ZAWODOWY
64 **Debatoza, czyli choroba sektora zdrowia**
Jakub Kosikowski
64 **O tym się mówi/Mówią o nas**

OŚRODEK KSZTAŁCENIA
66 **Potrzebna jest wzmożona czujność**

NOWE TECHNOLOGIE
68 **E-wybory: szybko, bezpiecznie i bez barier**

PO GODZINACH
69 **Dwa brzegi**
Jarosław Wanecki
70 **Błąd malarski – Na lekko**
72 **Między pustynią a wodospadami. W krainie zwierząt i historii**
76 **Przychodzi wena do lekarza**
77 **Powrót do biblioteki?**
78 **Wyprawa nad Mare Polonorum**
78 **Czytelnia**
79 **Ogłoszenia**
82 **Jolka lekarska**

JEDNYM GŁOSEM

Nowy minister, stare problemy

Choć wydawało się to niemożliwe, sytuacja w ochronie zdrowia jeszcze się pogarsza. Rośnie stos nierozwiązanych spraw, a projekty rozwiązań na razie trafiają do szuflad urzędników.

KLAUDIUSZ KOMOR
WICEPREZES NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

Niestety, nie doszło do skutku spotkanie nowej Pani Minister Zdrowia z Naczelną Radą Lekarską, planowane podczas posiedzenia w Gdańsku w dniu 19 września. Od wielu lat tradycją było, że nowo powołany minister zdrowia pojawiał się na posiedzeniu NRL i przedstawiał swoje pomysły na funkcjonowanie ochrony zdrowia. Tym razem jednak, mimo że technika pozwalała zniwelować odległość wyjazdowego posiedzenia od Warszawy (spotkanie miało odbyć się online), to pechowo infekcja Pani Minister pozwoliła jedynie na kilka słów powitania i pozdrowienia dla członków NRL. Samo spotkanie trzeba było zatem przenieść na kolejne posiedzenie NRL, które jest planowane w listopadzie.

Wydaje się, że sytuacja w ochronie zdrowia zaczyna przypominać tonący okręt. Nawarstwiają się problemy finansowe NFZ, rosną długi szpitali, zwłaszcza powiatowych, kolejki do specjalistów wydłużają się, zamiast maleć. Niezałatwionych pozostaje kilka najważniejszych z punktu widzenia środowiska lekarskiego problemów. W martwym punkcie utknęła sprawa automatyzacji refundacji – wypracowany z wielkim trudem raport specjalnego zespołu trafił do szuflady w przepastnych biurkach ministerstwa, a – jak się wydawało – łatwy do wprowadzenia pilotaż dotyczący dużej grupy leków, których poziom refundacji zależy wyłącznie od danych już gromadzonych na platformie P1 (jak np. rozpoznanie w kodzie ICD), ciągle nie doczekał się nawet projektu.

Podobnie sprawa *no fault*, inaczej mówiąc: klauzuli wyższego dobra, nadal nie doczekała się jednoznacznego projektu zmian prawnych (ten przygotowany przez samorząd został krytycznie przyjęty przez Komisję Kodyfikacyjną Prawa Karnego Ministerstwa Sprawiedliwości).

Kolejnym palącym problemem jest postulowane przez samorząd lekarski zamknięcie wszystkich trybów uproszczonego uzyskiwania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty. Po przeforsowywanych przez nas poprawkach, według najnowszego projektu tzw. tryb ukraiński, czyli ten, którym mieli być objęci wojenni uchodźcy z Ukrainy, praktycznie przestanie funkcjonować, jednak w żadnym projekcie ustawy nie mówi się o likwidacji uproszczonego trybu na tzw. zakres czynności.

Najłatwiejsze z punktu widzenia prawnego wydaje się postulowane przez nas rozszerzenie zakresu przysługującej medykom ochrony prawnej jako funkcjonariuszom publicznym na wszystkie miejsca pracy, a nie tylko na te finansowane ze środków publicznych, jak ma to miejsce teraz. Te cztery kluczowe problemy były wielokrotnie już prezentowane kolejnym ministrom zdrowia, jednak nadal nie zostały definitywnie rozwiązane. Trzeba przyznać, że dzięki wytrwałości i uporowi udało się już dużo osiągnąć, jak chociażby dotarcie z informacją o nich do znacznej części społeczeństwa, ale ciągle zostaje jeszcze wiele do zrobienia. O tych problemach prezes NRL Łukasz Jankowski rozmawiał już z nową Minister Zdrowia i te problemy miały stanowić trzon dyskusji planowanej w Gdańsku. Pozostaje mieć nadzieję, że Minister Jolanta Sobierańska-Grenda będzie w zakresie ich rozwiązania skuteczniejsza od poprzedników.

Jak bumerang wraca temat zarobków lekarzy. Wydawałoby się, że każdy temat poruszany dziesiątki razy w końcu przestanie być ciekawy dla społeczeństwa, a jednak politycy różnych opcji do niego wracają. Ja również w swoich felietonach w tej kadencji już kilkakrotnie zajmowałem się tym tematem. Muszę się jednak podzielić z Państwem uczuciem, że kiedy kolejny raz odpowiadam dziennikarzom, przytaczając konkretne dane przeczące teorii, że to zarobki lekarzy są winne całemu kryzysowi w ochronie zdrowia, budzi się we mnie bunt. Nawet jeżeli jakaś część lekarzy (a dane mówią, że tylko bardzo mała) rzeczywiście zarabia zdecydowanie więcej niż pozostali, to czy mamy się z tego tłumaczyć? Czy się tego wstydzić? Przecież to nie są pieniądze kradzione czy wyłudzane! Są one uczciwie i ciężko zarobione dzięki wieloletniej nauce, godzinom pracy i poświęceniu własnego zdrowia, odpoczynku i czasu z rodziną. Wybitni specjaliści powinni być godnie wynagradzani, a wstydzić się powinno społeczeństwo, że przez wiele lat w naszym kraju tak nie było. Zrzucanie winy za cały chaos w ochronie zdrowia na lekarzy zawsze było w modzie – bo taki mamy po prostu klimat. •

NEWSY Z KRAJU I ZE ŚWIATA

LIDIA SULIKOWSKA, SYLWIA WAMEJ

Powstały Wojska Medyczne

Wicepremier i minister obrony narodowej Władysław Kosiniak-Kamysz ogłosił powstanie Wojsk Medycznych. Dowództwo nowego zespołu będzie miało siedzibę w Krakowie. Na czele formacji stanie płk Mariusz Kiszka. Jak podkreślał Władysław Kosiniak-Kamysz, Mariusz Kiszka, lekarz i żołnierz Wojska Polskiego, dobrze się sprawdził podczas powodzi, która we wrześniu ubiegłego roku nawiedziła południowo-zachodnią Polskę. Jak mówił szef MON, Kiszka organizował w trybie pilnym zabezpieczenie medyczne dla szpitala w Nysie. Płk Mariusz Kiszka, dotychczasowy zastępca komendanta ds. medycznych 4. Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką SP ZOZ, odpowiedzialny będzie za budowę nowego komponentu wojskowego oraz opracowanie strategii działania na rzecz bezpieczeństwa Polski. Jedną z najważniejszych rzeczy ma być ścisła współpraca między sektorem cywilnym a Wojskową Służbą Zdrowia. Powstanie Wojsk Medycznych ma umożliwić lepsze przygotowanie służb medycznych do działania w warunkach konfliktu zbrojnego, a także w sytuacjach kryzysowych.

Niepożądane, ale niezgłaszane

Rzecznik praw pacjenta opublikował raport o realiach gromadzenia i analizy informacji o zdarzeniach niepożądanych w polskich szpitalach. Dokument powstał w oparciu o odpowiedzi udzielone RPP przez 400 podmiotów leczniczych, a także badanie ankietowe Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, na które zareagowało 59 podmiotów. Okazało się, że z 400 podmiotów leczniczych 207 wskazało, że w ciągu roku zebrało do 50 zdarzeń niepożądanych. W raporcie podkreślono, że niezależnie od wielkości szpitala liczba zdarzeń poniżej 50 nie odzwierciedla rzeczywistej sytuacji panującej w szpitalu. Wśród barier utrudniających zgłaszanie zdarzeń niepożądanych placówki medyczne wymieniały m.in. niepokój pracowników przed informowaniem o zdarzeniu.

Interwencja w geriatrii

Rzecznik praw obywatelskich Marcin Wiącek skierował pismo do minister zdrowia Jolanty Sobierańskiej-Grendy w sprawie problemów systemowych dotyczących opieki geriatrycznej i zaapelował o podjęcie konkretnych działań. Chodzi m.in. o poszerzanie wiedzy z zakresu geriatrii w kształceniu przed- i podyplomowym lekarzy, zwiększenie bazy i kadry ośrodków geriatrycznych i rozwój onkologii geriatrycznej.

Fot.: Shutterstock.com

▲ *Rzecznik praw obywatelskich apeluje o zwiększenie kadry ośrodków geriatrycznych*

Mammografia czeka

Ponad 84 tys. wolnych terminów na mammografię jest dostępnych poprzez centralną e-rejestrację. Eksperci i organizacje pacjentów apelują o zmiany systemowe, które zachęcą kobiety do zgłaszania się na badania. Jak najszybsze przywrócenie spersonalizowanych zaproszeń na mammografię w ramach populacyjnego programu wczesnego wykrywania raka piersi (elektroniczne – SMS i powiadomienia z Internetowego Konta Pacjenta oraz imienne papierowe zaproszenia) to jedna z rekomendacji przedstawionych przez ekspertów podczas spotkania w Sejmie. Wskazują oni również na konieczność włączenia badań z zakresu mammografii i cytologii do programu Moje Zdrowie, który w maju 2025 r. zastąpił program Profilaktyka 40+. W jego ramach osoby w wieku powyżej 20 lat zyskały dostęp do bezpłatnych badań profilaktycznych i bilansów zdrowia w celu wczesnego wykrywania chorób.

Oblicze migreny zależne od płci

Fenotyp napadów migreny u kobiet i u mężczyzn się różni – wynika z badania Migraine in Poland przeprowadzonego przez zespół naukowców pod przewodnictwem dr hab. Marty Waliszewskiej-Prosół z Kliniki Neurologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

Fot.: Pixabay.com

▲ *Objawy poprzedzające migrenę u mężczyzn różnią się od tych u kobiet*

– Mężczyźni rzadziej niż kobiety zgłaszają objawy aury wzrokowej

i sensorycznej, ale częściej deklarują występowanie innych objawów poprzedzających atak, np. lęku, zmęczenia, patologicznego ziewania czy rozdrażnienia – wyjaśnia Marta Waliszewska-Prosół. Dodatkowo faza ponapadowa jest u nich znacząco dłuższa. W badaniu wzięło udział ponad 3 tys. osób zmagających się z bólami głowy, w tym prawie 1700 z potwierdzoną migreną.

Więcej dzieci z otyłością

UNICEF w najnowszym raporcie poinformował, że po raz pierwszy w historii więcej dzieci na świecie jest otyłych niż z niedowagą. Jak podkreślają eksperci, otyłość naraża dzieci

Fot.: Shutterstock.com

▲ *Ok. 188 mln dzieci i młodzieży na świecie jest otyłych*

na wyższe ryzyko przewlekłych chorób. W dokumencie eksperci podkreślają, że problem dotyczy ok. 188 mln dzieci i młodzieży szkolnej na całym świecie. Jak informuje UNICEF, obecnie jedno dziecko na pięć w wieku od 5 do 19 lat (czyli 391 mln) ma nadwagę. Spośród tej liczby prawie połowa (188 mln) może uchodzić za otyłe. Jak wskazano w raporcie, od 2000 r. odsetek otyłych dzieci w populacji wzrósł z 3 proc. do 9,4 proc. a liczba dzieci z niedowagą spadła z 13 proc. do 9,2 proc. W podziale na regiony Afryka Subsaharyjska i Azja Południowa są jedynymi, gdzie wciąż jest więcej dzieci z niedowagą niż tych otyłych. Zdaniem UNICEF w ostatnich latach coraz częściej odchodzi się od tradycyjnych diet na rzecz żywności wysokoprzetworzonej. Choć jest ona stosunkowo tania, to jednocześnie niestety bogata w cukier, sól, niezdrowe tłuszcze, a do tego jest wysokokaloryczna. Jak się okazuje, w dużym stopniu na zmiany nawyków żywieniowych wpływa dość agresywna promocja firm, które stoją za takimi produktami.

Epidemia zaburzeń psychicznych

Ponad miliard osób zmaga się z zaburzeniami zdrowia psychicznego – alarmuje Światowa Organizacja Zdrowia i apeluje o zwiększenie skali działań pomocowych, w tym poprawę dostępu do opieki psychiatrycznej i jej modernizację. WHO podkreśla, że lęk i depresja występują powszechnie we wszystkich krajach, dotyczą osób w różnym wieku oraz o różnych dochodach i często są powodem długotrwałej niepełnosprawności. Ogromnym problemem są samobójstwa, szczególnie wśród młodych ludzi. Organizacja zwraca uwagę, że mniej niż 10 proc. krajów w pełni przeszło na modele opieki środowiskowej w psychiatrii.

Najdłużej się żyje we Włoszech i Szwecji

Jak informuje Eurostat, według wstępnych danych z 2024 r. średnia oczekiwana długość życia w krajach Unii Europejskiej w momencie urodzenia wyniosła 81,7 lat. To wzrost o 0,3 roku w porównaniu do 2023 r. Najlepsze wyniki osiągnięto we Włoszech i Szwecji (84,1 lat) oraz w Hiszpanii (84 lata), a najgorsze w Bułgarii (75,9 lat), Rumunii (76,6 lat) i na Łotwie (76,7 lat). W Polsce średnia oczekiwana długość życia wyniosła 78,7 lat.

WHO: cholera zabija

Światowa Organizacja Zdrowia opublikowała globalne statystyki za 2024 r., podkreślając wzrost zarówno liczby osób, które zachorowały, jak i zmarły na cholerę. Liczba zgłoszonych przypadków wzrosła o 5 proc., natomiast zgonów o 50 proc. w porównaniu z 2023 r. W całym 2024 r. było prawie 805 tys.

Fot.: Shutterstock.com

▲ *Wzrasta liczba osób, które chorują i umierają na cholerę*

zachorowań oraz 5,8 tys. zgonów w 33 krajach. To oficjalne dane, faktyczna liczba zakażeń i zgonów może być znacznie większa. Według wcześniejszego raportu w 2023 r. liczba zachorowań w porównaniu do 2022 r. zwiększyła się na świecie o 13 proc., a liczba zgonów z powodu cholery wzrosła aż o 71 proc. Na tę chorobę oficjalnie zmarło ponad 4 tys. osób, jednak liczba faktycznych zgonów jest najprawdopodobniej znacznie większa i w ocenie ekspertów WHO w 2023 r. mogła sięgać nawet 100 tys.

Zachorowalność na cholerę wzrasta m.in. z powodu zmian klimatu, konfliktów zbrojnych, przesiedleń ludności czy długotrwałych braków w infrastrukturze wodnej, sanitarnej i higienicznej. By zwalczać chorobę, politycy i darczyńcy muszą zapewnić ludności dostęp do bezpiecznej wody oraz higieny. Potrzebne są także dalsze inwestycje w produkcję szczepionek. •

GAZETA LEKARSKA

Hej ho, hej ho, gdzie to KPO

PIOTR KOŚCIELNIAK
REDAKTOR NACZELNY

Proces poszukiwania i zdobywania różnego rodzaju funduszy, grantów i pożyczek w ochronie zdrowia przypomina błądzenie po pokrytym gąszczem labiryncie zaopatrzonym w liczne zapadnie z ostrymi kolcami kar finansowych. Między pułapkami czają się kontrolerzy, a obok nich stoją sprytni prawnicy, którzy „za symboliczną opłatą" pokierują nas do skarbu i zabezpieczą drogę wyjścia.

Jednocześnie wielu lekarzy i lekarzy dentystów prowadzi własne przedsiębiorstwa, dla których taki skarb – specjalne fundusze na modernizację, sprzęt, remonty czy szkolenia – to element normalnej praktyki biznesowej. Właściwie dlaczego o pomoc mogą występować właściciele solariów, kawiarni i hoteli, a nie mogliby z niej korzystać wysoko kwalifikowani specjaliści w dziedzinie medycyny? W dodatku za te środki podnoszą oni wiedzę, modernizują sprzęt w gabinetach czy chociażby wprowadzają zmiany architektoniczne zwiększające dostępność placówek dla niepełnosprawnych. No, w każdym razie nie kupują ekspresów do kawy czy jachtów do czarteru w celu „podniesienia odporności".

Dlatego postanowiliśmy w „Gazecie Lekarskiej" odczarować temat funduszy i narysować mapę tego labiryntu – wprawdzie dość pobieżną (dokładna zajęłaby to i jeszcze kolejne dwa wydania) – ale wystarczającą, aby wiedzieć, od czego zacząć, co przygotować i czego absolutnie unikać. Programy wsparcia w tym obszarze są bardzo zróżnicowane – na co innego mogą liczyć duże placówki, a na co innego indywidualne praktyki. Ale z drugiej strony ostrzejsze są kryteria i wymogi proceduralne przy przyznawaniu tych naprawdę dużych kwot (na własne uszy słyszałem na ulicy Miodowej w Warszawie, w siedzibie Ministerstwa Zdrowia, pytanie „najwyższych czynników", w jaki sposób przy przyznawaniu finansowania dla szpitali można ominąć system IOWISZ), a zdobycie tych mniejszych nie wymaga aż tak wielkich wysiłków i dogłębnej znajomości regulacji.

A przy tym nawet te niższe kwoty wsparcia są nie do pogardzenia. Warto po nie sięgnąć i potraktować jako element wsparcia i rozwoju zawodowego. Jeżeli nie odczarujemy tematu funduszy, polski system ochrony zdrowia będzie musiał obejść się smakiem. Tym samym przyklepiemy też złą praktykę, że z europejskich funduszy różne Mędrki i Gburki kupią sobie jachty, a lekarze i lekarze dentyści będą się temu tylko biernie przyglądać. Jak Nieśmiałek i Gapcio. •

Fundusze europejskie otwierają przed polską ochroną zdrowia realne możliwości rozwoju. W praktyce jednak dostęp do nich nie zawsze jest prosty. Z jednej strony mamy historie sukcesów – szpitali, które dzięki wsparciu kupiły nowoczesny sprzęt, czy lekarzy, którzy sfinansowali specjalistyczne kursy. Z drugiej – pojawiają się głosy krytyki, zarzuty o brak transparentności naborów, a nawet przypadki, które trafiły na wokandę sądów administracyjnych czy pod lupę Centralnego Biura Antykorupcyjnego.

Jak więc skutecznie poruszać się po gąszczu dostępnych programów, uniknąć pułapek i wykorzystać fundusze w praktyce? Oto przewodnik po wybranych możliwościach wsparcia dla środowiska lekarskiego – od dużych inwestycji infrastrukturalnych po indywidualne granty szkoleniowe.

WSPARCIE DLA PLACÓWEK

W ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności (KPO) dostępne są inicjatywy, dzięki którym pacjenci mogą realnie skorzystać, a placówki medyczne – rozwinąć swoją działalność i ułatwić wykonywanie obowiązków personelowi. Przewidziano wsparcie m.in. w ramach takich inwestycji, jak:

- **D1.1.1** Rozwój i modernizacja infrastruktury centrów opieki wysokospecjalistycznej i innych podmiotów leczniczych,
- **D1.1.2** Przyspieszenie procesów transformacji cyfrowej ochrony zdrowia poprzez dalszy rozwój usług cyfrowych w ochronie zdrowia,
- **D1.2.1** Rozwój opieki długoterminowej poprzez modernizację infrastruktury podmiotów leczniczych na poziomie powiatowym (po rewizji inwestycja została zmieniona na **D4.1.1**),
- **D2.1.1** Inwestycje związane z modernizacją i doposażeniem obiektów dydaktycznych w związku ze zwiększeniem limitów przyjęć na studia medyczne,
- **D3.1.1** Kompleksowy rozwój badań w zakresie nauk medycznych i nauk o zdrowiu.

FENIKS, FERS I PROGRAMY REGIONALNE

Poza pełnym kontrowersji KPO wsparcie dla placówek ochrony

TEMAT NUMERU

Fundusze UE dla lekarzy i szpitali: jak sięgnąć po wsparcie

MARIUSZ TOMCZAK
DZIENNIKARZ

Środki z programów unijnych wciąż czekają na lekarzy, stomatologów i placówki medyczne, choć droga do nich bywa kręta i pełna formalności. Mogą sfinansować modernizację szpitali, zakup nowoczesnego sprzętu oraz udział w szkoleniach i konferencjach podnoszących kwalifikacje.

zdrowia przewidziano także w ramach programu Fundusze Europejskie na Infrastrukturę, Klimat, Środowisko (FEnIKS) oraz programów regionalnych. W przypadku FEnIKS podmioty lecznicze mogą korzystać z grantów udzielanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (szczegóły: https://feniks.nfz.gov.pl). Z kolei informacje o 16 programach regionalnych – odrębnych dla każdego województwa – dostępne są na stronie: https://funduszeeuropejskie.gov.pl/strony/o-funduszach/fundusze-2021-2027/fundusze-dla-regionow.

Wsparcie ukierunkowane na podnoszenie kwalifikacji i kompetencji kadr ochrony zdrowia jest oferowane w ramach Funduszy Europejskich dla Rozwoju Społecznego (FERS). Obejmują one m.in.:

- działanie **FERS.01.12** „Kształcenie podyplomowe lekarzy, pielęgniarek i położnych",
- działanie **FERS.01.13** „Umiejętności w sektorze zdrowia",
- działanie **FERS.01.11** „Europejskie pożyczki na kształcenie".

Inne przykłady to: „Szkolenie specjalizacyjne dla ratowników medycznych oraz pielęgniarek – chirurgiczna asysta lekarza", którego celem jest dofinansowanie kontynuacji szkolenia w dziedzinie chirurgicznej asysty lekarza, oraz projekt „Centrum Doskonałości Zarządzania Szpitalami – rozwój kompetencji zarządczych kadr zarządzających oraz nadzorujących szpitale", w którego grupie docelowej są m.in. dyrektorzy szpitali i ich zastępcy ds. lecznictwa. Z kolei w ramach projektu „Szkolenia w zakresie cyfryzacji dokumentacji medycznej w profilaktycznej

rys.: Michał Trusz

opiece zdrowotnej nad uczniami" możliwy jest udział lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), którzy współpracują z pielęgniarką lub higienistką szkolną i wypełniają dokumentację medyczną uczniów.

OPIEKA SPECJALISTYCZNA

W ramach programu FERS placówki medyczne mogą skorzystać z projektu „Dostępność Plus dla AOS (Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej)". Jego celem jest poprawa dostępności dla osób ze szczególnymi potrzebami – seniorów, osób z niepełnosprawnościami i kobiet w ciąży – pod kątem architektonicznym, cyfrowym i komunikacyjnym.

Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej przekazało „Gazecie Lekarskiej", że o wsparcie mogą ubiegać się placówki świadczące usługi w trybie ambulatoryjnym posiadające umowę z NFZ o udzielanie świadczeń od co najmniej trzech lat, w tym poradnie specjalistyczne, a także podmioty udzielające ambulatoryjnych świadczeń psychiatrycznych dla osób dorosłych, dzieci i młodzieży oraz ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej.

Najbliższy nabór planowany jest w listopadzie 2025 r., a kolejne w marcu i lipcu 2026 r. „W ramach prowadzonych naborów zaplanowano podział na koperty, z czego ponad połowa środków zostanie skierowana do gmin o dochodach niższych niż średni dochód gminy na jednego mieszkańca w Polsce" – poinformował resort.

Granty od 150 do 850 tys. zł mogą zostać przeznaczone m.in. na sfinansowanie prac remontowo-adaptacyjnych związanych z dostosowaniem nieruchomości lub pomieszczeń (np. wykonanie podjazdu do budynku, zainstalowanie windy, poszerzenie wejść do gabinetów), zakup sprzętu poprawiającego dostępność podmiotu leczniczego dla osób ze szczególnymi potrzebami (np. pętli indukcyjnych), kupno sprzętu medycznego ze specjalnymi funkcjonalnościami dla tej grupy pacjentów, szkolenia personelu, zmianę procedur obsługi

GAZETA LEKARSKA

KTO PYTA, NIE BŁĄDZI

Trudno w jednym artykule opisać wszystkie formy wsparcia ze środków europejskich, z których mogą skorzystać lekarze i lekarze dentyści zarówno bezpośrednio, jak i pośrednio. Bezpłatnych informacji, także dla osób zawodowo związanych z ochroną zdrowia, udziela Centralny Punkt Informacyjny Funduszy Europejskich (PIFE), który mieści się w Warszawie przy ul. Puławskiej 180 (e-mail: punktinformacyjny@cpe.gov.pl, tel. 22 626 06 32, 22 626 06 33, 22 378 31 77).
Istnieje możliwość osobistego spotkania z konsultantami, z tym że najlepiej wcześniej umówić termin wizyty. Warto, by osoby chcące dowiedzieć się czegoś więcej o sposobach uzyskania wsparcia na realizację własnego projektu przygotowały pakiet podstawowych informacji, np. kto zamierza ubiegać się o środki (np. osoba, która chce dopiero założyć działalność gospodarczą, czy już istniejąca firma, a w tym ostatnim przypadku ważna jest m.in. liczba pracowników i roczny obrót), na czym będzie polegał projekt, komu i czemu służy, ile wyniesie jego szacunkowy budżet itd.
– Wsparcie jest zależne od wielu czynników, w tym np. zakresu planowanej inwestycji, rodzaju podmiotu ubiegającego się o wsparcie, w tym m.in. posiadania kontraktu z NFZ, a także od lokalizacji przedsięwzięcia: województwa i gminy – mówi Karolina Złotnik z PIFE.

pacjentów, a także zakup wyposażenia i rozwiązań cyfrowych poprawiających dostępność placówki.

STOMATOLOGIA BARDZIEJ DOSTĘPNA

W 2026 r. zostanie ogłoszony konkurs mający na celu wyłonienie placówek, które testowo wdrożą w swoich gabinetach „Standard dostępności architektonicznej, cyfrowej i informacyjno-komunikacyjnej dla gabinetów i świadczonych w nich usług stomatologicznych". Aktualnie standardy przygotowuje zespół złożony z przedstawicieli Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON), Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego i Fundacji Avalon.

– Nie chodzi nam tylko o likwidację barier architektonicznych, ale o kompleksową realizację potrzeb pacjentów i pacjentek ze szczególnymi potrzebami, np. poprzez wyposażenie gabinetów w urządzenia wspierające komunikację, a przede wszystkim wzmacnianie kompetencji lekarzy i personelu w pracy z osobami z niepełnosprawnościami – mówi Matylda Piątkowska, rzeczniczka prasowa PFRON.

O wsparcie będą mogły ubiegać się wybrane podmioty realizujące świadczenia finansowane przez NFZ. W ramach przedsięwzięć grantowych możliwe będzie sfinansowanie dostosowań architektonicznych zgodnych z opracowanym standardem oraz m.in. wyposażenie gabinetu w urządzenia i sprzęt niezbędny do prowadzenia opieki stomatologicznej pacjentów ze szczególnymi potrzebami, w tym z niepełnosprawnościami, a ponadto kupno i instalacja niezbędnych do tego urządzeń.

– Środki grantu mogą pokryć 100 proc. wartości przedsięwzięcia. Minimalna wartość grantu to 100 tys. zł, a maksymalna 500 tys. zł. Przedsięwzięcia grantowe będą trwały około roku, do trzeciego kwartału 2027 r. – informuje Piątkowska. I dodaje, że w projekcie „Dostępna Stomatologia" zaplanowano też realizację szkoleń w formie online i stacjonarnej dla lekarzy dentystów.

KURSY I WARSZTATY

Tematyka kursów i warsztatów skierowanych do lekarzy i lekarzy dentystów, które odbywają się dzięki funduszom europejskim, jest bardzo zróżnicowana. Nie dotyczy to jednak każdej specjalizacji. Informacje na ten temat są dostępne w internecie, ale nie są zebrane w jednym miejscu i nie zawsze są aktualne. Często trzeba o nie dopytywać indywidualnie.

Przykładowo na stronie Instytutu Matki i Dziecka znajdują się szczegóły dotyczące m.in. zaplanowanych na 2026 r. kursów z zakresu chorób metabolicznych w opiece okołoporodowej czy opieki perinatalnej oraz warsztatów z zakresu genetyki. Obejmą one m.in. przedobjawowe rozpoznanie wrodzonych wad metabolizmu, diagnostykę przesiewową i leczenie we wrodzonych wadach metabolizmu o typie zespołu intoksykacji oraz nowe możliwości i wyzwania we wczesnej diagnostyce w kierunku wrodzonych wad metabolizmu.

WSPARCIE KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO

Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (CMKP) realizuje projekt „Wspieranie kształcenia podyplomowego lekarzy w dziedzinach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych Polski (FERS1)". Jego celem jest zwiększenie liczby lekarzy specjalistów w deficytowych dziedzinach oraz udzielających świadczeń w ramach POZ.

Planowana jest organizacja ok. 2,5 tys. kursów zgodnych z programami specjalizacji. Będą one skierowane dla lekarzy realizujących specjalizacje w trybie modułowym w 12 dziedzinach medycyny: choroby wewnętrzne, medycyna rodzinna, chirurgia ogólna, pediatria, geriatria, psychiatria, psychiatria dzieci i młodzieży, onkologia kliniczna, chirurgia onkologiczna, radioterapia onkologiczna, patomorfologia, hematologia. Do końca lipca zrealizowano ponad 500 takich kursów, w których wzięło udział ok. 21,5 tys. uczestników. Większość odbywa się online, a te stacjonarne są realizowane w całej Polsce na zlecenie CMKP, m.in. przez gliwicki oddział Narodowego Instytutu Onkologii, Śląską Izbę Lekarską czy Instytut Medycyny Wsi w Lublinie.

W ramach projektu FERS1 zostanie też przeprowadzonych ok. 50 kursów z zakresu komunikacji oraz wykonywania wybranych procedur medycznych lub diagnostycznych. – Obejmują one wąskospecjalistyczne zagadnienia służące poszerzaniu wiedzy w danym obszarze czy też nabywaniu kwalifikacji w zakresie komunikacji. Odbyły się już takie kursy, jak: „Wrodzone choroby metaboliczne u dzieci", „Podstawy endokrynologii i zaburzeń metabolicznych", „Andrologia kliniczna". Kursy doskonalące są skierowane dla lekarzy w trakcie specjalizacji w dziedzinach objętych projektem – podkreśla Agnieszka Zurawska z CMKP.

GRANTY SZKOLENIOWE

Lekarze specjalizujący się w wymienionych wcześniej 12 dziedzinach

medycyny mogą ubiegać się o dofinansowanie w formie tzw. grantów szkoleniowych, związane z udziałem w krajowych i zagranicznych konferencjach, np. Krajowej Konferencji Szkoleniowej Towarzystwa Internistów Polskich lub corocznym Kongresie Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej. W tym przypadku zasady uzyskania dofinansowania są nieco inne niż przy kursach czy stażach.

– Najpierw wymagane jest złożenie wniosku o grant ze wskazaniem, na co planuje się go przeznaczyć: krajowe lub zagraniczne odpłatne kursy doskonalące lub sympozja czy też konferencje. Grant przyznawany jest dla ok. 10 proc. lekarzy, którzy zrealizowali w projekcie FERS1 już minimum 25 proc. wymaganych kursów w ramach modułu specjalistycznego/jednolitego – wyjaśnia Żurawska.

W tym roku wysokość grantu wynosi 3675 zł, w przyszłym wzrośnie do 3859 zł. Wnioski rozpatrywane są przez CMKP na bieżąco. Pod uwagę brana jest m.in. opinia kierownika specjalizacji, który musi się wypowiedzieć na temat zasadności udziału lekarza w danej formie doskonalenia zawodowego. – Po pozytywnej weryfikacji uczestnik otrzymuje potwierdzenie i w ciągu pół roku powinien przesłać do CMKP dokumenty potwierdzające zrealizowanie kursu lub konferencji objętej grantem wraz z dokumentami dotyczącymi poniesionych kosztów: opłaty wpisowej, noclegu oraz podróży – dodaje przedstawicielka Centrum.

Warto dodać, że projektem FERS1 są objęci także lekarze POZ nieposiadający specjalizacji z medycyny rodzinnej lub ogólnej, którzy zostali zobligowani do zrealizowania kursu z zakresu medycyny rodzinnej. Dotychczas w ramach trzech bezpłatnych edycji przeszkolono prawie 1,5 tys. lekarzy. Kurs ma wprawdzie formę online, ale lekarze, którzy zrealizowali go z wynikiem pozytywnym, mogą ubiegać się o uzyskanie grantu szkoleniowego na podobnych zasadach jak lekarze w trakcie specjalizacji.

POŻYCZKI DLA OSÓB I FIRM

Osoby zamieszkałe na terytorium Polski mogą zaciągnąć pożyczkę na kształcenie w celu sfinansowania jednego lub kilku szkoleń z dowolnego obszaru wiedzy lub umiejętności, z tym że nie można jej przeznaczyć na studia I, II lub III stopnia oraz jednolite studia magisterskie.

Maksymalna wysokość pożyczki wynosi 75 tys. zł, a w ramach tej kwoty dopuszcza się możliwość realizacji jednego lub kilku szkoleń z dowolnego obszaru wiedzy lub umiejętności. Okres spłaty nie może przekroczyć trzech lat, a oprocentowanie wynosi 0 proc. Informacje na ten temat dostępne są na stronie internetowej Banku Gospodarstwa Krajowego (BGK): www.bgk.pl/produkty/pozyczka-na-ksztalcenie.

Prywatne podmioty lecznicze mogą ubiegać się o dofinansowanie w formie nisko oprocentowanych pożyczek na rozwój firm. Wsparcie jest zarządzane przez BGK i udzielane przez instytucje, które podpisały z nim umowę. Informacje o dostępnych pożyczkach w danym województwie znajdują się na stronie: www.bgk.pl/programy-i-fundusze/fundusze/fundusze-europejskie/projekty/fundusze-europejskie-dla-regionow-2021-2027.

Konkurs	Najważniejsze informacje (co można sfinansować)	Obszar działania	Terminy naborów
Dostępność Plus AOS	• zakup sprzętu i wyposażenia poprawiającego dostępność podmiotu leczniczego dla osób ze szczególnymi potrzebami • zakup sprzętu medycznego posiadającego specjalne funkcjonalności dla osób ze szczególnymi potrzebami • wyposażenie i rozwiązania cyfrowe poprawiające dostępność placówki dla osób ze szczególnymi potrzebami • prace remontowo-adaptacyjne związane z dostosowaniem nieruchomości lub pomieszczeń do potrzeb osób ze szczególnymi potrzebami • przeprowadzenie szkoleń m.in. z zakresu komunikacji z osobami ze szczególnymi potrzebami, z zakresu dostępności cyfrowej Maksymalna wartość grantu: 849 500 zł	cały kraj	1 listopada – 31 grudnia 2025 r.
Wsparcie podmiotów świadczących usługi opieki długoterminowej, hospicyjnej i paliatywnej	• prace remontowo-budowlane (budowa, rozbudowa, modernizacja), • zakup niezbędnego sprzętu medycznego i wyposażenia • jako element projektu – zakup rozwiązań w zakresie IT • zakup środków transportu jako wsparcie działań dotyczących deinstytucjonalizacji, celem poprawy dostępności do świadczeń, zwłaszcza w przypadku osób z niepełnosprawnościami przewlekle chorych, osób w podeszłym wieku Maksymalny poziom dofinansowania: 85 proc. Minimalna i maksymalna wartość projektu nie została określona	śląskie	26 sierpnia – 31 października 2025 r.
Tworzenie i rozwój placówek dziennego pobytu	• prace remontowo-budowlane (budowa, rozbudowa, modernizacja, remont), • zakup niezbędnego wyposażenia • przystosowanie infrastruktury do potrzeb osób niepełnosprawnych Maksymalny poziom dofinansowania: 95 proc. Minimalna i maksymalna wartość projektu nie została określona	śląskie	30 września – 18 grudnia 2025 r.

Wdrażanie standardów dostępności POZ	• zakup sprzętu poprawiającego dostępność podmiotu leczniczego dla osób ze szczególnymi potrzebami • wyposażenie i rozwiązania cyfrowe poprawiające dostępność placówki dla osób ze szczególnymi potrzebami • prace remontowo-adaptacyjne związane z dostosowaniem nieruchomości lub pomieszczeń do osób ze szczególnymi potrzebami Maksymalny poziom dofinansowania: 95 proc.	lubelskie	styczeń – luty 2026 r.
E-zdrowie	• wdrożenie rozwiązań z zakresu e-zdrowia • wdrożenie rozwiązań wspomagających cyberbezpieczeństwo w placówkach ochrony zdrowia • wdrożenie rozwiązań teleinformatycznych, umożliwiających korzystanie z rozwiązań krajowych i regionalnych w zakresie e-zdrowia • uzupełniająco projekty mogą przewidywać podnoszenie kompetencji cyfrowych pracowników podmiotów medycznych, cyfryzację procesów back-office, jak również upowszechnienie usług z zakresu e-zdrowia wśród pacjentów i pracowników podmiotów medycznych Maksymalny poziom dofinansowania: 85 proc. Minimalna i maksymalna wartość projektu nie została określona	śląskie	29 września – 28 listopada 2025 r.
Projekty z zakresu usług e-zdrowia oraz informatyzacji jednostek w sektorze ochrony zdrowia	• wsparcie rozwoju elektronicznej dokumentacji medycznej • rozwiązania z zakresu telemedycyny • sztuczna inteligencja • cyfryzacja procesów back-office • rozwój infrastruktury informatycznej służącej poprawie dojrzałości cyfrowej placówek medycznych • budowa lub modernizacja istniejących systemów o zasięgu regionalnym i lokalnym Maksymalny poziom dofinansowania: 95 proc. Minimalna i maksymalna wartość projektu nie została określona	lubelskie	20 października 2025 r. – 20 listopada 2026 r.
Rozwój AOS w celu poprawy dostępu do świadczeń	• koszty związane z przygotowaniem projektu – m.in. koszty opracowania dokumentacji projektowej • koszty nadzoru nad realizacją projektu, w tym wynagrodzenie inspektora nadzoru • koszty wdrożenia standardów dostępności w AOS w celu poprawy dostępności placówek AOS dla osób ze szczególnymi potrzebami • budowa, przebudowa i modernizacja obiektów infrastruktury ochrony zdrowia • wyposażenie w sprzęt medyczny • zarządzanie projektem • działania informacyjne i promocyjne związane z promocją projektu Maksymalny poziom dofinansowania: 85 proc. Minimalna i maksymalna wartość projektu nie została określona	lubelskie	31 października 2025 r. – 1 grudnia 2026 r.
Inwestycje w obszarze AOS oraz leczenia jednego dnia	• zakup wyposażenia, w tym sprzętu i aparatury medycznej i/lub • budowa, przebudowa, modernizacja obiektów infrastruktury – do 20% wartości projektu Maksymalny poziom dofinansowania: 50 proc. Maksymalna kwota projektu: 500 tys. zł	kujawsko-pomorskie	30 października – 9 grudnia 2025 r.
Rozwój rehabilitacji leczniczej	• budowa, przebudowa, modernizacja obiektów infrastruktury – do 20% wartości projektu i/lub • zakup wyposażenia, w tym sprzętu i aparatury medycznej, • zakup rozwiązań w zakresie IT (oprogramowanie, sprzęt) • koszty pośrednie rozliczane poprzez zastosowanie stawki ryczałtowej 1% kosztów bezpośrednich. Maksymalny poziom dofinansowania: 85 proc. Maksymalna kwota dofinansowania: 850 tys. zł	kujawsko-pomorskie	30 października 2025 r. – 9 grudnia 2026 r.
Opieka długoterminowa, geriatryczna, hospicyjna i paliatywna	• zakup aparatury medycznej, sprzętu medycznego, którego wartość wynosi co najmniej 3,5 tys. zł • prace budowlano-montażowe służące dostosowaniu budynków do wymogów zakupionego sprzętu/aparatury • wydatki na wyposażenie umożliwiające świadczenie usług z zakresu telemedycyny (np. teleporady, teleopieka, telekonsultacje) i e-usług • przebudowa/budowa infrastruktury technicznej: przewodów lub urządzeń wodociągowych, kanalizacyjnych, ciepłowniczych, elektrycznych, gazowych, telekomunikacyjnych • prace instalacyjne. Maksymalny poziom dofinansowania: 85 proc. Minimalna i maksymalna wartość projektu nie została określona	mzaowieckie	9 października – 17 listopada 2025 r.

TEMAT NUMERU

Zawiedzione nadzieje

MARIUSZ TOMCZAK
DZIENNIKARZ

Balonik związany z funduszami unijnymi napompowano do granic możliwości, dlatego musiał w końcu pęknąć. Szkoda, że z wielkim hukiem i że nie ominęło to ochrony zdrowia.

Polska jest członkiem Unii Europejskiej od ponad 21 lat, a wciąż wiemy o niej mało. Niski poziom wiedzy dotyczy zwłaszcza unijnych finansów – dochodów i wydatków. Dotyczy to także funduszy unijnych.

Mitów i półprawd w tej dziedzinie nie brakuje. Wystarczy włączyć telewizor w „gorącym" politycznie okresie: z ekranu spływają wówczas zapewnienia o „miliardach euro z Brukseli". Tablice z napisem „projekt współfinansowany ze środków UE" – nie tylko w szpitalach – widział chyba każdy. Pytanie brzmi: co naprawdę się za tym kryje?

TO NIE PREZENTY

Środki w budżecie UE pochodzą przede wszystkim ze składek państw członkowskich, także tej wpłacanej przez Polskę. Wśród głównych źródeł jego finansowania jest też wkład państw członkowskich oparty na dochodzie narodowym brutto, cła nakładane na towary importowane spoza Unii, niewielki odsetek podatku VAT pobieranego przez kraje członkowskie i od kilku lat składka wyliczana na podstawie ilości odpadów opakowaniowych z tworzyw sztucznych, które nie są poddawane recyklingowi.

Ale główne źródło stanowią składki poszczególnych państw i zapewne nieprędko to się zmieni. Piszę o tym dlatego, że niektóre osoby są święcie przekonane, że fundusze dzielone w Brukseli to los na loterii, darmowa manna z nieba lub prezent od płatników netto unijnego budżetu.

Premierzy Donald Tusk i Mateusz Morawiecki wielokrotnie chwalili się Krajowym Planem Odbudowy i Zwiększania Odporności, jednocześnie unikając tłumaczenia opinii publicznej, że bezzwrotny charakter ma tylko część środków. Większość stanowi wspólny dług zaciągany przez Komisję Europejską w imieniu krajów członkowskich Unii, który Polska musi zwrócić do 2058 r. Wprawdzie pożyczki są nisko oprocentowane, ale trzeba je spłacać.

ZDROWIE NA MARGINESIE

Odpowiedź na pytanie, jak Polska powinna wykorzystywać fundusze europejskie, jest zawarta w uzgodnionej z KE umowie partnerstwa na lata 2021-2027, która określa cele i zakres interwencji oraz wskazuje instytucje odpowiedzialne za zarządzanie funduszami, programy i ich finansowanie. Mało osób przegląda takie dokumenty, choćby pobieżnie, a to błąd, bo gdyby ich znajomość była większa, trudniej byłoby uwierzyć w półprawdy.

> Duże emocje towarzyszyły naborowi wniosków w ramach inwestycji na geriatrię i opiekę długoterminową

Pierwszy z brzegu przykład: ochrona zdrowia nie jest priorytetem w zakresie wydatkowania funduszy europejskich, choć słuchając licznych wystąpień m.in. poprzedniej minister zdrowia Izabeli Leszczyny, można było odnieść wrażenie, że jest dokładnie na odwrót, a w ramach KPO najwięcej zyskają szpitale. I niektórzy, jak się wydaje, naprawdę w to uwierzyli.

Prawda jest inna: punktem wyjścia są potrzeby i wyzwania dotyczące rozwoju społeczno-gospodarczego w kontekście zmian związanych z demografią, klimatem, cyfryzacją i rozwojem nowych technologii, które nie szkodzą środowisku naturalnemu. Tak jest to ujęte w umowie partnerstwa. I właśnie w tym szeroko zakreślonym kontekście osadzone są kwestie związane ze zdrowiem obywateli państw członkowskich UE.

W obszarze ochrony zdrowia celem jest zwiększenie liczby personelu medycznego i podniesienie jego kwalifikacji, poprawa jakości świadczonych usług zdrowotnych, ułatwianie dostępności do nowoczesnych usług tego typu, wspieranie deinstytucjonalizacji oraz modernizacja infrastruktury medycznej. Dlaczego właśnie te kwestie są zawarte w umowie partnerstwa, a nie coś zupełnie innego? Bo, mówiąc najprościej, wynika to z potrzeb i wyzwań zidentyfikowanych przez rozmaitych decydentów i ekspertów w dokumentach strategicznych o charakterze międzynarodowym, a w każdym razie tak jest to oficjalnie uzasadniane.

LODY ZAMIAST ULTRASONOGRAFU

Za sprawą KPO tegoroczny sierpień nie był sezonem ogórkowym, ponieważ wylała się ogromna fala społecznego oburzenia i kpin w związku z ujawnieniem sposobu wydawania środków z tego programu. Adresatem krytyki w dużej mierze był obecny rząd. Intencje oczywiście były szczytne – pieniądze miały wesprzeć unijną gospodarkę po pandemii

GAZETA LEKARSKA

COVID-19. Kilka lat temu w obawie przed wirusem SARS-CoV-2 rządy dokonywały bezprecedensowych interwencji w życiu gospodarczym, co doprowadziło część firm na krawędź bankructwa, a niektóre biznesy przestały istnieć.

Środki z KPO miały odbudować potencjał rozwojowy unijnej gospodarki, przyczynić się do wzrostu jej konkurencyjności oraz zwiększyć poziom życia. W dużej mierze miały zostać przeznaczone na innowacje i zabezpieczenie przed następstwami ewentualnego kryzysu, np. w razie ogłoszenia kolejnej pandemii, ale w rzeczywistości – co wyszło na jaw właśnie w okresie wakacji – pewna część trafiła m.in. na jachty, sauny, solaria, ekspresy do kawy i inne fanaberie, nie wspominając już o tym, że dofinansowanie otrzymały kluby dla swingersów.

„Mój oddział nie dostał kasy z KPO na fotele do chemioterapii, pompy do leków i USG. A naprawdę są nam potrzebne (szpital ma ponad 200 mln długu). Jak czytam, że poszło 500 tys. na lody albo jacht w ramach dywersyfikacji, to przepraszam, ale szlag mnie jasny trafił" – nie krył oburzenia w mediach społecznościowych Jakub Kosikowski, rzecznik Naczelnej Izby Lekarskiej, tuż po ujawnieniu afery. „Trudno by było szpitalowi dostać środki przeznaczone dla małych przedsiębiorstw z branży turystycznej i gastro, ale fajnie się niesie" – odpisała mu jedna z internautek. „Spoko, tylko z tego dla szpitali też nie dostaliśmy" – odpowiedział Kosikowski.

CO MA TŁUSTY PĄCZEK DO KPO?

Zarówno w sierpniu, gdy Polską wstrząsnęła „afera KPO", jak i kilka tygodni później, gdy pisałem te słowa, na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia w zakładce „Krajowy Plan Odbudowy i Zwiększania Odporności" wszystkich witała informacja, że jego strategicznym celem jest m.in. „odbudowa potencjału rozwojowego gospodarki utraconego w wyniku pandemii".

Cytuję dalej: „Realizacja KPO przez Ministerstwo Zdrowia ma na celu poprawę efektywności systemu ochrony zdrowia, dostępności oraz jakości świadczeń zdrowotnych. Zaplanowane działania będą skoncentrowane na wdrażaniu odpowiednich reform i inwestycji, przyczyniających się do osiągnięcia wyznaczonego celu". A zatem wielkie deklaracje i pompowanie balonika.

Na stronie resortu zdrowia mocno w oczy rzuca się odnośnik „Dowiedz się więcej o Krajowym Planie Odbudowy w serwisie Ministerstwa Funduszy i Polityki Regionalnej". Kliknięcie w link kieruje na stronę www.kpo.gov.pl, gdzie wszystkich wita przeogromne zdjęcie… kilku pączków z nagłówkiem „Inwestujemy w przedsiębiorstwa społeczne", informacja o jednym z beneficjentów (Spółdzielnia Socjalna „Galeria Dobrego Smaku") i otrzymanym wsparciu z KPO (188 tys. zł).

To brzmi jak mało smaczny żart, że resort zdrowia, który w ostatnich latach zasłynął m.in. z krucjaty wymierzonej w sprzedaż drożdżówek w sklepikach szkolnych oraz deklaruje bezpardonową walkę z nadwagą i otyłością, wprost odsyła do czegoś, co ze zdrowiem ma niewiele, jeśli nie nic, wspólnego. I z czym de facto walczy. Konia z rzędem temu, kto znajdzie połączenie między innowacyjnością odmienianą na wszystkie możliwe sposoby w kontekście KPO przez wielu decydentów a smażonymi w głębokim tłuszczu wyrobami cukierniczymi formowanymi w kształcie lekko spłaszczonej kuli.

GERIATRIA: ZŁOTE KLAMKI?

Duże emocje towarzyszyły naborowi wniosków w ramach inwestycji D4.1.1 na geriatrię i opiekę długoterminową. Część szpitali powiatowych, które liczyły na znaczące środki, nie otrzymała nic. Dyrektorzy placówek z Myślenic i Mogilna zarzucili Ministerstwu Zdrowia m.in. brak obiektywizmu i manipulowanie zasadami konkursu. Sprawy trafiły do wojewódzkich sądów administracyjnych, które przyznały rację skarżącym, nakazując resortowi ponowne rozpatrzenie odwołań.

Dyrektor szpitala w Aleksandrowie Kujawskim, Mariusz Trojanowski, dopiął swego dopiero przed Naczelnym Sądem Administracyjnym. – Mamy do czynienia z patologią: jeden szpital może potencjalnie otrzymać niemal pół miliarda złotych, drugi dostaje zero. Publicznie pytam i będę pytał dalej: czy Krajowy Plan Odbudowy ma podźwignąć najbiedniejszych, czy służy temu, by ktoś zamieniał klamki ze złotych na diamentowe? – mówił w rozmowie z Medonetem.

Choć jego argumenty potwierdził sąd, Trojanowski został pod koniec sierpnia zawieszony w prawach członka Platformy Obywatelskiej za „przekroczenie granic" w krytyce minister Leszczyny. – Nikt mi nie powiedział, za co mnie zawieszają, nikt mnie nie poinformował, o co chodzi, nikt ze mną nie rozmawiał. Jestem wstrząśnięty, bo gdyby miało tak dalej być, to postępowanie w mojej sprawie wyglądałoby jak na Białorusi – powiedział Wirtualnej Polsce.

NA GORĄCYM UCZYNKU

Na początku września funkcjonariusze Centralnego Biura Antykorupcyjnego (CBA) zatrzymali „na gorącym uczynku" dyrektora jednego z instytutów badawczych, który miał przyjąć korzyść majątkową w zamian za działania dotyczące nieuprawnionego rozdysponowania środków z KPO oraz powoływanie się na wpływy w uczelniach medycznych. To budzi pytania, czy w przyszłości podobnych przypadków nie będzie więcej.

SPORNE KRYTERIA W KARDIOLOGII

We wrześniu na biurko obecnej szefowej resortu zdrowia, Jolanty Sobierańskiej-Grendy, trafiła prośba o zmianę kryteriów w naborze na dotacje ze środków KPO dla Krajowej Sieci Kardiologicznej (KSK). Zdaniem Pracodawców RP obecne zasady faworyzują określone szpitale w ramach rywalizacji o fundusze unijne, wykluczając wielu pacjentów kardiologicznych z dostępu do nowoczesnego leczenia.

„Duże kontrowersje budzi kryterium nr 19, punktujące formalny wymóg (niezwiązany z jakością i efektami leczenia) posiadania kontraktu z NFZ na izbę przyjęć lub SOR. Jego waga to ponad 20 proc. wszystkich możliwych punktów" – czytamy w piśmie przekazanym minister zdrowia.

Pracodawcy RP zaapelowali o zmianę spornych kryteriów i wprowadzenie w konkursie oceny opartej na realnej jakości i kompleksowości leczenia, a nie warunkach formalnych. Proszą również, by „zagwarantować równy dostęp do funduszy dla placówek z całego kraju, w tym z mniejszych miejscowości, aby każdy pacjent miał równą szansę na bycie beneficjentem środków z KPO, niezależnie od miejsca zamieszkania". •

TEMAT NUMERU

Nie licz na szczęście, licz na punkty

Fundusze unijne to setki milionów złotych. Proces aplikacyjny wymaga jednak starannego przygotowania dokumentacji i przejścia przez wieloetapową weryfikację. Po drodze nie brakuje pułapek – mówi **Szymon Łuczak**, ekspert ds. funduszy europejskich specjalizujący się w projektach dla sektora ochrony zdrowia, w rozmowie z Antoniną Kryńską.

Gabinet lekarski lub przychodnia, które ubiegają się o dotacje unijne – jakie dokumenty powinny złożyć?

Wnioski i dokumenty składa się w formie elektronicznej do Ministerstwa Zdrowia, urzędu marszałkowskiego lub innej instytucji prowadzącej nabór. Najczęściej odbywa się to za pośrednictwem generatora CST2021 lub innego systemu właściwego dla danego konkursu. Papierowe wnioski należą już do rzadkości. Kluczowym dokumentem w każdym konkursie jest regulamin – zarówno dla placówek posiadających kontrakt z NFZ, jak i tych komercyjnych. To w nim określono procedurę oceny, terminy oraz kryteria.

Ocena dokumentacji przebiega dwuetapowo. Najpierw sprawdzana jest zgodność z wymaganiami formalnymi, kompletność wniosku oraz poprawność formularza i załączników. Dopiero później przeprowadza się ocenę merytoryczną.

Co w sytuacji, gdy dokumentacja jest niekompletna? Czy wnioskodawca odpada z konkursu, czy ma możliwość jej uzupełnienia?

Wnioskodawca otrzymuje jednorazowe wezwanie do uzupełnienia braków. Ma na to zazwyczaj od 7 do 14 dni.

fot.: archiwum prywatne

Czy istnieje skuteczny sposób, który pozwala wygrać konkurs? Czym kierują się organizatorzy?

Decydują kryteria konkursowe. Trzeba spełnić wymagania obligatoryjne, a o pozycji na liście rankingowej przesądza liczba punktów. Środki trafiają do projektów z najwyższą oceną, aż do wyczerpania budżetu. Co istotne, nie liczy się kolejność składania wniosków, lecz liczba zdobytych punktów.

◀ *Najczęściej spotykaną sankcją jest uznanie wydatku za niekwalifikowalny, wtedy całość trzeba pokryć ze środków własnych – podkreśla* ***Szymon Łuczak****, współwłaściciel firmy doradczej Biznes Medical*

Przykładowe kryteria punktowe to: liczba pacjentów obsłużonych w poprzednich latach, dane ze statystyk map potrzeb zdrowotnych (np. niskie lub wysokie nasycenie usługami w danym powiecie), a także lokalizacja – często preferowane są placówki z terenów wiejskich.

Jakie są najczęstsze błędy popełniane przy ubieganiu się o dofinansowanie?

Najczęściej wynikają one z pośpiechu i niedopasowania projektu do wymogów konkursu. Placówki koncentrują się wyłącznie na liście zakupów – sprzęcie czy aparaturze – zapominając, że projekt musi wpisywać się w szersze strategie zdrowotne.

Kolejny problem to błędne oszacowanie budżetu – wpisywanie kosztów niekwalifikowalnych albo pomijanie wydatków niezbędnych do realizacji projektu. Tymczasem ceny należy kalkulować już na etapie wniosku, a nie dopiero przy realizacji. Instytucje oceniające zawsze sprawdzają, czy budżet jest realny. Na etapie oceny placówka może zostać poproszona o przedstawienie dokumentów potwierdzających, że

wydatki są możliwe do zrealizowania w założonych w budżecie projektu kwotach. Zawsze rekomendujemy, aby już na etapie konstruowania budżetu zbierać oferty cenowe, najlepiej trzy oferty na jeden wydatek. Przykładowo, jeśli planuje się zakup aparatu RTG w ramach projektu, należy zebrać trzy oferty od różnych firm na aparat RTG o określonych parametrach technicznych, które urządzenie ma spełniać.

Często pojawia się także brak spójności między opisem a budżetem – projekt mówi jedno, a tabela finansowa pokazuje coś innego. Inny problem to zbyt późne rozpoczęcie przygotowań, co prowadzi do stresu i błędów formalnych. Kluczem jest więc rzetelne przygotowanie oparte na realnych potrzebach i wymogach konkursu, a nie tylko w perspektywie szybkiego zakupu sprzętu.

Czy lekarz lub przychodnia są w stanie samodzielnie przygotować wniosek, czy też niezbędne jest wsparcie specjalisty?

To zależy od zasobów kadrowych. Większe podmioty zwykle mają zespoły administracyjne zdolne zrozumieć zapisy dokumentacji konkursowej i przygotować wniosek, a firmom zewnętrznym zlecają tylko specjalistyczne elementy, np. analizę ekonomiczno-finansową. Bywa jednak, że korzystają z doradców również po to, by zminimalizować ryzyko błędów. Firmy zewnętrzne dysponują szerszą wiedzą i doświadczeniem nabytym przy realizacji podobnych projektów, którego zespoły wewnętrzne mogą nie posiadać.

W przypadku mniejszych placówek, zwłaszcza na obszarach wiejskich, sytuacja jest inna – często właścicielem jest jeden lekarz, wspierany przez niewielki personel. Taki zespół może nie mieć wystarczającej wiedzy i doświadczenia, aby samodzielnie przygotować dokumentację wnioskową na odpowiednim poziomie.

Przygotowanie wniosku to nie tylko wypełnienie formularza. Należy umiejętnie odnieść się do dokumentów strategicznych dla sektora zdrowia, takich jak Zdrowa Przyszłość, Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia, mapy potrzeb zdrowotnych, krajowe i wojewódzkie plany transformacji czy Plan działań w sektorze zdrowia, i wykazać, że planowana inwestycja jest z nimi spójna. Trzeba znać te dokumenty i potrafić wskazać konkretne elementy, które uzasadniają potrzeby inwestycyjne placówki i wpisują się w strategię rozwoju sektora zdrowia. Z mojego doświadczenia wynika, że wiele osób, zwłaszcza w mniejszych podmiotach, ich po prostu nie zna.

Często brakuje też wiedzy o tzw. opinii o celowości inwestycji wydawanej w ramach systemu IOWISZ. Stanowi ona element systemu służącego racjonalizacji wydatkowania środków publicznych w ochronie zdrowia. Występuje się o nią do wojewodów oraz ministra zdrowia – w przypadku, gdy wartość inwestycji przekracza 50 mln zł, a przy projektach o wartości powyżej 2 mln zł to dokument obowiązkowy. Moje doświadczenie pokazuje, że aż 40 proc. placówek nie wiedziało o istnieniu takiej procedury, a co za tym idzie – nie miało przygotowanej opinii.

Placówki często koncentrują się wyłącznie na liście zakupów, zapominając, że projekt musi wpisywać się w szersze strategie zdrowotne

Jeżeli placówka decyduje się na zatrudnienie doradcy, czym powinna się kierować przy wyborze?

Przede wszystkim specjalizacją. Rynek pełen jest firm zajmujących się „wszystkim" – od przemysłu po sektor zdrowia. Tymczasem projekty medyczne mają swoją specyfikę. Dlatego warto sprawdzić doświadczenia firmy i poprosić o przykłady projektów dla placówek zdrowotnych. Warto wybrać kogoś, kto naprawdę rozumie specyfikę branży.

Jeśli już na pierwszym spotkaniu doradca wręcza ofertę i umowę do podpisania, bez wcześniejszej analizy sytuacji placówki i szans na uzyskanie dofinansowania w danym naborze, powinno to wzbudzić czujność. Dobry doradca najpierw oceni potencjał formalny i punktowy projektu. My przygotowujemy symulację – np. pokazując, że placówka może zdobyć 70 proc. punktów, gdy próg sukcesu wynosi 60 proc. Dzięki temu właściciel placówki wie, na czym stoi, i może świadomie podjąć decyzję.

Ważna jest też transparentność – doradca powinien jasno wyjaśniać etapy, ryzyka i komunikować się na każdym kroku. Profesjonalna firma nie tylko przygotuje wniosek, ale też jasno wyjaśni wszystkie etapy procesu, przedstawi potencjalne ryzyka i będzie dostępna do rozmowy na każdym etapie. Szczególnie w ochronie zdrowia istotne jest, aby doradca potrafił przełożyć język wytycznych konkursowych na praktyczne rozwiązania dla danej placówki, a także pomógł w uzasadnieniu inwestycji zgodnie z aktualnymi dokumentami strategicznymi, takimi jak mapa potrzeb zdrowotnych czy polityka zdrowotna państwa.

Nie mniej istotny jest model rozliczeń – od stałej opłaty za przygotowanie wniosku, przez success fee, czyli wynagrodzenie uzależnione od uzyskania dofinansowania, aż po model mieszany. Warto sprawdzić, czy doradca oferuje wsparcie także w realizacji i rozliczeniu projektu, bo to etap często trudniejszy niż samo złożenie wniosku.

Dlaczego specjalizacja w sektorze zdrowia ma tak duże znaczenie?

Projekty medyczne są specyficzne – muszą wpisywać się w mapy potrzeb zdrowotnych, politykę zdrowotną państwa, standardy dostępności, a także odpowiadać na wyzwania, takie jak niedobór kadr czy cyfryzacja. Doradca bez doświadczenia często ogranicza się do formalności, pomijając kluczowy kontekst merytoryczny, który w praktyce decyduje o jakości i skuteczności wniosku.

Dlatego specjalizacja daje ogromną wartość – zwiększa szanse na dofinansowanie i umożliwia realne wsparcie strategiczne. Dzięki znajomości

sektora możemy podpowiadać rozwiązania, np. jak uzasadnić inwestycję w kontekście deinstytucjonalizacji opieki czy zgodności z programami rządowymi. To sprawia, że projekty nie są schematyczne, ale odpowiadają na rzeczywiste potrzeby systemu i pacjentów.

Ile czasu czeka się na rozstrzygnięcie konkursu?
Zazwyczaj od 4 do 6 miesięcy. W tym czasie trwa ocena formalna i merytoryczna oraz ewentualne uzupełnianie dokumentacji. Placówki muszą na bieżąco sprawdzać ePUAP, e-Doręczenia, skrzynkę e-mail oraz system, w którym złożono wniosek, ponieważ cała korespondencja – wezwania, pytania, prośby o poprawki – trafia właśnie tą drogą. Brak odpowiedzi w terminie skutkuje odrzuceniem wniosku.

Załóżmy, że otrzymaliśmy dofinansowanie, wydaliśmy środki, ale doszło do nieprawidłowości. Czy zdarza się, że można popełniać błędy, nawet nieświadomie? Czy w takich przypadkach wchodzi w grę odpowiedzialność karna?
Jeżeli projekt zostanie zakwalifikowany do dofinansowania, na etapie realizacji inwestycji zawsze należy pamiętać, że mogą pojawić się nieprawidłowości – nawet nieświadome. Choć w standardowych przypadkach nie są to sytuacje grożące odpowiedzialnością karną, wymagają one dużej ostrożności.

W przypadku naruszeń nie mówimy o odpowiedzialności karnej, lecz o sankcjach administracyjnych i finansowych. Wyjątkiem byłyby sytuacje rażących nadużyć, np. fałszowania dokumentów czy świadomego wyłudzenia środków, które mogłyby rodzić konsekwencje karne.

W praktyce większość uchybień to błędy techniczne i proceduralne. Najczęściej skutkują korektą finansową, czyli pomniejszeniem dotacji.

Ryzykiem jest np. wybór dostawcy bez przetargu przy wydatkach powyżej 80 tys. zł. Wówczas trzeba przeprowadzić postępowanie zgodne z wytycznymi na lata 2021–2027, wydanymi przez ministra funduszy i polityki regionalnej. Dokument ten określa, jakie elementy powinno zawierać takie postępowanie, m.in. jak długo ma być ogłoszone, gdzie opublikowane oraz jakie zapisy są niedozwolone.

W przypadku błędów na etapie przetargu może zostać nałożona tzw. korekta finansowa, czyli potrącenie części dofinansowania – zwykle od 5 do 25 proc.

Niedotrzymanie terminów rozliczeń czy brak działań promocyjnych, np. oznaczeń sprzętu, informacji na stronie, także skutkuje sankcjami finansowymi.

W nowej perspektywie unijnej bardzo dużą wagę przykłada się również do działań promocyjnych. Placówka ma obowiązek informowania o realizowanym projekcie m.in. na stronie internetowej, w mediach społecznościowych, na plakatach informacyjnych umieszczonych w siedzibie, a także poprzez oznaczenie sprzętu odpowiednimi naklejkami. Niewypełnienie tych obowiązków może skutkować pomniejszeniem wartości dofinansowania o dodatkowe 3 proc.

Kluczowym dokumentem w konkursie jest regulamin – zarówno dla placówek posiadających kontrakt z NFZ, jak i komercyjnych

Kontrole weryfikujące spełnienie tych obowiązków są przeprowadzane na różnych etapach: w trakcie realizacji projektu, przed wypłatą ostatniej transzy, a także po jego zakończeniu – w tzw. okresie trwałości.

Dlatego placówki powinny od początku wdrożyć procedury wewnętrzne i korzystać z profesjonalnego wsparcia – wewnętrznego lub zewnętrznego – aby uniknąć błędów. Często nieprawidłowości wynikają z braku znajomości szczegółowych wytycznych lub niedopatrzeń organizacyjnych, a nie ze złej woli. Dlatego profesjonalne prowadzenie projektu przez osobę zaangażowaną wewnątrz placówki czy przez zewnętrznego doradcę na etapie realizacji i rozliczania projektu ma tak duże znaczenie – pozwala uniknąć kosztownych korekt finansowych i daje poczucie bezpieczeństwa, że wszystkie działania prowadzone są zgodnie z umową o dofinansowanie.

Czym jest okres trwałości i jakie są jego ograniczenia?
Rozpoczyna się po wypłacie ostatniej transzy dofinansowania i trwa trzy lub pięć lat – w zależności od wielkości placówki. Dla mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw wynosi trzy lata oraz pięć lat dla dużych. W tym czasie sprzęt i infrastruktura zakupione z dotacji muszą być wykorzystywane zgodnie z przeznaczeniem – np. wyłącznie na potrzeby kontraktu z NFZ, jeśli taki był warunek konkursu. Nie można ich sprzedać ani zlikwidować. Dopiero po upływie tego czasu placówka zyskuje pełną swobodę dysponowania.

Na jakie inne kary można się jeszcze narazić?
Katalog kar jest dość szeroki i wykracza poza same korekty finansowe. Jednym z najczęściej spotykanych naruszeń jest uznanie wydatków za niekwalifikowalne, co oznacza, że cała kwota poniesiona na dany zakup nie zostaje rozliczona w ramach projektu. Dla placówki medycznej oznacza to konieczność sfinansowania takiego wydatku w całości z własnych środków.

Znam placówkę medyczną, która, przygotowując postępowanie przetargowe, tak sformułowała specyfikację techniczną, że w praktyce odpowiadała ona wyłącznie jednemu produktowi konkretnego producenta. Intencją placówki nie było obejście zasad konkurencyjności, lecz chęć zakupu sprzętu, który sprawdzał się w codziennej pracy i był rekomendowany przez lekarzy. Instytucja oceniająca uznała jednak, że doszło do naruszenia zasady równego traktowania wykonawców, co zakończyło się nałożeniem korekty finansowej w wysokości 10 proc. wartości zamówienia. Choć procentowo kara wydawała się niewielka, w praktyce oznaczała kilkadziesiąt tysięcy złotych utraconego dofinansowania. •

Każda nietypowa, oporna na leczenie lub nawracająca jednostka chorobowa powinna skłonić do zlecenia badania w kierunku HIV.

Wczesne rozpoznanie HIV i szybkie wdrożenie terapii antyretrowirusowej (ARV) u osoby zakażonej, pozwala uchronić ją przed zachorowaniem na AIDS, a jej partnerów seksualnych – przed zakażeniem.

Od maja 2025 roku lekarze POZ
mogą zlecać testy przesiewowe w kierunku HIV
w ramach świadczeń gwarantowanych,
finansowanych z budżetu powierzonego.

Więcej informacji w Kompendium wiedzy dla lekarzy POZ:
https://www.hiv-aids.edu.pl/kompendium-wiedzy

DIAGNOSTYKA HIV W WYBRANYCH SYTUACJACH KLINICZNYCH

Ministerstwo Zdrowia

Krajowe Centrum ds. AIDS
Agenda Ministra Zdrowia

CHOROBY WEWNĘTRZNE

- gorączka o niejasnej etiologii
- utrata masy ciała o niejasnej etiologii
- trombocytopenia i/lub leukopenia o niejasnej etiologii
- drożdżyca przełyku i żołądka
- przewlekła biegunka
- zapalenie jelit o niejasnej etiologii
- nawracające bakteryjne zapalenie płuc
- śródmiąższowe zapalenie płuc
- limfadenopatie
- zespół wyniszczenia niejasnego pochodzenia
- zakażenia przenoszone drogą płciową
- zespół mononukleozopodobny[1]

CHOROBY ZAKAŹNE

- półpasiec
- gorączka o niejasnej etiologii
- zaburzenia hematologiczne
- drożdżyca układu oddechowego, pokarmowego
- zespół mononukleozopodobny
- przewlekła biegunka
- nawracające zapalenie płuc
- toksoplazmoza OUN
- kryptokokowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych
- aseptyczne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych
- gruźlica, inne mykobakteriozy
- wirusowe zapalenia wątroby: HCV, HBV, HAV
- zakażenia przenoszone drogą płciową
- inne choroby z listy chorób wskaźnikowych AIDS
- COVID-19

DERMATOLOGIA

- zakażenia przenoszone drogą płciową
- łojotokowe zapalenie skóry
- nawracająca drożdżyca jamy ustnej
- półpasiec
- mięsak Kaposiego
- nowotwory skóry
- zespół mononukleozopodobny

ENDOKRYNOLOGIA

- zaburzenia endokrynne o niejasnej etiologii

GINEKOLOGIA

- ciąża – kobieta i jej partner. W razie braku badania w I i III trymestrze test należy zaoferować po porodzie, a jeśli kobieta nie wyrazi zgody, należy zaproponować badanie noworodka
- nawracająca drożdżyca pochwy
- zakażenia przenoszone drogą płciową
- inwazyjny i nieinwazyjny rak szyjki macicy
- dysplazja szyjki macicy > 2 stopnia
- zakażenie HPV

LARYNGOLOGIA

- zapalenie ślinianek o niejasnej etiologii
- nowotwory okolicy głowy i szyi
- grzybica jamy ustnej, przełyku lub krtani
- limfadenopatia niejasnego pochodzenia
- zakażenia przenoszone drogą płciową
- zespół mononukleozopodobny

NEFROLOGIA / UROLOGIA

- nefropatie kłębuszkowe
- zakażenia przenoszone drogą płciową
- brodawczak pęcherza moczowego
- nasieniak (seminoma)

NEUROLOGIA

- ropnie mózgu
- toksoplazmoza mózgu
- encefalopatia o niejasnej etiologii
- PML
- kryptokokowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych
- postępujące otępienie
- chłoniak pierwotny mózgu
- zespół Guillaina-Barrégo
- poprzeczne zapalenie rdzenia kręgowego
- polineuropatia
- aseptyczne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych

OKULISTYKA

- zapalenie błony naczyniowej i siatkówki (CMV, HSV, toksoplazmozowe, inne)
- retinopatie niejasnego pochodzenia
- półpasiec nawracający
- zakażenia przenoszone drogą płciową

ONKOLOGIA / HEMATOLOGIA

- chłoniaki nieziarnicze
- rak/dysplazja nabłonkowa odbytu/szyjki macicy
- rak płuc
- nasieniak (seminoma)
- ziarnica złośliwa
- choroba Castelmana
- limfopatie niejasnego pochodzenia
- małopłytkowość, neutropenia, limfopenia

PEDIATRIA / NEONATOLOGIA

- wszystkie noworodki urodzone przez kobiety, które nie poddały się badaniu przed ciążą lub podczas trwania ciąży
- zapalenie ślinianek niejasnego pochodzenia
- ciężkie zakażenia bakteryjne
- nawracająca kandydoza jamy ustnej
- zapalenie płuc wywołane *Pneumocystis jirovecii* (dawniej *P. carinii*)
- gruźlica
- rozsiane zakażenie CMV
- śródmiąższowe zapalenie płuc
- nawracające bakteryjne zapalenie płuc
- encefalopatia niejasnego pochodzenia
- upośledzenie rozwoju psychoruchowego
- limfadenopatie niejasnego pochodzenia
- zapalenie siatkówki o etiologii zakaźnej
- małopłytkowość

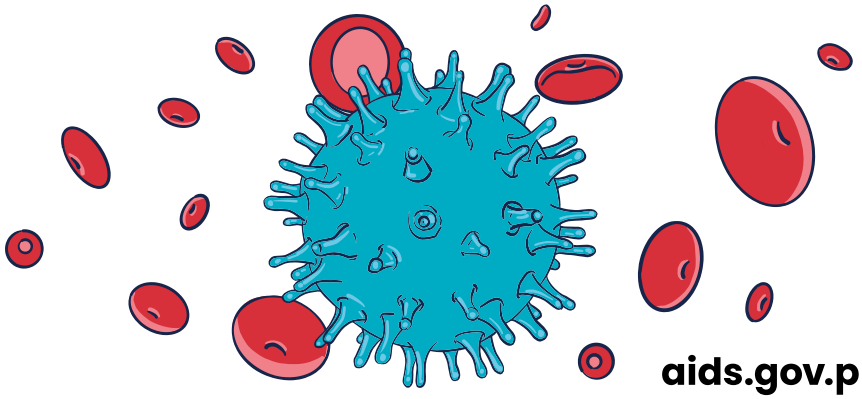
PULMONOLOGIA

- mykobakteriozy płucne lub rozsiane
- nawracające bakteryjne zapalenia płuc
- śródmiąższowe zapalenie płuc
- zapalenia płuc o niejasnej etiologii
- drożdżyca tchawicy i/lub oskrzeli
- aspergiloza
- COVID-19

STOMATOLOGIA

- nawracająca drożdżyca jamy ustnej i przełyku
- zmiany dysplastyczne błony śluzowej jamy ustnej
- zakażenie HPV
- opryszczkowe zapalenie jamy ustnej (nawracające)
- zakażenia przenoszone drogą płciową
- chłoniak Burkitta
- mięsak Kaposiego
- leukoplakia włochata

1. Zespół mononukleozopodobny (rzekomogrypowy) może występować we wczesnej fazie zakażenia HIV (ostra choroba retrowirusowa), jeszcze przed pojawieniem się przeciwciał anty-HIV i antygenu p24, zatem ujemny wynik testu w tym czasie nie wyklucza zakażenia HIV. Badanie należy powtórzyć po 2–6 tygodniach. Zakażenie HIV wyklucza ujemny wynik po 6 tygodniach od ostatniego narażenia.



aids.gov.pl

GAZETA LEKARSKA

AKTUALNOŚCI

Sztafeta pokoleń

Nie wszyscy lekarze „żyją samorządem", ale ci, którzy byli lub są aktywnie zaangażowani, czerpią z doświadczeń zdobytych na wielu polach: od medycyny i prawa po działalność kulturalną i sportową – mówi **dr n. med. Grzegorz Mazur**, skarbnik Naczelnej Rady Lekarskiej, w rozmowie z Mariuszem Tomczakiem.

Żeby ukończyć maraton, trzeba pokonać dokładnie 42 kilometry i 195 metrów. Od kiedy biega Pan na takim dystansie?
Zacząłem dopiero po 50. roku życia. W takim wieku trudno mierzyć się z 20- czy 30-latkami, którzy trenują od dawna, ale mam ogromną satysfakcję, kiedy startując w zawodach, udaje mi się stanąć na podium w mojej kategorii wiekowej. Tym bardziej że razem ze mną często biegną m.in. nauczyciele wychowania fizycznego czy byli sportowcy.

Największy sukces to…?
Najlepszy wynik, 3 godziny 31 minut, osiągnąłem w Berlinie w 2019 r. Ale za największy sukces uznaję start w maratonie w Nowym Jorku w 2018 r., kiedy przede mną na metę dobiegło 8 tys. osób, ale pokonałem 46 tys. ludzi. Myślę jednak, że każdy, kto ukończył dowolny maraton, który jest przecież biegiem ekstremalnym, ma powody do satysfakcji. Lubię rywalizację, choć dla mnie sport to nie kwestia bicia rekordów…

Czego zatem? Zdrowego stylu życia?
Zdecydowanie. Uważam, że lekarze powinni promować aktywność fizyczną. Im zdrowsze społeczeństwo, tym lepiej. To mniej pracy dla nas (śmiech). A mówiąc całkiem serio – każde zachowanie prozdrowotne korzystnie wpływa na nasz organizm. Jeśli u osób prowadzących zdrowy styl życia pojawiają się niepokojące symptomy, reagują na nie szybciej, bo przeszkadzają im na co dzień w aktywnym życiu. Do prowadzenia fotelowego trybu życia niewiele przecież potrzeba.

Jak przekonać lekarzy, by znaleźli czas na regularne treningi?
Aktywność ruchowa jest znakomitym antidotum, takim resetem, na wszystkie obciążenia wynikające z wykonywania zawodu, np. trudne operacje, decyzje diagnostyczne i terapeutyczne.

Angażowanie się w działalność izb lekarskich przedstawicieli kolejnych pokoleń powinno być naturalnym procesem, tak jak i to, że w samorządzie są osoby w różnym wieku

Przecież stres często zabieramy z pracy do domu. Moim zdaniem czasami nie ma lepszego lekarstwa niż bieg po lesie, choć oczywiście każdy może zdecydować się na inną dyscyplinę sportu. To lepsze od biesiadowania przy stole.

Jak znaleźć czas na aktywność, będąc zapracowanym?
Nie wolno szukać wymówek. To wymaga pewnej samodyscypliny i konsekwencji w działaniu, ale chyba każdy lekarz znajdzie dwie-trzy godziny w tygodniu na aktywność fizyczną, np. po godzinie. To naprawdę pomaga w zmaganiu się następnego dnia z wieloma problemami.

Czy działalność w samorządzie lekarskim traktuje Pan jako sztafetę pokoleń?
W jakimś sensie tak, bo zmieniają się pokolenia, a przemijanie jest rzeczą naturalną. Angażowanie się w działalność izb lekarskich przedstawicieli kolejnych pokoleń powinno być naturalnym procesem, tak jak i to, że w samorządzie są osoby w różnym wieku. Inną perspektywę mają młodzi lekarze, a zupełnie inną osoby, które były młodymi lekarzami 20 czy 30 lat temu. Inne są aktualne wyzwania, a inne były dwie-trzy dekady temu.

Odmłodzenie samorządu jest niezbędne. W obecnej kadencji w pewnym stopniu już doszło do tego, ale jak się spojrzy na władze w okręgowych izbach lekarskich, to czasami można odnieść wrażenie, że w ostatnich kilkunastu latach przewijają się wciąż te same nazwiska. Na przykład wśród lekarzy dentystów w niektórych izbach zdarza się, że najmłodszy delegat na zjazd okręgowy czy krajowy jest powyżej 40. roku życia. Oczywiście starsi działacze zrobili bardzo wiele dobrego i zapewne jeszcze wiele zrobią, ale sukcesja pokoleniowa jest konieczna. Ktoś musi przejmować pałeczkę od najstarszych…

…jak w sztafecie.
Dokładnie tak. W mojej izbie wiceprezesami są osoby, które zaczynały działalność od zaangażowania w kole młodego lekarza, a później sekretarzowały

w prezydium. Tak wygląda pożądana ewolucja, która rodzi postęp – ucząc się od starszych, wnosimy też swoje własne pomysły. Nie będzie postępu bez włączania młodych osób do procesu decyzyjnego w radach okręgowych i Naczelnej Radzie Lekarskiej.

Każdy wie, że osoby dobiegające wieku emerytalnego zwykle nie mają takiego samego podejścia do nowinek technicznych jak trzydziestolatkowie. Starsze pokolenia zwykle poruszają się po utartych ścieżkach, które z ich punktu widzenia wydają się najlepsze i najbardziej sprawdzone. Wiadomo też, że perspektywa zmienia się z upływem czasu. Dlatego zaapeluję: trzeba zachęcać młode osoby do dużo większej aktywności w ramach izb.

Jest Pan delegatem na krajowy zjazd lekarzy od drugiej kadencji. Czym różniły się lata 90. od współczesności?

Patrzyłem na ówczesną rzeczywistość zupełnie innymi oczyma niż dziś. Ale to były zupełnie inne czasy. Pierwsza kadencja była okresem odnowy etyczno-światopoglądowej po czasach komunizmu. Samorząd lekarski kształtowały osoby z pięknymi życiorysami i o przekonaniach antykomunistycznych. Chciały budować inny świat na wartościach odmiennych od rzeczywistości znanej im z PRL. Dla młodych ludzi, wchodzących do zawodu na początku lat 90. XX wieku, było to oczywiście ważne, lecz niewystarczające.

Dlaczego?

Bo chcieli godnie żyć. I zaczęli walkę o godne wykonywanie zawodu, godne dla nas i dla naszych rodzin, tak byśmy zarabiali, a nie dorabiali. Warto przypomnieć, że w drugiej i trzeciej kadencji w strukturach samorządu bardzo ważne funkcje pełnili ówcześni trzydziestoparolatkowie, bo było silne zapotrzebowanie na osoby mające dużo werwy i inicjatywy.

Czy główne bolączki środowiska lekarskiego, które dostrzegł Pan w czasie drugiej kadencji, udało się rozwiązać?

Na rozwiązanie wielu z nich trzeba było długo czekać i potrzebny był wysiłek licznych osób w trakcie

fot.: NIL

Przez samorząd przewinęły się tysiące lekarzy i lekarzy dentystów – mówi ***dr Grzegorz Mazur***

różnych kadencji. Zmiany zachodziły bardzo powoli. Z całą pewnością nie udało się uzyskać pieczy nad kształceniem specjalistycznym. Zmniejszył się też wpływ na wybór kadr kierowniczych w lecznictwie zamkniętym – kiedyś konkursy na ordynatorów odbywały się pod nadzorem przedstawicieli okręgowych rad lekarskich, a teraz właściwie tych konkursów nie ma.

Ale są też duże sukcesy. Jeśli porównujemy obecną sytuację z latami 90., to doszło do uproszczenia spraw związanych z prowadzeniem praktyk zawodowych i zaczęto doceniać młodych lekarzy wchodzących do zawodu, czego kiedyś w ogóle nie było. Poprawiły się też warunki pracy całego środowiska. W tym miejscu trzeba oddać szacunek determinacji Porozumienia Rezydentów w ubiegłej dekadzie, z którego wywodzi się m.in. obecny prezes NRL Łukasz Jankowski, bo patrząc z perspektywy, najbardziej znaczące podwyżki wynagrodzeń miały miejsce pod wpływem ich działań.

Poza tym w ramach izb rozwinęła się pomoc dla osób kształcących się, np. w formie pożyczek czy nagród dla osób osiągających sukcesy na tym polu, pomoc prawna czy pomoc socjalna, np. część izb wypłaca becikowe. Długo by jeszcze można wymieniać. Niestety wiele tych osiągnięć nie jest dostrzegana przez część lekarzy.

Bo traktuje się je jako coś oczywistego, a nie efekt wielu lat zaangażowania różnych osób?

Myślę, że tak. Niektóre koleżanki i koledzy przypominają sobie o izbie, gdy dzieje się coś złego w ich życiu zawodowym czy osobistym i jest potrzebna jakaś pomoc. Nie wszyscy lekarze „żyją samorządem", ale myślę, że ci, którzy byli lub nadal są aktywnie zaangażowani w pracę izb, czerpią z doświadczeń zdobytych na wielu polach – od medycyny i prawa po działalność kulturalną i sportową.

Przez samorząd przewinęły się przecież tysiące lekarzy i lekarzy dentystów. Niektórzy byli działaczami przez kilka lat, a inni przez kilka kadencji. Dzięki temu zdobyli duże doświadczenie, także poza światem medycyny. Ponad 35-letnia działalność odrodzonego samorządu przyczyniła się do wykształcenia umiejętności pracy kolegialnej oraz zdolności formułowania apeli, stanowisk i uchwał, które są przyjmowane w odniesieniu do bieżących problemów – takich, którymi w danym momencie żyją lekarze i lekarze dentyści.

A zatem działalność samorządu zwiększyła samoświadomość środowiska zarówno w wymiarze indywidualnym, jak i wspólnotowym.

Z całą pewnością. I myślę, że to też jest za mało doceniane. •

Dr n. med. Grzegorz Mazur – specjalista otolaryngologii II stopnia, skarbnik NRL (VIII kadencja-nadal), prezes ORL w Łodzi (VI-VII kadencja), zastępca NROZ (II-V kadencja), delegat na OZL i KZL (II kadencja-nadal).

GAZETA LEKARSKA

AKTUALNOŚCI

W słońcu i ulewie

MARIUSZ TOMCZAK
DZIENNIKARZ

Ponad 600 lekarzy i lekarzy dentystów z całej Polski rywalizowało w kilkudziesięciu dyscyplinach podczas 22. Igrzysk Lekarskich w Zakopanem. Sportowym zmaganiom towarzyszyła przyjazna atmosfera i okazja do integracji środowiska.

fot.: M. Tomczak

◀ *W piłce nożnej najlepsza okazała się drużyna OIL w Szczecinie*

fot.: M. Tomczak

▲ *Skarbnik NRL Grzegorz Mazur kończył jeden z biegów w strugach deszczu*

▼ *Sporą popularnością cieszył się tenis stołowy. O medale walczono w grze pojedynczej i podwójnej*

fot.: M. Tomczak

W igrzyskach brali udział lekarze i lekarze dentyści w różnym wieku i z różnych stron kraju, a także ich bliscy i studenci medycyny. Niektórzy uczestnicy zameldowali się w Centralnym Ośrodku Sportu już we wtorek, a wyjechali dopiero w niedzielę. Tych kilka dni było czasem sprzyjającym umacnianiu obecnych przyjaźni i nawiązywaniu nowych znajomości.

Zmagania sportowe – w wielu dyscyplinach i w różnych kategoriach wiekowych – rozpoczęły się w środę rano od marszu tatra walking na dystansie 9,3 km (trasa: Brzeziny–Czarny Staw Gąsienicowy). Część sportowa igrzysk zakończyła się w sobotę późnym popołudniem, po czym ostatni raz odbyła

fot.: M. Tomczak

◀ *Przy kapryśnej pogodzie o medale walczyli m.in. siatkarze*

fot.: M. Tomczak

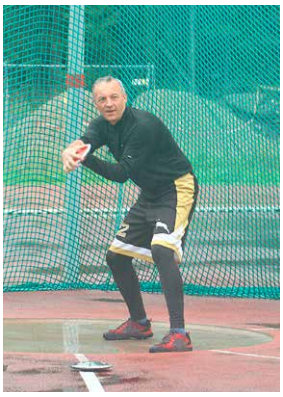
▶ *W biegu rywalizowano na dystansie 100, 200, 400, 1500, 3000 i 5000 metrów*

fot.: M. Tomczak

◀ *Na pływalni dorośli rywalizowali w kilku stylach na dystansie 50 i 100 metrów, a dzieci – 25 metrów*

fot.: M. Tomczak

▶ *Na korcie tenisowym byli obecni przedstawiciele różnych pokoleń lekarzy*



fot.: M. Tomczak

fot.: M. Tomczak

◀ *W konkurencjach lekkoatletycznych, takich jak rzut dyskiem czy rzut ciężarkiem, nie zabrakło pań, w tym studentek medycyny, ale dominowali mężczyźni. Po prawej: reprezentant OIL w Warszawie* ***Konrad Bońda***

fot.: M. Tomczak

▶ *Niektórzy przyjechali ze swoimi dziećmi, które również mogły walczyć o medale*

się ceremonia medalowa i rozpoczęła się część integracyjna.

Rywalizowano m.in. w takich dyscyplinach, jak: piłka nożna, koszykówka, biegi na różnym dystansie, rzut ciężarkiem, dyskiem i oszczepem, cross-country, tenis ziemny i stołowy, pchnięcie kulą, strzelanie, skoki (w dal i wzwyż), pływanie (styl dowolny, grzbietowy, klasyczny i motylkowy) i siatkówka. Zawody odbywały się od rana do czasami późnego popołudnia, ale wybrane konkurencje (np. badminton, hokej, brydż) rozgrywano późnym wieczorem. Większość zmagań sportowych odbywała się w Zakopanem, a poza stolicą Tatr grano np. w squasha (Poronin) i golfa (Tatrzańska Łomnica), a także rywalizowano w triathlonie (Frydman) i kolarstwie.

Przez kilka dni zmagania lekarzy sportowców, tak jak w ubiegłym roku, relacjonowaliśmy na żywo w portalu internetowym www.gazetalekarska.pl, gdzie znajduje się ok. 340 zdjęć. Wyniki z podziałem na dyscypliny są dostępne na stronie igrzysk pod adresem www.igrzyskalekarskie.org/igrzyska-2025. Współorganizatorem wydarzenia była Naczelna Izba Lekarska, a patronem medialnym „Gazeta Lekarska”. •

GAZETA LEKARSKA

AKTUALNOŚCI

Lekarze o reformie, psychiatrii i sztucznej inteligencji

SYLWIA WAMEJ
DZIENNIKARKA

Na XXXIV Forum Ekonomicznym w Karpaczu, jednym z najważniejszych wydarzeń świata polityki i gospodarki w Europie Środkowo-Wschodniej, nie zabrakło głosu środowiska lekarskiego. Przedstawiciele Naczelnej Izby Lekarskiej uczestniczyli w licznych debatach.

Forum Ekonomiczne w Karpaczu to coroczna międzynarodowa platforma dialogu, łącząca przedstawicieli polityki, biznesu, nauki i mediów z regionu Europy Środkowo-Wschodniej i spoza niego. Tegoroczna edycja, która odbyła się w dniach 2-4 września pod hasłem „Czas transformacji – jaka będzie Europa przyszłości?", zgromadziła uczestników ponad 500 debat, sesji plenarnych i wydarzeń towarzyszących.

W Karpaczu obecna była reprezentacja Naczelnej Izby Lekarskiej. W jej skład weszli m.in. wiceprezesi NRL Klaudiusz Komor i Mateusz Kowalczyk oraz ekspert Sieci Lekarzy Innowatorów (NIL IN) Łukasz Sosnowski, którzy aktywnie uczestniczyli w panelach, podejmując kluczowe dla środowiska tematy. Z kolei wiceprezes Wielkopolskiej Izby Lekarskiej Marcin Karolewski pełnił funkcję członka kapituły finału podczas Medical Technology Innovation Day.

◀ *W Karpaczu obecna była reprezentacja NIL, która uczestniczyła w licznych debatach*

fot. NIL

POTRZEBA ODWAGI DO REFORMY

Podczas panelu „Na zdrowie – czego sobie życzyć w dobie kryzysu w ochronie zdrowia?" wiceprezes NRL Klaudiusz Komor wskazywał, że punktowe zmiany nie wystarczą, konieczna jest systemowa reforma.

– Potrzeba nam odwagi, odważnego polityka, być może całego rządu, który po prostu spróbuje zrobić reformę ochrony zdrowia od podstaw. Pojedyncze spełnianie życzeń nie poprawi sytuacji. Trzeba zacząć od realnej wyceny świadczeń, stworzenia map potrzeb zdrowotnych – ile potrzebujemy szpitali czy łóżek w poszczególnych dziedzinach – i uczciwej rozmowy z pacjentami. Reforma będzie trudna i początkowo może być postrzegana jako pogorszenie, ale to nieunikniony element każdej zmiany – podkreślił.

PSYCHIATRIA I WYZWANIA KADROWE

Wiceprezes NRL Mateusz Kowalczyk uczestniczył w panelu „Zdrowie psychiczne w dynamicznie zmieniającej się rzeczywistości", podczas którego mówił o zmianach w podejściu do psychiatrii i o wyzwaniach związanych z jej dostępnością.

– Ogromną zasługą wielu fundacji i mediów jest to, że zaczęliśmy mówić o psychiatrii bez stygmatyzowania. To ogromna praca, za którą trzeba podziękować. Natomiast dostępność pomocy psychiatrycznej nadal jest niewystarczająca. Ważnym krokiem są rozwijające się centra zdrowia psychicznego, ale problemem pozostaje zbyt mała liczba psychiatrów – mówił.

Wiceprezes NRL wskazał także inne czynniki, od których zależy dostępność psychiatrii w naszym kraju. Jego zdaniem szybkie zwiększanie liczby studentów kierunków lekarskich nie rozwiąże problemu, a może wręcz zaszkodzić jakości kształcenia.

– Zaczęliśmy iść za trendem szkoła medycznej praktycznie na każdym rogu ulicy. Obawiam się, że w długiej perspektywie odbije się to na pacjentach – zaznaczył.

AI: NARZĘDZIE, NIE ZAGROŻENIE

Podczas panelu „Wpływ technologii AI na rozwój medycyny – wyzwania, zagrożenia, rekomendacje" głos zabrał Łukasz Sosnowski z NIL IN. Zwrócił uwagę na konieczność odpowiedzialnego rozwoju technologii.

– Chciałbym odczarować pewien paradygmat, że sztuczna inteligencja i narzędzia sztucznej inteligencji są wyjątkowe. AI jest stetoskopem dzisiejszych czasów – to narzędzie w rękach lekarza – podkreślił. Wskazał także na rosnące znaczenie tzw. self-care, czyli narzędzi diagnostycznych dostępnych już dziś dzięki smartfonom – od pomiaru ciśnienia po monitorowanie pulsu. ●

ARTYKUŁ SPONSOROWANY

GAZETA LEKARSKA

AKTUALNOŚCI

Reforma bez pieniędzy nie zadziała

MAŁGORZATA SOLECKA
DZIENNIKARKA

Podpis prezydenta pod ustawą o szpitalnictwie wzbudził duże emocje – zarówno nadzieje, jak i obawy. Dokument miał być krokiem ku naprawie systemu, tymczasem eksperci i związki zawodowe ostrzegają, że bez realnego finansowania pozostanie martwą literą prawa.

Ustawa zakładająca zmiany w szpitalnictwie została podpisana przez prezydenta. Czy to znaczy, że system doczeka się reformy z prawdziwego zdarzenia? Nie ma co przesadzać z optymizmem. Dotychczas problemem nie był brak przepisów, lecz niedostatek finansowania – a w tym zakresie nic się nie zmienia.

PODPIS Z ZASTRZEŻENIAMI

Prezydent Karol Nawrocki swoją decyzją zaskoczył wielu. Kilka dni przed ogłoszeniem podpisania nowelizacji ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (zwanej ustawą o szpitalnictwie albo ustawą o ratowaniu szpitali powiatowych, jak mówiła jej promotorka – była minister zdrowia Izabela Leszczyna) trzy centrale związkowe – NSZZ Solidarność, OPZZ i FZZ – przesłały do Pałacu Prezydenckiego wspólne stanowisko. Związkowcy wskazali długą listę zarzutów wobec ustawy. Ocenili, że choć potrzeba zmian w szpitalnictwie jest oczywista, kierunek zapisany w ustawie może pogorszyć dostępność świadczeń dla pacjentów. Zwrócili uwagę, że brakuje w niej mechanizmów monitorowania przekształceń własnościowych, które mogą zachodzić w podmiotach leczniczych. Najpoważniejszy zarzut dotyczył braku odpowiedzialności ministra zdrowia – jako twórcy polityki zdrowotnej publicznego systemu ochrony zdrowia – za funkcjonowanie systemu, dostępność świadczeń finansowanych ze środków publicznych oraz za dominującą rolę sektora publicznego.

Prezydent nie zignorował opinii związków. Szef jego kancelarii, Zbigniew Bogucki, ogłaszając podpisanie ustawy, przyznał, że były „pewne wątpliwości". Dotyczyły one przede wszystkim możliwości likwidacji oddziałów szpitalnych i łączenia szpitali, pozostawionych wyłącznie w gestii organów założycielskich – samorządów – bez kontroli Ministerstwa Zdrowia i NFZ.

– Tutaj zdanie prezydenta jest jednoznaczne, w tym zakresie powinna wystąpić zmiana – stwierdził Bogucki, zapowiadając prace prezydenckiej Rady ds. Ochrony Zdrowia nad ewentualnymi propozycjami legislacyjnymi, jeśli nie będą one wychodzić ze strony rządu. Jest też prawdopodobne, że z inicjatywą wyjdzie samo Ministerstwo Zdrowia. Świadczyć może o tym rozmowa minister Jolanty Sobierańskiej-Grendy z prof. Piotrem Czauderną, głównym doradcą Karola Nawrockiego w sprawach zdrowotnych.

NEUTRALNA USTAWA CZY POLITYCZNA MINA?

Dlaczego prezydent, który nie wahał się wetować innych ustaw rządu (np. nowelizacji ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy), tym razem zdecydował się podpisać dokument, przeciwko któremu w parlamencie głosował niemal cały klub PiS? Oficjalnie przeważyły racje finansowe – zawetowanie mogło przysporzyć problemów z rozliczaniem liczonych w miliardach złotych środków z Krajowego Planu Odbudowy. Nie brakuje jednak opinii, że sama ustawa w obecnym kształcie jest w gruncie rzeczy neutralna i nie przyniesie znaczących skutków. Prawdziwą walkę polityczną może wywołać dopiero jej ewentualna nowelizacja, jeśli rząd zdecyduje się na bardziej restrykcyjne zapisy, np. dotyczące obowiązkowej likwidacji oddziałów niespełniających norm.

CO SIĘ ZMIENIA?

Rząd nie zwlekał z publikacją – ustawa ukazała się w Dzienniku Ustaw 2 września i weszła w życie na początku drugiej połowy miesiąca. Najważniejsze zmiany? Szpital pracujący w ramach systemu zabezpieczenia szpitalnego („sieć szpitali") będzie mógł za zgodą prezesa NFZ w ramach danego profilu zamienić tryb pełnej hospitalizacji na leczenie planowe lub jednodniowe albo na udzielanie świadczeń z zakresu stacjonarnej opieki długoterminowej. Tworzyć i prowadzić samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (SP ZOZ-y), a także podmioty lecznicze działające w formie spółek kapitałowych i jednostek budżetowych, będą mogły nie tylko jednostki samorządu terytorialnego (JST), ale również ich związki.

Nowela przewiduje też możliwość łączenia szpitali przez JST. Dotyczy to wszystkich szpitali publicznych prowadzonych przez samorządy, tych, które wymagają przekształceń – bo daleko im do rentowności – jak i tych, które radzą sobie lepiej. W wielu wypowiedziach ekspertów zarówno już po tym, jak ustawa została uchwalona, jak i w trakcie roku poprzedzającego jej uchwalenie wybrzmiewała nadzieja (lub oczekiwanie), że będzie

WYTYCZNE W SPRAWIE PROGRAMÓW NAPRAWCZYCH

8 września do konsultacji publicznych trafił projekt rozporządzenia regulującego przygotowanie programów naprawczych. Po raz pierwszy określono ich formę i zawartość – dotychczas nie istniały żadne jednolite standardy. Dokumenty mają być opracowywane **wyłącznie elektronicznie**, w formularzu udostępnionym przez Centrum e-Zdrowia (CeZ).

Program naprawczy będzie musiał zawierać m.in.:

- sprawozdanie finansowe za poprzedni rok obrotowy (bilans oraz rachunek zysków i strat),
- analizy efektywności funkcjonowania i zarządzania,
- opis działań naprawczych wraz z harmonogramem,
- działania dotyczące współpracy z innymi podmiotami leczniczymi, np. w zakresie koncentracji kadry, infrastruktury czy połączeń organizacyjnych,
- wskaźniki rezultatu.

Według Ministerstwa Zdrowia wprowadzenie jednolitych wzorów i formuły elektronicznej usprawni składanie oraz ocenę programów, a także zagwarantuje, że wszystkie będą spełniały wymogi ustawowe.

ona pierwszym krokiem w kierunku konsolidacji i współpracy w obszarze szpitalnictwa, które miałyby zastąpić dominujący model konkurencji (o kontrakt, pacjenta i kadrę). Jedną z bolączek obecnego systemu ochrony zdrowia oraz jego poszczególnych segmentów (w tym dominującego szpitalnictwa) jest fragmentaryzacja, która negatywnie rzutuje na sytuację pacjenta. Współpraca wielu jednostek ma dać dodatkowy efekt w postaci bardziej kompleksowej, pożądanej przez system i samych pacjentów, opieki.

Kolejną zmianą jest tworzenie i zatwierdzanie programów naprawczych SP ZOZ-ów ze stratą netto. Ich przygotowanie ma poprzedzać analiza efektywności szpitala i jego poszczególnych jednostek. Dotychczas plany powstawały „do szuflady" – bez kontroli i egzekucji. Teraz ma to wyglądać inaczej.

POWIATOWE LECZNICE W TARAPATACH

Ministerstwo Zdrowia nie kryje, że ustawa została przygotowana z myślą głównie o szpitalach powiatowych. Ich sytuacja jest niejednolita, ale generalnie trudna. Jak mówił podczas pierwszego po wakacjach posiedzenia Komisji Zdrowia wiceminister Wojciech Konieczny, w marcu 2025 r. zobowiązania szpitali powiatowych osiągnęły 8,775 mld zł, a tylko w pierwszym kwartale wzrosły o blisko pół miliarda złotych. Na sytuację finansową szpitali wpływa przede wszystkim ustawa o minimalnych płacach w ochronie zdrowia, która obciąża finanse NFZ. 8 września posłowie pytali Ministerstwo Zdrowia m.in. o kwestie związane z realizacją ustawy, ale też o regulowanie przez Fundusz zobowiązań wynikających z nadwykonań. – Dochodzą do nas jako do parlamentarzystów bardzo liczne sygnały o faktycznym bankructwie systemu ochrony zdrowia – mówił Janusz Cieszyński (PiS), były wiceminister zdrowia. Przekazał, że spośród ok. stu szpitali, do których wysłał pytanie, czy pieniądze od NFZ na sfinansowanie obligatoryjnych lipcowych podwyżek wynagrodzeń dla pracowników tych placówek wystarczą na zrealizowanie tego celu, tylko kilkanaście oceniło, że kwoty są odpowiednie.

BUDŻETOWA KROPLÓWKA

NFZ, by sprostać tym wydatkom, musi coraz bardziej polegać na dotacjach budżetowych. – Zaplanowana pierwotnie dotacja podmiotowa z budżetu państwa do NFZ w 2025 r. wynosiła 18,35 mld zł. Dzięki decyzjom ministra zdrowia oraz ministra finansów dotyczącym przekazania dodatkowych środków z budżetu państwa do Narodowego Funduszu Zdrowia, aktualna wysokość dotacji podmiotowej na NFZ w 2025 r. wynosi już 27,65 mld zł – mówił podczas posiedzenia Komisji Zdrowia Konieczny. Pieniądze te pozwalają m.in. na wypłatę szpitalom – choć z dużymi opóźnieniami – należności za nadwykonania. Szpitale podkreślają jednak, że choć płatnik rzeczywiście reguluje swoje zobowiązania, opóźnienia w płatnościach za świadczenia nielimitowane czy programy lekowe dodatkowo, poza kosztami ustawy o wynagrodzeniach minimalnych, obciążają ich budżety i wpływają na płynność finansową.

SZANSA CZY ILUZJA?

Podczas prac nad ustawą Ministerstwo Zdrowia szacowało, że – patrząc na wyniki finansowe szpitali – około dwustu placówek powiatowych będzie się kwalifikować do przygotowania planów naprawczych i przeprowadzenia wynikających z nich zmian. Przygotowanie dobrego, pozytywnie ocenionego m.in. przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, planu będzie warunkiem koniecznym do skorzystania z pomocy finansowej. Problem w tym, że na razie o szczegółach rozwiązania nic nie wiadomo.

„Drugi krok", jak zapowiadał tuż przed swoim ustąpieniem ze stanowiska ówczesny wiceminister zdrowia Jerzy Szafranowicz, pozostawał „w uzgodnieniach" między resortami zdrowia oraz finansów i Bankiem Gospodarstwa Krajowego. Szczegóły mają być znane na przełomie września i października. Wiadomo na pewno, że z pomocy finansowej będą mogły skorzystać lecznice, które wdrożą program naprawczy opiniowany przez wojewódzki oddział NFZ, wojewodę oraz AOTMiT. I będą konsekwentnie ten program realizować, bo pomoc ma być rozłożona na dekadę. Wstępnie mówiono o zamianie zadłużenia, a raczej jego części, na dziesięcioletni kredyt, którego dziesiąta część byłaby umarzana każdego roku pod warunkiem realizacji planu mierzonej odpowiednim wynikiem finansowym.

Wielu dyrektorów szpitali i ekspertów w dziedzinie zarządzania podkreśla, że dopóki nie zostaną przedstawione szczegóły dotyczące mechanizmów wsparcia przekształcających się szpitali, trudno przesądzić, jakie będą efekty zmian w prawie. Bez pieniędzy – czy też bez korzyści finansowej w postaci uwolnienia od ciężaru długu – samorządy mogą nie być skłonne do podejmowania ryzyka przekształceń czy konsolidacji, w które wpisana jest utrata „części posiadania". Choćby to „posiadanie" dotyczyło nie tyle porodówek budzących najwięcej emocji w dyskusji na temat przekształceń, konsolidacji i likwidacji, co problemów związanych z ich nierentownością. •

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

SAVE A LIFE
ŚWIATOWY ZJAZD
POLONIJNYCH
ŚRODOWISK
MEDYCZNYCH

21–22 listopada 2025 roku

CENTRUM DYDAKTYCZNE
WARSZAWSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO,
UL. KS.TROJDENA 2A, WARSZAWA

PIERWSZY ZJAZD POLONIJNYCH ŚRODOWISK MEDYCZNYCH

Zarejestruj się już dziś!

#SaveaLife2025 #ŚwiatowyZjazdPSM

Szczegóły na stronie Zjazdu:

www.swiatowyzjazdpsm.pl

Organizatorzy

NIL Naczelna Izba Lekarska

Polskie Towarzystwo Lekarskie

Patronat honorowy

Ministerstwo Zdrowia

Prezydent miasta stołecznego Warszawy

Partnerzy

WARSZAWSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY

NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

STOWARZYSZENIE „WSPÓLNOTA POLSKA"

30 lat

KIRM

Zadanie dofinansowane w ramach sprawowania opieki Senatu Rzeczypospolitej Polskiej nad Polonią i Polakami za granicą w 2025 roku

AKTUALNOŚCI

Zjazd, który połączy środowiska medyczne

PROF. DR HAB. N. MED. WALDEMAR KOSTEWICZ

Światowy Zjazd Polonijnych Środowisk Medycznych w Warszawie „Save a life", który odbędzie się 21-22 listopada 2025 r., jest pierwszym w tej formule wydarzeniem w Polsce. Projekt ma na celu promowanie dobrych praktyk w zakresie przedszpitalnego ratowania życia.

Chcę na początku rozwiać wszelkie wątpliwości związane z jego organizacją. Nie będzie on w żadnej mierze konkurencyjnym zjazdem dla cyklicznych Kongresów Polonii Medycznej ani dla Światowych Zjazdów Lekarzy Polskich. Dotyczyć będzie niezwykle istotnych problemów związanych z ratowaniem życia ludzi nie w szpitalach, gdzie mamy zagwarantowaną pomoc fachową, ale przede wszystkim wszędzie tam, gdzie tej pomocy fachowej zwykle nie ma. A więc na ulicy, w aptece, w szkole, a nawet w kościele. Inaczej mówiąc: w miejscach i w zakresie przedszpitalnego ratowania życia.

Formuła zjazdu zachęciła nas do włączenia się w tę zaszczytną akcję. Poza tym – co jest niezwykle ważne – całe przesłanie zjazdu skierowane jest do szeroko rozumianego środowiska medycznego, nie tylko do lekarzy, ale przede wszystkim do ratowników medycznych, pielęgniarek, farmaceutów, rehabilitantów i wielu ludzi, którzy po przeszkoleniu będą mogli pomóc ratować życie ludzkie wszędzie tam, gdzie to jest możliwe, zanim nadejdzie fachowa pomoc.

Organizowany przez Polskie Towarzystwo Lekarskie wspólnie z Naczelną Izbą Lekarską zjazd ze względu na unikatową tematykę już cieszy się dużym zainteresowaniem. Daje nam to przekonanie, że jest duże zapotrzebowanie na takie interdyscyplinarne wydarzenia, o tak innowacyjnej formule i tak ważnej tematyce.

Projekt, który przygotowaliśmy wraz z NIL, ma na celu wymianę doświadczeń oraz dobrych praktyk w zakresie przedszpitalnego ratowania życia – BLS (Basic Life Support) – na podstawie doświadczeń własnych Polaków, reprezentantów zawodów medycznych: lekarzy, pielęgniarek, położnych oraz ratowników, którzy mieszkają za granicą i pracują w różnych systemach ochrony zdrowia w tych krajach. Zjazd ma skupić przede wszystkim wszystkie osoby zaangażowane w ratowanie życia.

fot.: archiwum prywatne

▲ ***Prof. dr hab. n. med. Waldemar Kostewicz*** *jest chirurgiem, prezesem Polskiego Towarzystwa Lekarskiego*

Co do poziomu naukowego, będzie wysoki, a czuwać nad tym będą najlepsi specjaliści z zakresu medycyny ratunkowej zarówno z Polski, jak i innych krajów. Program zakłada, że liczba wykładów będzie minimalna, a zdecydowana większość paneli będzie miała charakter praktyczny i interaktywny z zaangażowaniem uczestników i uwzględnieniem ich własnych doświadczeń.

W programie przewidziane są omówienia systemów ratowania życia funkcjonujące w różnych krajach, metod edukacji dzieci, młodzieży i seniorów w zakresie BLS, prezentacje skutecznego uczenia niemedyków, jak ratować życie, a także prezentacje innowacji w dziedzinie medycyny ratunkowej. Goście Centrum Dydaktycznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego będą mogli również posłuchać o doświadczeniach specjalistów ratujących ludzkie życie w warunkach pola walki.

Dyskusje będą również dotyczyły wykorzystania sztucznej inteligencji w medycynie, profilaktyki i promocji zdrowego stylu życia. Równolegle prowadzone będą przez lekarzy i ratowników ze środowisk polonijnych prezentacje praktyczne oraz szkolenia dla młodzieży z użyciem automatycznych defibrylatorów i resuscytacji.

Zjazd będzie miał interaktywną formę łączącą panele dyskusyjne służące wymianie doświadczeń i zajęcia praktyczne oparte na bogatej i nowoczesnej bazie szkoleniowej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. •

◀ *Szczegóły i informacje będą na bieżąco pojawiać się na stronie*

GAZETA LEKARSKA

AKTUALNOŚCI

Gdańsk stolicą hematologii i transfuzjologii

Ponad tysiąc lekarzy i naukowców z całej Polski spotka się podczas XXXII Zjazdu Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów.

To najważniejsze wydarzenie branżowe poświęcone nowoczesnym metodom diagnostyki i leczenia chorób krwi, które bezpośrednio przekładają się na jakość terapii tysięcy pacjentów, odbędzie się w dniach 23-25 października 2025 r. w Gdańsku. W programie znajdą się prezentacje dotyczące terapii genowych i komórkowych, nowych technologii transfuzjologicznych oraz najnowszych standardów leczenia białaczek, chłoniaków i innych nowotworów hematologicznych. Eksperci omówią także postępy w przeszczepianiu komórek macierzystych i wyzwania związane z dostępnością krwi w polskich szpitalach.

– Spotkanie w Gdańsku będzie okazją do wymiany doświadczeń, pogłębienia wiedzy oraz nawiązania nowych kontaktów zawodowych. Ale naszym celem jest nie tylko wymiana wiedzy między specjalistami, lecz przede wszystkim poprawa skuteczności leczenia i bezpieczeństwa pacjentów. To, o czym będziemy dyskutować w Gdańsku, wkrótce znajdzie zastosowanie w codziennej praktyce klinicznej – podkreśla prof. dr hab. med. Jan Maciej Zaucha, przewodniczący Komitetu Naukowego zjazdu, kierownik Katedry i Kliniki Hematologii i Transplantologii GUMed.

Organizatorzy przypominają, że Gdańsk – miasto wolności, solidarności i trzech laureatów Nagrody Nobla – już raz, 22 lata temu, gościł środowisko hematologów. W 2025 r. ponownie stanie się miejscem kluczowych debat o przyszłości polskiej medycyny.

„Gazeta Lekarska" objęła XXXII Zjazd Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów patronatem medialnym. •

Więcej informacji i rejestracja: zjazd.pthit.pl.

Polskie Towarzystwo Hematologów i Transfuzjologów

XXXII Zjazd Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów

23–25.10 Gdańsk 2025

AMBEREXPO ul. Żaglowa 11

REJESTRACJA:

zjazd.pthit.pl

AKTUALNOŚCI

Konkurs „Zdrowa Przyszłość – Inspiracje" już po raz ósmy

DARIUSZ SZAFRAŃSKI

7 listopada 2025 r. w auli PIM MSWiA w Warszawie odbędzie się Gala Finałowa 8. edycji Konkursu „Zdrowa Przyszłość – Inspiracje" – inicjatywy, która od lat wspiera rozwój nowoczesnych rozwiązań w polskiej ochronie zdrowia.

Na sali zasiądzie ponad 300 przedstawicieli szpitali z całego kraju. Organizatorem i pomysłodawcą wydarzenia jest Idea Trade. Patronat Honorowy nad 8. edycją objęli Narodowy Fundusz Zdrowia, Główny Inspektor Sanitarny, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia oraz Centralny Instytut Ochrony Pracy.

– Konkurs jest unikalną platformą, w której szpitale, fundacje, samorządy oraz firmy komercyjne mogą prezentować swoje innowacyjne projekty i osiągnięcia – mówi Marcin Malinowski z Idea Trade. – Wręczenie statuetek i dyplomów nie jest jednak końcem edycji. Kontynuacją wymiany wiedzy są bowiem wizyty studyjne u laureatów i treści edukacyjne na www.szpitalprzyszlosci.pl.

Celem przedsięwzięcia jest promocja ciągłego doskonalenia jakości usług medycznych, wdrażania działań profilaktycznych, dbałości o bezpieczeństwo pracy oraz troski o środowisko naturalne. Co istotne, udział w konkursie jest bezpłatny.

– Konkurs „Zdrowa Przyszłość – Inspiracje", wizyty studyjne i platforma wymiany wiedzy www.szpitalprzyszlosci.pl to według mnie wzorcowy model współpracy w ochronie zdrowia. Dzięki nim dobre praktyki realnie przekładają się na jakość leczenia pacjentów – podkreśla Michał Szabelski, dyrektor naczelny Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 4 w Lublinie.

– Prawo w Polsce ulega częstym zmianom, a Narodowy Fundusz Zdrowia wielokrotnie w ciągu roku modyfikuje swoje stanowisko w poszczególnych kwestiach. W konsekwencji podmioty lecznicze nie posiadają jednoznacznych wytycznych i różnie interpretują obowiązujące przepisy prawa – dodaje Radosław Skiba, dyrektor Szpitala Specjalistycznego Pro-Familia w Rzeszowie. – Z tego względu wymiana poglądów pomiędzy podmiotami leczniczymi oraz osobami zarządzającymi w obecnych realiach prawnych jest nie tylko potrzebna, ale wręcz niezbędna i ma istotny wpływ na usprawnienie procesu decyzyjnego. Inicjatywa tworzenia platform skupiających ekspertów i praktyków, umożliwiających im wymianę opinii i doświadczeń, stanowi cenne narzędzie wspierające podejmowanie trafnych decyzji.

fot.: archiwum własne

◀ *Celem konkursu jest m.in. promocja doskonalenia jakości usług medycznych*

Dodatkowym elementem są wizyty studyjne u laureatów, organizowane we współpracy z Bankiem Gospodarstwa Krajowego, które pozwalają na bezpośrednie poznanie innowacyjnych rozwiązań w praktyce.

– Takie doświadczenia umożliwiają praktyczną wymianę wiedzy i mogą stanowić istotny drogowskaz w procesie podejmowania decyzji – podkreśla Radosław Skiba. – Szczególnie istotne są spotkania osobiste, podczas których możliwe jest poznanie przesłanek i inspiracji stojących za konkretnymi rozwiązaniami organizacyjnymi, co znacząco ułatwia wdrażanie ich w innych jednostkach.

– To, co dziś jest naszym standardem – robotyzacja, lean management, ESG – w dużej mierze narodziło się z inspiracji programem Bezpieczny Szpital Przyszłości. Dziś sami jesteśmy źródłem dobrych praktyk dla innych placówek. To dowód, że otwartość i współpraca zmieniają system ochrony zdrowia w każdym jego wymiarze – podsumowuje Michał Szabelski.

„Gazeta Lekarska" jest partnerem medialnym wydarzenia. •

KATEGORIE W 8. EDYCJI KONKURSU „ZDROWA PRZYSZŁOŚĆ – INSPIRACJE":

1. **Innowacje w szpitalu – medycyna**
2. **Innowacyjny szpital – zarządzanie**
3. **Bezpieczeństwo i redukcja zdarzeń niepożądanych**
4. **Profilaktyka i popularyzacja zdrowego stylu życia**
5. **Działania na rzecz bezpieczeństwa i zdrowia pracowników**
6. **Innowacyjne rozwiązania i produkty poprawiające jakość życia, zdrowia, dostęp do usług**
7. **Działania na rzecz ochrony zdrowia i środowiska.**

Każdy zgłoszony projekt jest oceniany przez kapitułę składającą się z praktyków i ekspertów ochrony zdrowia, co zapewnia transparentność i rzetelność całego procesu.

Zdrowa Przyszłość Inspiracje

GAZETA LEKARSKA

WAŻNY TEMAT

Wynagrodzenia w impasie. Czy rząd wywiesił białą flagę?

MAŁGORZATA SOLECKA
DZIENNIKARKA

Nie ma decyzji ani o zmianach w kontraktach, ani o nowelizacji ustawy o wynagrodzeniach minimalnych pracowników medycznych. Tymczasem pieniędzy w systemie zaczyna dramatycznie brakować, a pytanie o to, jak zrealizować ustawowe podwyżki i utrzymać szpitale na powierzchni, staje się coraz bardziej palące.

Oficjalnie w sprawie wynagrodzeń nie wiadomo nic. Zespół Trójstronny, który latem miał rozmawiać na temat ewentualnych zmian zasad wynagradzania pracowników medycznych, ugrzązł na mieliźnie. Co prawda, w Ministerstwie Zdrowia przeprowadzono wreszcie – choć z kilkutygodniowym poślizgiem – odpolitycznienie, a minister zdrowia podzieliła się obowiązkami z trojgiem (zamiast pięciorga) zastępców. Wiadomo również, że dialog społeczny nadzoruje wiceminister Katarzyna Kęcka – menedżerka, ale też pielęgniarka z ogromnym zawodowym doświadczeniem. Jednak na tym koniec. Przedstawiciele partnerów społecznych nie kryją zdziwienia: nie ma żadnych sygnałów o wznowieniu rozmów, nie wyznaczono terminu spotkania prezydium, nie mówiąc już o posiedzeniu plenarnym.

MIĘDZY USTAWĄ A REALIAMI

Pozostaje zbieranie strzępków informacji z mniej lub bardziej oficjalnych wypowiedzi. Minister zdrowia podczas spotkania z przedstawicielami samorządu lekarskiego wkrótce po objęciu stanowiska dawała do zrozumienia, że nie przewiduje zmian w umowach cywilnoprawnych, jakie szpitale podpisują z profesjonalistami medycznymi – przede wszystkim lekarzami i pielęgniarkami. Z kolei w wywiadzie dla PAP udzielonym na początku września, komentując bieżącą sytuację finansową systemu ochrony zdrowia, Jolanta Sobierańska-Grenda stwierdziła: – Minister finansów w przyszłorocznym budżecie zwiększył finansowanie ochrony zdrowia o prawie 26 mld zł, jednak jeżeli chcemy realizować ustawę podwyżkową dla pracowników ochrony zdrowia na dotychczasowym poziomie, będziemy potrzebować jeszcze więcej pieniędzy.

„Jednak jeżeli chcemy"? A może jednak – „ponieważ musimy"? Minister zdrowia mogła przekonać prezydenckiego doradcę ds. ochrony zdrowia, prof. Piotra Czaudernę, by Karol Nawrocki nie blokował ustawy o szpitalnictwie. Jednak bardzo mało prawdopodobne – z czego Jolanta Sobierańska-Grenda zdaje sobie sprawę – by prezydent złożył podpis pod zmianami w ustawie, które ograniczałyby skalę podwyżek. Należy więc zakładać, że zmian w ustawie nie będzie. To jednak nie oznacza, że nie będzie zmian w jej realizacji. Wystarczy, że Ministerstwo Zdrowia wybierze wariant minimalny – podwyżki wycen przez AOTMiT finansujące wyłącznie wynagrodzenia dla pracowników wymienionych w tabeli, do wysokości pensji minimalnej. Oczywiście dotyczy to wyłącznie pracowników etatowych. Takie rozwiązanie już latem sygnalizowali szefowie Narodowego Funduszu Zdrowia. Z analiz wynika jednak, że nawet na taki wydatek Funduszu może nie stać bez dodatkowego wsparcia budżetu państwa.

Minimalne wynagrodzenie w ochronie zdrowia od 2022 r. wzrosło o 44,9 proc. – wskazuje AOTMiT. Problem w tym, że system nie jest w stanie udźwignąć skutków podwyżek bez dodatkowego wsparcia budżetu

BUDŻET POD ŚCIANĄ

Wywiad minister zdrowia dla PAP rozpoczęło pytanie, czy ochrona zdrowia jest już bankrutem. Jolanta Sobierańska-Grenda tej tezy nie potwierdziła, ale fakty – i liczby – mówią same za siebie. Podczas posiedzenia sejmowej Komisji Zdrowia, gdy posłowie pytali m.in. o sytuację szpitali powiatowych i stan realizacji ustawy podwyżkowej, przedstawiciele strony rządowej przyznali, że do początku września do płatnika trafiło z budżetu państwa 24,85 mld zł. To blisko 90 proc. zaplanowanej dotacji podmiotowej (i aż 136 proc. wartości pierwotnie przewidzianej na ten rok). Do końca roku pozostaje do wykorzystania jedynie 2,8 mld zł

– mniej niż wynoszą kwartalne wydatki NFZ na świadczenia nielimitowane. Jak podkreśla Wojciech Wiśniewski, ekspert Federacji Przedsiębiorców Polskich i współautor raportów o luce finansowej NFZ do 2028 r., sytuacja jest alarmująca. Co więcej, planowana na 2026 r. dotacja podmiotowa (26 mld zł) jest niższa niż obecnie obowiązujący plan finansowy (27,65 mld zł).

Jak w takich warunkach realizować ustawę o wynagrodzeniach minimalnych, która – zdaniem polityków – odpowiada za eksplozję problemów finansowych płatnika, choć prawdziwym problemem pozostaje niedostateczny poziom wydatków na zdrowie? Wydaje się to niemożliwe, ale równie niemożliwe wydają się zmiany w samej ustawie. Czy rząd w tej sprawie wywiesił już białą flagę? Nie jest to przesądzone. We wrześniu media rzadziej podejmowały temat zarobków lekarzy, ale politycy obozu rządzącego nie zapomnieli o obietnicach premiera dotyczących poprawy sytuacji pacjentów – „na pewno nie lekarzy".

Krystyna Skowrońska (KO), komentując zmiany personalne w resorcie zdrowia, chwaliła odpolitycznienie ministerstwa, tłumacząc, że polityka powinna zejść na dalszy plan, bo problemów w ochronie zdrowia jest zbyt wiele. Posłanka, która zasiada w Komisji Finansów Publicznych, podkreślała konieczność uporządkowania funkcjonowania szpitali oraz wynagrodzeń medyków – zwłaszcza kontraktowych. – W niektórych podmiotach wynagrodzenia to prawie 100 proc. kontraktu. Z nadzieją czekamy na koncepcję pani minister, by pilne problemy systemu rozwiązać. Tym priorytetem powinna być właśnie sprawa bilansowania się szpitali – mówiła w rozmowie z „Rynkiem Zdrowia". Koncepcja ta miała zostać zaprezentowana 10 września, ale konferencję odwołano ze względu na nadzwyczajne posiedzenie rządu po incydencie z rosyjskimi dronami. Przedstawienie propozycji przesunięto na koniec miesiąca – na posiedzenie sejmowej Komisji Zdrowia.

KWADRATURA KOŁA

Pytanie, jak to zrobić, czyli jak rozwiązać kwadraturę koła z wynagrodzeniami, pozostaje otwarte. Odpowiedzi próbowano szukać podczas wrześniowej dyskusji towarzyszącej obchodom 20-lecia Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. „Jak liczyć wynagrodzenia dla medyków? Praktyka i doświadczenie AOTMiT" – brzmiał tytuł panelu, w którym prezes Agencji Daniel Rutkowski podkreślał, że jakość danych dotyczących kosztów pracy w ochronie zdrowia się poprawia. – Te dane powinny być coraz bardziej adekwatne do ustalania zapotrzebowania systemu na finansowanie skutków wzrostu minimalnego wynagrodzenia w ochronie zdrowia – mówił Rutkowski. Najlepiej opracowane są dane dotyczące szpitali, najsłabiej – POZ i stomatologii.

fot.: x.com MZ_GOV_PL

◀ ***Jolanta Sobierańska-Grenda*** *nie potwierdziła w wywiadzie dla PAP, że ochrona zdrowia jest bankrutem*

Rutkowski wskazał, że minimalne wynagrodzenie zasadnicze w ochronie zdrowia od 2022 r. wzrosło o 44,9 proc. Agencja dobrze radzi sobie ze zbieraniem informacji o płacach pracowników etatowych, ale znacznie słabiej – w przypadku kontraktów. Problemem jest brak podstawy prawnej, by AOTMiT mogła systemowo przetwarzać dane pozyskiwane od podmiotów medycznych i agregować informacje o kontraktach pracowników w różnych placówkach. To jedna z propozycji zmian, jakie eksperci Federacji Przedsiębiorców Polskich przedstawili kilka miesięcy temu podczas prac Zespołu Trójstronnego.

Podczas tej samej dyskusji Filip Nowak, prezes NFZ, oceniał, że ustawa o wynagrodzeniach minimalnych spełniła swój cel, bo „w większości przypadków te minimalne wynagrodzenia są już godne w porównaniu z wysokością sprzed ustawy". Wskazał jednak na problem „kominów płacowych", czyli ekstremalnie wysokich wynagrodzeń, które – jego zdaniem – trzeba kontrolować. – Aby spróbować zapanować nad tymi wysokimi wynagrodzeniami, potrzebna jest dyskusja i wiedza, bo trudno podejmować regulacje, nie mając pełnego obrazu sytuacji – zaznaczył Nowak.

KONSOLIDACJA ZAMIAST KOLEJNYCH REGULACJI

Z wypowiedzi szefa NFZ oraz minister Sobierańskiej-Grendy można wnioskować, że duże nadzieje na opanowanie wzrostu wynagrodzeń wiązane są nie z regulacjami, lecz z konsolidacją, którą samorządy przeprowadzą na podstawie znowelizowanej ustawy o świadczeniach. Ministerstwo Zdrowia koncentruje się na „racjonalizacji miejsc udzielania świadczeń" – mówił Filip Nowak. Konsolidacja i przekształcenia mają uporządkować system i przynajmniej częściowo obniżyć popyt na specjalistów – zwłaszcza tych najbardziej pożądanych, a więc najdroższych.

O sensownej konsolidacji i potrzebie stworzenia lekarzom oraz innym medykom bezpiecznych i satysfakcjonujących warunków pracy mówił także Łukasz Jankowski, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej. – Jak sprawić, by lekarze i pielęgniarki zarabiali godnie, a system był funkcjonalny? A może należy zapytać, jak uniknąć sytuacji, w której podmioty lecznicze muszą konkurować o kadrę wynagrodzeniami? Albo inaczej – jak skonsolidować bazę szpitalną, aby lekarz mógł pracować w jednym miejscu, na jednym etacie i zarabiać godnie? 30 proc. lekarzy mówi dziś, że gdyby wprowadzić na etacie trzy średnie krajowe dla specjalisty, zeszliby z kontraktów – przypomniał. •

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

GAZETA LEKARSKA

PRAWO I MEDYCYNA

Teleporada i cztery lata postępowań

Zaangażowanie w pracę poprzez grzecznościowe podanie prywatnego numeru telefonu naraziło lekarza na skargę rozżalonej rodziny chorego i kilkuletnie postępowania przed wieloma instytucjami.

ZBIGNIEW KUZYSZYN
NACZELNY RZECZNIK ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ

W czasie pandemii COVID-19 teleporada była istotnym elementem funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej. Z tej formy kontaktu z lekarzem korzystali nie tylko pacjenci, ale również ich bliscy. Zgodnie z komentarzem do art. 9 nowego Kodeksu Etyki Lekarskiej, opracowanym przez Komisję Etyki Lekarskiej Naczelnej Izby Lekarskiej, „o tym, która forma świadczenia będzie właściwa dla rozwiązania problemu zdrowotnego, z którym zgłasza się pacjent, decyduje lekarz, uwzględniając (…) preferencje i wolę pacjenta".

SKARGA RODZINY

W pierwszym roku pandemii rodzina pacjenta zmarłego na COVID-19 złożyła skargę na lekarza podstawowej opieki zdrowotnej do szeregu instytucji, zarzucając mu, że odmówił przyjazdu do chorego w ramach wizyty domowej lub nie wezwał w ich imieniu zespołu ratownictwa medycznego. Zawiadomiono okręgową izbę lekarską, rzecznika praw pacjenta, wojewódzką komisję do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, Narodowy Fundusz Zdrowia i prokuraturę.

Werdykty poszczególnych instytucji były różne:

- rzecznik praw pacjenta potwierdził naruszenie praw pacjenta i wydał dla jednostki podstawowej opieki zdrowotnej zalecenie dotyczące „opracowania procedur udzielania teleporady i wizyt osobistych, postępowania w przypadku podejrzenia odwodnienia oraz zapoznania się z wytycznymi konsultantów krajowych w zakresie objawów, diagnozowania, leczenia i sposobów postępowania w przypadku pacjentów, u których zachodzi podejrzenie zachorowania na COVID-19";
- zdaniem wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych nie zostały spełnione przesłanki wymagane do stwierdzenia zdarzenia medycznego skutkującego wypłatą zadośćuczynienia;
- postępowanie karne nie zostało jeszcze zakończone;
- oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia przekazał skargę do rozpatrzenia przez pion odpowiedzialności zawodowej okręgowej izby lekarskiej;
- Naczelny Sąd Lekarski uniewinnił lekarza.

W toku postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej przed organami izby lekarskiej okazało się, że pacjent nie życzył sobie kontaktu z lekarzem rodzinnym. Inicjatywa zasięgnięcia porady u lekarza wyszła ze strony najbliższych zaniepokojonych chorobą męża i ojca. Wykorzystano przy tym prywatny numer telefonu komórkowego lekarza rodzinnego. Dzwoniono i wysyłano do niego SMS-y poza godzinami pracy i w dni wolne.

UNIEWINNIENIE PRZED SĄDEM

Naczelny Sąd Lekarski uznał, iż postępowanie lekarza nie nosiło znamion zawinionego naruszenia zasad wykonywania zawodu lekarza z należytą starannością. Przedstawione w ramach teleporady objawy nie były alarmujące. Skład orzekający w Naczelnym Sądzie Lekarskim zauważył, że dyspozytor ratownictwa medycznego jeszcze dzień przed zgonem chorego także nie widział wskazań do interwencji w trybie nagłym. W uzasadnieniu orzeczenia Naczelny Sąd Lekarski zwrócił uwagę, że gwarantem opieki w godzinach nocnych, dni wolne i świąteczne są nocna i świąteczna opieka zdrowotna oraz system ratownictwa medycznego. Podkreślono, że umożliwienie kontaktu poza godzinami normalnej ordynacji było ze strony niesłusznie obwinionego lekarza przejawem zrozumienia trudnej sytuacji pacjentów w okresie pandemii.

Zaangażowanie w pracę poprzez grzecznościowe podanie prywatnego numeru telefonu naraziło lekarza na skargę rozżalonej rodziny chorego skutkującą rozpoczęciem szeregu postępowań ze strony wielu instytucji, zanim został po ponad czterech latach oczyszczony z zarzutów.

Niestety, nie można mówić o ostatecznym zamknięciu sprawy, gdyż ciągle toczy się postępowanie karne, a od prawomocnego orzeczenia sądu lekarskiego II instancji możliwe jest wniesienie kasacji przez stronę pokrzywdzoną. •

PODATKI I FINANSE

Czy warto inwestować w złoto? (cz. 2)

MARIUSZ TOMCZAK
DZIENNIKARZ

Nie należy kupować kruszcu za wszystkie oszczędności. Warto też być przygotowanym na długie lata, gdy nie będzie wygrywało z inflacją lub zachowywało się znacznie gorzej niż np. rynek akcji.

Od setek lat złoto rozpala ludzką wyobraźnię, wzbudzając niesłabnące pożądanie na całym świecie. Dla wielu osób jest symbolem zamożności i odporności na inflację.

W ostatnich miesiącach nagłówki wielu artykułów krzyczą, że złoto jest „rekordowo drogie", „znajduje się w pobliżu historycznych szczytów" lub „osiąga historyczne maksima". Że jego notowania winduje niepewność i strach, a kapitał szuka „bezpiecznej przystani". I że to „jeszcze nie koniec wzrostów", obecny „rajd cen" ma dalej trwać, a „prognozy są optymistyczne".

POWÓD DO ZADOWOLENIA

Polska dysponuje największymi rezerwami złota w regionie. W czerwcu 2025 r. Narodowy Bank Polski (NBP) poinformował o zgromadzeniu na koniec poprzedniego miesiąca 515,5 ton złota i zrealizowaniu strategii zakładającej zwiększenie jego udziału do 20 proc. ogółu rezerw. Tym samym Polska zajęła 12. pozycję wśród banków centralnych posiadających największe rezerwy złota, wyprzedzając m.in. Europejski Bank Centralny (EBC), czyli bank centralny strefy euro, i znacznie od nas zamożniejszą Wielką Brytanię.

NBP traktuje złoto jako strategiczny element aktywów rezerwowych naszego państwa, podkreślając, że nie stanowi ono niczyjego zobowiązania. „Nie jest obarczone ryzykiem kredytowym, a cechy fizyczne zapewniają jego trwałość i praktycznie niezniszczalność. Złoto utrzymuje wartość realną w długim okresie i zazwyczaj rośnie w warunkach podwyższonego ryzyka kryzysów finansowych czy politycznych" – czytamy na stronie internetowej nbp.pl.

TUŻ ZA DOLAREM

W ostatnich latach liczne banki centralne zaczęły gromadzić złoto na nieobserwowaną od dłuższego czasu skalę. Jak informuje EBC, w 2024 r. stanowiło ono ok. 1/5 światowych oficjalnych rezerw i stało się drugim najważniejszym aktywem rezerwowym po dolarze amerykańskim, wyprzedzając m.in. euro.

Na początku września 2025 r. „królewski metal" przekroczył psychologiczną barierę – cena jednej uncji wzrosła do 3,5 tys. dolarów. Prawdopodobnie banki centralne wciąż będą nabywać kolejne sztabki w celu dywersyfikacji swoich rezerw. W debacie publicznej mówi się, że to m.in. efekt napięć geopolitycznych i obaw o nadmierne zadłużenie państw Zachodu, w tym Stanów Zjednoczonych.

NIE NA JEDNĄ KARTĘ

Nieprzypadkowo dużo uwagi poświęcam rosnącemu popytowi ze strony wielu banków centralnych, ponieważ w mediach jest wiele materiałów – nierzadko w tonie sensacyjnym – na ten temat. Warto jednak pamiętać, że nie stawiają one wszystkiego na jedną kartę, gromadząc tylko i wyłącznie kruszec.

Do podstawowych zasad w inwestowaniu należy dywersyfikacja, czyli unikanie inwestowania zbyt dużej ilości kapitału w jedną klasę aktywów. Z punktu widzenia zarządzania ryzykiem błędem jest ulokowanie 100 proc. nadwyżek finansowych w złoto, tak jak np. kupno za wszystkie oszczędności nieruchomości na wynajem. Być może w kolejnych kilku czy kilkunastu latach złoto przyniesie dobre stopy zwrotu, ale tego nie wie nikt. Przyszłość jest nieznana.

CIERPLIWOŚĆ POPŁACA

W poprzednim numerze „Gazety Lekarskiej" napisałem, że inwestować w złoto trzeba z głową. Nie należy zatem kupować kruszcu za wszystkie oszczędności i warto być mentalnie przygotowanym na naprawdę długie lata, kiedy nie wygrywa z inflacją lub zachowuje się znacznie gorzej niż rynek akcji. Poza tym należy zdawać sobie sprawę z tego, że notowania „królewskiego metalu" – przynajmniej tak było dotychczas – charakteryzuje duża zmienność.

„Wielu ekspertów rynku złota sugeruje, jakoby gwarantowało ono zysk i pobicie inflacji niezależnie od okresu inwestycji. Nie jest to prawda, bo złoto miało bardzo długie okresy, w których ani nie pobijało inflacji, ani nie oferowało żadnego nominalnego zysku, a mianowicie: złoto było od 01.1980 do 07.2007 (333 miesiące, czyli prawie 28 lat) na minusie, kolejno złoto było od 08.2011 do 07.2020 (108 miesięcy, czyli prawie 9 lat) na minusie" – pisze Mateusz Samołyk, autor bloga i podcastu Inwestomat. I dodaje, że notowania złota przypominają „zmienny i rozkapryszony indeks akcji".

GAZETA LEKARSKA

Lekceważenie stomatologii się nie opłaca

Ministerstwo Zdrowia z zaskakującą niechęcią przyjmuje postulaty ekspertów Rady ds. Rozwoju Stomatologii, czyli… swojego własnego organu doradczego.

PAWEŁ BARUCHA
WICEPREZES NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

Samorząd lekarski przejmuje kierowanie ministerialnym zespołem ds. rozwoju stomatologii. Ponownie zajmować się będziemy palącymi problemami dotyczącymi polskiej stomatologii. W tym miejscu muszę przypomnieć, że w skład zespołu wchodzą również konsultanci krajowi, przedstawicielka NFZ, uczelni medycznych, AOTMiT, czyli ludzie na co dzień związani ze stomatologią. Proponowane przez Radę rozwiązania są więc maksymalnie dopracowane i bardzo merytoryczne.

Niestety, wciąż zderzamy się z problemem niechęci do wdrażania proponowanych przez nas rozwiązań. Jesteśmy ciałem doradczym Ministerstwa Zdrowia i – jak się wydaje – resort powinien opierać się na wypracowanych wspólnie rozwiązaniach, a przynajmniej je uwzględniać. Tymczasem przy podejmowaniu decyzji końcowej mimo jasnego stanowiska Rady urzędnicy zazwyczaj wybierają inną drogę.

Takie postępowanie powoduje mnóstwo niepotrzebnego zamieszania i chaosu. Przykładem jest noworoczne rozporządzenie, które wprowadziło zmiany w zasadach stosowania znieczulenia ogólnego w stomatologii. Efekt jest taki, że teraz trzeba pilnie naprawić przepisy.

Mimo bardzo ciężkiej współpracy, a właściwie „pseudowspółpracy", z ministerstwem istnienie Rady jest niezbędne. Najprościej byłoby po prostu machnąć ręką na urzędników. Ale Rada jest obecnie jedyną platformą otwartej dyskusji z resortem w sprawach stomatologii.

Trzeba pamiętać, że nie ma w resorcie innej komórki zajmującej się tylko stomatologią. Nadal próbuje się nas traktować jako „poprawiaczy uśmiechu", a nie przedstawicieli ważnej dziedziny medycyny, którzy wykrywają choroby ogólnoustrojowe i mają istotny wkład w ich leczenie. Dlatego będziemy – mimo wszystko – nadal przekonywać Ministerstwo Zdrowia do naszych dobrych rozwiązań. •

Nowa organizacja, kierowana przez prof. Teresę Sierpińską, chce nie tylko integrować środowisko, ale też promować nowoczesne rozwiązania i współpracować z europejskimi partnerami. Do członkostwa zaprasza wszystkich lekarzy dentystów – bez względu na specjalizację.

SEKCJA TO ZA MAŁO

Do tej pory protetycy działali w ramach Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, gdzie tworzyli sekcję. Jak wspominają, dawało im to ograniczone możliwości. Myśl o niezależności kiełkowała od dawna, a przełomowym momentem była konferencja Europejskiego Towarzystwa Protetycznego w ubiegłym roku. – Nasi koledzy i koleżanki stwierdzili wtedy, że czas się zjednoczyć i stworzyć własne stowarzyszenie. Chodziło nie tylko o wspólne kształcenie, ale też o możliwość wejścia do europejskiej wspólnoty – mówi prof. Teresa Sierpińska. – To nie oznacza zerwania z PTS, ale chcemy działać inaczej – dodaje.

Decyzja o powołaniu Polskiego Towarzystwa Protetyki Stomatologicznej zapadła w czerwcu 2025 r. podczas IX Mazowieckich Spotkań Stomatologicznych w Serocku. 51 członków założycieli przyjęło statut, wybrało zarząd i zobowiązało go do rejestracji organizacji w sądzie.

OFICJALNY START I AMBITNE CELE

2 września Sąd Rejonowy w Białymstoku wpisał PTPS do Krajowego Rejestru Sądowego. Zgodnie ze statutem cele nowego towarzystwa obejmują m.in.:

- reprezentowanie środowiska polskich lekarzy dentystów i specjalistów protetyki stomatologicznej,
- działalność publiczną na rzecz ochrony i promocji zdrowia społeczeństwa,
- rozwój i integrację działalności naukowej w dziedzinie protetyki dentystycznej,
- promowanie i udział w doskonaleniu zawodowym lekarzy i pracowników ochrony zdrowia oraz prowadzenie różnych form działalności edukacyjnej i szkoleniowej,
- kształtowanie właściwych postaw społecznych i etyki zawodowej oraz integracja środowiska,
- współdziałanie z parlamentem, organami administracji państwowej

PRAKTYKA LEKARSKA

Na własnych nogach

ARTUR PEDRYC
DZIENNIKARZ

Specjaliści protetyki stomatologicznej uniezależnili się od Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego i powołali własną organizację. Polskie Towarzystwo Protetyki Stomatologicznej, zarejestrowane 2 września 2025 r., chce rozwijać edukację.

i samorządowej, mediami oraz innymi podmiotami i organizacjami w usprawnianiu opieki w zakresie protetyki dentystycznej.

Siedzibą PTPS jest Białystok – ul. M. Curie-Skłodowskiej 24a, w budynku Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego. Zarząd tworzą: prof. Teresa Sierpińska (prezes), Piotr Stendera (wiceprezes), Marcin Chorzewski (skarbnik), Beata Śmielak (sekretarz), a także Aneta Wieczorek, Monika Łukomska-Szymańska i Bohdan Bączkowski.

fot.: Artur Pedryc

◀ *Zarząd nowego Polskiego Towarzystwa Protetyki Stomatologicznej*

INSPIRACJE Z EUROPY

Nowa organizacja chce działać według wzoru Europejskiego Towarzystwa Protetycznego, z którym planuje bliską współpracę.

– Chcemy aktywizować polskich protetyków i zapewniać im dostęp do wiedzy opartej na dowodach naukowych – podkreśla prof. Sierpińska. – Chcemy to robić poprzez webinary, które sami będziemy organizować (pierwszy ma się odbyć jeszcze w tym roku – przyp. red.), ale także umożliwiając naszym członkom uczestnictwo w webinarach prowadzonych przez Europejskie Towarzystwo Protetyczne – dodaje.

Jeszcze w tym roku odbędzie się pierwszy webinar PTPS, a w czerwcu 2026 r. – inauguracyjna konferencja naukowa w Poznaniu. Będzie składać się z trzech sesji: wykładowej dla praktyków, klinicznej z opisami przypadków oraz naukowej, w której młodzi lekarze z uniwersytetów medycznych zaprezentują swoje badania. Towarzyszyć jej mają praktyczne warsztaty prowadzone przez uznanych specjalistów.

OTWARTE DRZWI

Członkiem PTPS może zostać każdy lekarz dentysta – nie trzeba mieć specjalizacji.

– Jesteśmy szczególnie otwarci na młodych lekarzy, którzy chcą poszerzać swoje horyzonty i zdobywać specjalistyczną wiedzę. Duży nacisk będziemy kłaść na pokazywanie najnowszych zdobyczy nauki i tego, jak można je wykorzystać w praktyce – mówi prezes. Rejestracja członków ruszy wkrótce w formie elektronicznej, poprzez stronę internetową towarzystwa.

Osoby zainteresowane przystąpieniem do PTPS już wkrótce będą mogły zgłaszać chęć akcesji.

– Uruchomimy możliwość zapisania się do towarzystwa, ale chcemy to zrobić w wersji elektronicznej. Obecnie czekamy jeszcze na stworzenie strony internetowej, na której zostaną zamieszczone wniosek i deklaracja członkowska. Przewidujemy, że nastąpi to w ciągu najbliższych tygodni – zapowiada zarząd towarzystwa.

SKŁADKA SYMBOLICZNA, KORZYŚCI REALNE

Członkostwo wiąże się z roczną składką w wysokości 100 zł. W zamian PTPS oferuje m.in. bezpłatny udział w webinarach, zniżki na konferencje i rabaty na warsztaty.

– Naszym celem nie jest zysk. Środki na działalność będziemy pozyskiwać z zewnątrz, a nie z kieszeni naszych członków – zapewnia prof. Sierpińska.

Założycielom Polskiego Towarzystwa Protetyki Stomatologicznej kibicuje lek. dent. Paweł Barucha, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej.

– To dobrze, że powstało kolejne towarzystwo naukowe zrzeszające dentystów. W mojej opinii to najlepszy dowód na to, że polska stomatologia dotrzymuje kroku współczesnej medycynie – uważa Paweł Barucha. – Ponadto każda inicjatywa, dzięki której lekarze mogą poszerzać swoją wiedzę, jest cenna, zasługuje na uznanie i wsparcie. Szczególnie cieszy mnie to, że Polskie Towarzystwo Protetyki Stomatologicznej zrzesza nie tylko specjalistów, ale jest otwarte dla wszystkich stomatologów, także tych, którzy nie posiadają specjalizacji. Jeśli samorząd, który mam zaszczyt reprezentować, będzie mógł w jakiś sposób wesprzeć działania nowo powstałego towarzystwa naukowego, to oczywiście deklaruję chęć takiej pomocy – zapewnia wiceprezes Paweł Barucha. ●

Po co farmaceutom jachty

Gorąca dyskusja o wydatkowaniu środków z Krajowego Planu Odbudowy – od inwestycji w hotele i restauracje po zakupy luksusowych jachtów – pokazała, jak bardzo nierówno traktowane są różne sektory gospodarki.

MARIUSZ POLITOWICZ
CZŁONEK NACZELNEJ RADY APTEKARSKIEJ

Gdy w sierpniu 2025 r. przez media, również społecznościowe, przetoczyła się dyskusja o potężnych funduszach z KPO, zwłaszcza na segment HoReCa (hotele, restauracje, catering), wielu z nas ze zdziwienia przecierało oczy. Ja również.

Przyczyny są znane chyba wszystkim. Szokująca niefrasobliwość w wydawaniu ogromnych kwot, choć najprawdopodobniej będąca pochodną regulaminu. Wisienką na tym bogatym torcie była „dywersyfikacja dochodów" pod postacią zakupu jachtów.

W zasadzie na tym mógłbym skończyć. Gdy się patrzy na świat przez pryzmat polskiej ochrony zdrowia, łatwo zatracić dystans do otaczającej rzeczywistości.

A przecież są w niej inne branże, w których pracują ludzie chcący zarabiać. „Żołądki mamy równe", prawda?

Chyba jednak należałoby dokonać analizy, kto i dlaczego stworzył warunki do tak specyficznie łatwego dostępu do bądź co bądź publicznych pieniędzy? Na szczęście nie jest to moją rolą. Za to mam swoje obowiązki, których liczba rośnie.

Jako gruntownie wykształcony farmaceuta jestem: chemikiem, biochemikiem, matematykiem, fizykiem, botanikiem, farmakologiem oraz trochę parazytologiem. Oprócz tego dość mocno musiałem poznać zasady poprawnej legislacji oraz postępowania przed sądami administracyjnymi, a nawet cywilnymi. Baza danych o produktach i opakowaniach oraz o gospodarce odpadami (BDO) i ich utylizacja, szczególnie w kontekście odpadów niebezpiecznych (strzykawki, igły, szczepionki itd.) nie ma dla mnie tajemnic.

Komputery i e-recepta to już drobiazgi niewarte wspominania. „Farmaceuta to ktoś, kto rozwiązuje problemy, o których nie masz pojęcia, w sposób, którego nigdy nie zrozumiesz".

Pożartowaliśmy. Pora wrócić do rzeczywistości.

Gdy po przemianach ustrojowych z 1989 r. apteki się sprywatyzowały, jednym ze skutków była ich komputeryzacja. Nastąpiła tak szybko, że reszta polskiej ochrony zdrowia mogła tylko spoglądać z niedowierzaniem, a nawet z zazdrością. Gdy jednak komputery zawitały do szpitali i gabinetów lekarskich, szybko się okazało, że ich możliwości i zakres zastosowania są daleko w tyle za aptecznymi. Powodów jest wiele, ale dwa największe są łatwe do identyfikacji.

Pierwszy: zamawiający, np. szpital, nie do końca wiedział, do czego miałby używać komputerów. Może nie tyle sam szpital, co pani Jadzia z księgowości. Drugi: brak zunifikowanych warunków, które musiałyby być spełnione, aby e-dokumentacja medyczna mogła być wymieniana pomiędzy oddziałami szpitalnymi lub gabinetami a resztą podmiotów, w tym (częściowo) NFZ i aptekami.

Kluczowe stały się lata 2019/2020, wchodziła w życie e-recepta. Dla jej uruchomienia potrzebne były nowe komputery i określone przepisami oprogramowanie.

Resortowi zdrowia bardzo zależało na jej wprowadzeniu, więc szpitalom i lekarzom przedstawił znaczące zachęty finansowe. Według dziennika „Rzeczpospolita" z 14 sierpnia 2018 r. na informatyzację gabinetów rząd zaoferował 50 mln zł. Z kolei w 2020 r. rząd dla tych samych podmiotów przeznaczył kolejne 100 mln na software i hardware.

Na początku transformacji ustrojowej nikt w rządzie nie pomyślał o wspieraniu komputeryzacji aptek, bo „to wolny rynek, więc dbajcie o siebie sami". Jednak gdy jako farmaceuci dopominaliśmy się o brak przymusu niepłatnych (!) dyżurów nocnych i świątecznych, w odpowiedzi słyszeliśmy, że „z misji społecznej aptek wynika obowiązek dyżurowania".

W przypadku wdrażania e-recept w aptekach było nieco inaczej. Wydatki na software i hardware można było odliczyć od opodatkowania w podwójnej ich wartości. Mnie się nie udało, bo rok przed wejściem w życie przepisów wymieniłem komputery na nowocześniejsze… Jak widać, nie warto – z przyczyn fiskalnych – być w awangardzie zmian.

A co z aptekami w kontekście KPO? „Inwestujemy w Twoje zdrowie – 18 mld zł z KPO realnym wsparciem dla pacjentów i placówek w całej Polsce" – ogłaszało Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej.

Pieniądze z KPO, w tym na transformację cyfrową, dostały lub dostaną szpitale, placówki medyczne, naukowe i uczelnie. Łącznie 18 mld PLN. Dla aptek nie przewidziano dotacji. Ani „dywersyfikacji". Po co farmaceutom jachty? Resztę kupią z własnych funduszy. •

GAZETA LEKARSKA

PRAKTYKA LEKARSKA

Gdy potrzeba więcej niż jednego narządu

LIDIA SULIKOWSKA
DZIENNIKARKA

Równoczasowe transplantacje wielonarządowe to ogromne wyzwanie logistyczne wymagające perfekcyjnie skoordynowanych działań, a także dużo szczęścia, bo trudno znaleźć idealnego dawcę. Dla niektórych pacjentów są jedyną szansą na życie.

W Polsce co roku przeprowadza się do kilkudziesięciu jednoczasowych transplantacji dwunarządowych. Z danych publikowanych w biuletynach informacyjnych Poltransplantu wynika, że w ubiegłym roku było ich około 50, dwa lata temu 37, a trzy lata temu 25. Do końca sierpnia tego roku wykonano ponad 30 takich zabiegów. Są one szansą dla pacjentów, którzy cierpią z powodu skrajnej niewydolności więcej niż jednego narządu i przeważnie nie mogą mieć przeszczepionego najpierw jednego organu, a potem drugiego, bo ich organizm by tego nie wytrzymał. Ponadto narządy przeszczepiane jednoczasowo pochodzą od tego samego dawcy, co zmniejsza ryzyko odrzucenia przeszczepu. Przy tego typu operacjach kluczowa jest odpowiednio przeprowadzona kwalifikacja pacjenta. Wyzwaniem jest też sama organizacja logistyczna.

Najwięcej wykonuje się transplantacji w konfiguracji: nerka z trzustką. Według danych Poltransplantu w ubiegłym roku było ich 32, rok wcześniej 24, a trzy lata temu 18. Specjalizują się w nich Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus UCK Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego oraz Państwowy Instytut Medyczny MSWiA. Do pierwszej udanej operacji doszło w Polsce w lutym 1988 r. pod kierunkiem prof. Jacka Szmidta w Warszawie, 22 lata po tym, gdy zrobiono to po raz pierwszy na świecie (Minnesota, USA).

Kto potrzebuje równoczasowej transplantacji nerki i trzustki? – To głównie pacjenci z cukrzycą typu 1 z uszkodzonymi nerkami. Najoptymalniej jest przeszczepić obydwa narządy, ponieważ wymiana samej nerki nie wyleczy przyczyny, która doprowadziła do niewydolności tego narządu – tłumaczy prof. Wojciech Lisik, specjalista chirurgii ogólnej i onkologicznej oraz transplantologii klinicznej z Kliniki Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Specjalista podkreśla, że trzustka jest bardzo wrażliwym narządem, a dodatkowo trzeba ją przeszczepiać z fragmentem jelita, co stwarza wysokie ryzyko odrzucenia przeszczepu.

> Serce dobiera się według wagi, płuca według wzrostu. W przypadku przeszczepień wielonarządowych kluczowa jest nie tylko chirurgiczna precyzja, ale i znalezienie idealnego dawcy

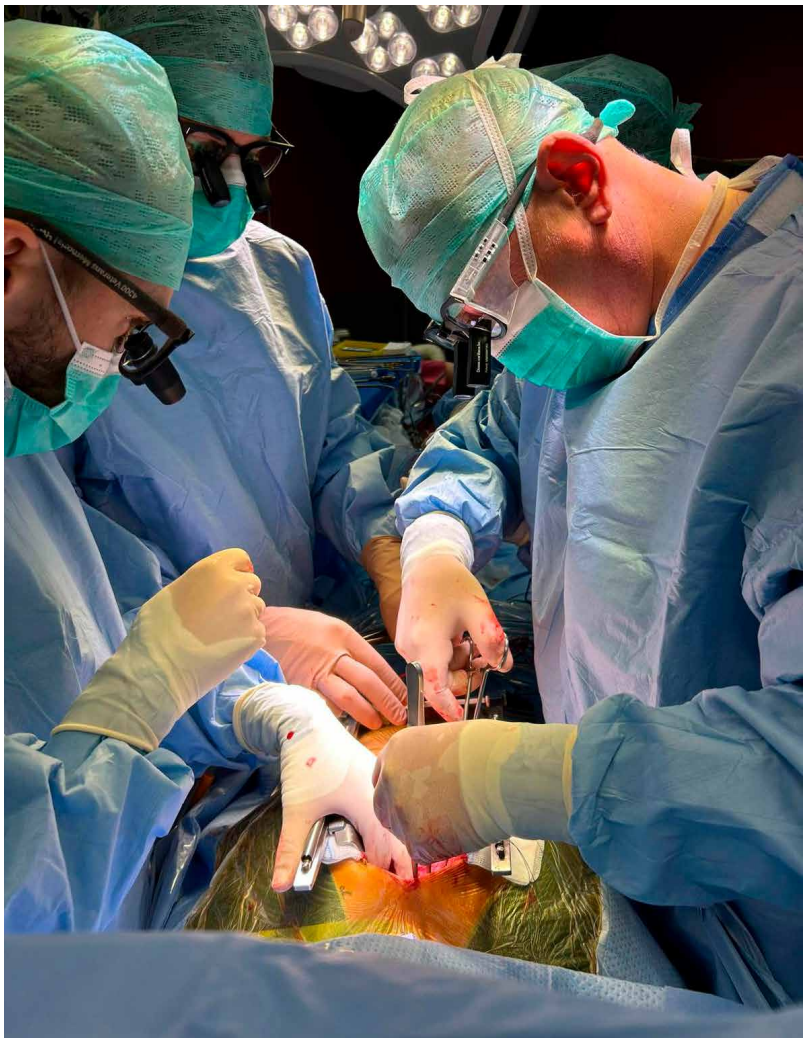
– Po powrocie ze stypendium transplantacyjnego i zebraniu doświadczeń z zagranicznych ośrodków transplantacyjnych opracowałem dość nietypowy sposób przygotowania trzustki do przeszczepienia, a także zoptymalizowałem leczenie immunosupresyjne dobrane indywidualnie do pacjenta i pod konkretny narząd. To bardzo poprawiło nasze wyniki. Praktycznie wyeliminowaliśmy śmiertelność okołooperacyjną i wczesną po zabiegu operacyjnym. W zasadzie każdy chory już w kilka godzin po przeszczepieniu trzustki może odstawić insulinę – mówi prof. Lisik.

Drugie pod względem liczby są jednoczasowe transplantacje wątroby i nerki. Doświadczenie w ich przeprowadzaniu ma kilka ośrodków, w tym Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie, UCK Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, a także Centrum Zdrowia Dziecka – miejsce, gdzie wykonano tę procedurę po raz pierwszy w Polsce (2000 r. pod kierunkiem prof. Piotra Kalicińskiego). Jeśli chodzi o równoczasowe przeszczepienia wielonarządowe w innych wariantach, są one zdecydowanie rzadziej wykonywane.

PŁUCA I TRZUSTKA DLA PACJENTA Z MUKOWISCYDOZĄ

W połowie maja w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrzu z sukcesem przeprowadzono drugie w historii polskiej medycyny równoczasowe przeszczepienie płuc i wątroby. Zabieg wykonały zespoły transplantacyjne SCCS oraz Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. A. Mielęckiego w Katowicach. Najpierw specjaliści z Katowic przeszczepili pacjentowi wątrobę, następnie zespół SCCS płuca. Operowano 47-latka chorującego na tętnicze nadciśnienie płucne oraz marskość wątroby. Do transplantacji doszło po 18 miesiącach od momentu wpisania chorego na listę oczekujących Poltransplantu.

– Taka operacja jest zawsze wyzwaniem dla zespołów, nie mówiąc już o wyzwaniu dla pacjenta, który



fot.:SCCS

▶ *Przeszczepienia wielonarządowe wymagają zgrania pracy kilku zespołów chirurgów*

musi być bardzo wystraszony. To było przeszczepienie wątroby i płuc ze szczególnego wskazania. Przyczyną było pierwotne nadciśnienie płucne, które generalnie jest przeciwwskazaniem do przeszczepienia wątroby. Jeżeli jest to jednak łączony przeszczep, kiedy likwidujemy również nadciśnienie płucne, wtedy jest jedyna szansa na powrót do zdrowia dla pacjenta – tłumaczył prof. Robert Król ze szpitala im. A. Mielęckiego w Katowicach (który kierował zespołem przeszczepiającym wątrobę) w komunikacie opublikowanym miesiąc po wykonanej operacji. Jak informuje SCCS, równoczasowe przeszczepienia płuc i wątroby są bardzo rzadko wykonywane – rocznie dochodzi do niewielu takich zabiegów na świecie, głównie w USA i Niemczech. W Polsce pierwszy raz udało się to w 2019 r., również za sprawą zabrzańsko-katowickiego duetu. Pacjentem był młody chłopak chorujący na mukowiscydozę.

W kraju płuca przeszczepiano już także równoczasowo z sercem, a także z nerką. W przypadku tej pierwszej konfiguracji po raz pierwszy udany zabieg wykonano w 2001 r. w SCCS pod kierunkiem prof. Mariana Zembali. Z danych Poltransplantu wynika, że w latach 2007-2021 takich zabiegów nie wykonywano. W ostatnich latach zaczęto je przeprowadzać w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku.

– Prowadzimy operację w ten sposób, żeby serce nie miało dłuższego czasu niedokrwienia niż cztery, cztery i pół godziny. Jeżeli mamy komfort czasowy, to najpierw staramy się zrobić to, co jest trudne technicznie po przyszyciu serca, czyli zespolenia oskrzelowe. Łatwiej je wykonać, jeżeli serce nie zostało jeszcze przyszyte. Ale jeśli czas goni, to trzeba najpierw wszczepić serce i je uruchomić, i dopiero później, mimo że jest to trudniejsze rozwiązanie, zająć się zespoleniami na drzewie oskrzelowym – tłumaczy dr hab. Jacek Wojarski z Kliniki Kardiochirurgii, koordynator programu przeszczepienia płuc w gdańskim UCK w informacji opublikowanej na stronie placówki. Ośrodek ten ma również za sobą dwie udane jednoczasowe transplantacje płuc z nerkami (w 2023 r. i w 2024 r.). Leczeniu poddano wówczas 43-letnią kobietę i 67-letniego mężczyznę. Pacjenci mieli ciężką niewydolność oddechową w przebiegu krańcowej postaci choroby obturacyjnej płuc i schyłkową niewydolność nerek.

Z kolei, jak informuje prof. Wojciech Lisik z Kliniki Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej UCK Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, wspólnie ze specjalistami z SCCS w Zabrzu przygotowuje się do jednoczesnego przeszczepienia płuc (a w zasadzie retransplantacji tego narządu) i trzustki. – To pacjent z mukowiscydozą. Niewydolna trzustka niszczy mu płuca. W Polsce dotychczas nie było takiej operacji. To zabiegi niezwykle rzadkie na świecie – wyjaśnia.

SERCE I NERKA

Z danych Poltransplantu można również wyczytać, że w kraju mieliśmy do tej pory kilkanaście równoczasowych przeszczepień serca i nerki, w tym aż cztery w tym roku (stan na koniec sierpnia). Polska historia tych zabiegów zaczęła się w SCCS w Zabrzu w 2002 r., jednak od tamtego czasu musiało minąć kilkanaście lat, zanim wykonano kolejny taki zabieg, tym razem w UCK w Gdańsku.

– Do tej pory wykonaliśmy trzy jednoczasowe transplantacje serca i nerki, z czego jedną w tym roku – mówi Maciej Duda, specjalista kardiochirurgii i transplantologii klinicznej z Kliniki Kardiochirurgii UCK w Gdańsku. Podkreśla, że to skomplikowana operacja logistyczna, w której biorą udział cztery chirurgiczne zespoły lekarzy: dwa kardiochirurgów i dwa chirurgów ogólnych.

– Największym ograniczeniem jest czas. Serce ma krótki akceptowalny czas niedokrwienia. Trzeba dobrze zgrać pracę zespołów pobierających i transportujących narządy.

GAZETA LEKARSKA

Zdarza się, że w transporcie wykorzystujemy samolot wojskowy. To mrówcza praca, mnóstwo telefonów i jeszcze więcej stresu – tłumaczy kardiochirurg z gdańskiego ośrodka.

Jak to wygląda w realu? – Po otrzymaniu sygnału z Poltransplantu zaczyna się wyścig z czasem. Najpierw dokładnie sprawdzamy wszystkie parametry dotyczące dawcy i narządów do przeszczepienia, czasem prosimy o dodatkowe badania. Jeśli wszystko jest w porządku, jeden z naszych zespołów jedzie na pobranie serca, kolejny pobiera nerkę. Ostatecznej akceptacji organów dokonujemy w szpitalu dawcy, po otwarciu ciała zmarłego. Jeżeli nie ma zastrzeżeń, pobieramy serce i transportujemy do naszego ośrodka – tłumaczy Maciej Duda. W międzyczasie drugi zespół kardiochirurgów zaczyna zabieg u biorcy.

– Kiedy zespół z nowym sercem wchodzi na salę operacyjną, chory organ powinien już być wyszczepiony. Wszczepianie serca trwa około 1,5 godziny. Gdy skończymy, czekamy 1-2 godziny, obserwujemy czy przeszczepione serce funkcjonuje prawidłowo. Jeśli nie ma komplikacji, zamykamy klatkę piersiową i kolejny zespół przygotowuje się do wszczepienia nerki. Gdy mamy wątpliwości, rezygnujemy z drugiego etapu i nerka trafia do innego biorcy – wyjaśnia kardiochirurg z UCK w Gdańsku.

Doświadczenie w jednoczasowej transplantacji serca i nerki ma także m.in. Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu. Dotychczas wykonano ich kilka, o najnowszym informowali w lipcu br. Zoperowano 42-letniego mężczyznę z przewlekłą niewydolnością serca i przewlekłą chorobą nerek. Pacjent ostatnie miesiące przed zabiegiem spędził w szpitalu, jego stan nie pozwalał na wypisanie do domu. Po otrzymaniu informacji, że jest dawca, sprawy potoczyły się szybko. – Chronologicznie wyglądało to tak, że o godzinie 8.00 rano serce było już na sali operacyjnej, o godzinie 12.00 kardiochirurdzy skończyli przeszczep serca, ustabilizowali pacjenta, a o godzinie 18.00 zespół chirurgów naczyniowych przeszczepił mu nerkę – relacjonował Mateusz Rakowski, kierownik Biura ds. Transplantacji i Donacji USK we Wrocławiu, w komunikacie wydanym po operacji.

UNIKAT W POLSKIEJ SKALI, RZADKOŚĆ NA ŚWIECIE

Polskiej medycynie nie są też obce jednoczasowe transplantacje serca i wątroby. Do pierwszej operacji doszło w sierpniu 2018 r. Zabieg przeprowadziły zespoły chirurgów z Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby WUM pod przewodnictwem prof. Krzysztofa Zieniewicza oraz z Kliniki Kardiochirurgii Instytutu Kardiologii w Aninie pod przewodnictwem prof. Mariusza Kuśmierczyka (obecnie jest szefem Kliniki Chirurgii Serca, Klatki Piersiowej i Transplantologii UCK WUM, wraz z innymi chirurgami ma już za sobą kilka takich operacji).

fot.: SCCS

▲ *Jednoczasowa transplantacja płuc i wątroby, do której doszło w maju br. w SCCS*

Z kolei 30 września 2021 r. w Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej UCK Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego wykonano z sukcesem jednoczasową transplantację wątroby i trzustki. To była pierwsza i jak dotąd jedyna taka operacja w Polsce. Zabieg wykonali specjaliści Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus w składzie: prof. Wojciech Lisik, prof. Maciej Kosieradzki, dr hab. Marek Pacholczyk, dr med. Paweł Ziemiański i dr Paweł Skrzypek. Operacja trwała dziewięć godzin. Zarówno wątroba, jak i trzustka podjęły funkcję bezpośrednio po przeszczepieniu.

– To na świecie bardzo rzadko wykonywana procedura. Niewielu pacjentów wymaga takiego zabiegu. Operacja jest obarczona dosyć dużym ryzykiem powikłań, które mogą zakończyć się śmiercią. Na szczęście mam doświadczenie w przeszczepianiu nerek, wątroby, jak i trzustki, więc nie czułem nadmiernych obaw – wyznaje prof. Lisik.

Przeszczepienia potrzebowała 21-letnia kobieta chorująca na mukowiscydozę. – Ta choroba bardzo zniszczyła moją wątrobę i trzustkę. Miałam daleko posuniętą marskość wątroby, niemal nie produkowałam insuliny i enzymów trawiennych. Musiałam korzystać z pompy insulinowej – mówi pani Sylwia. – Najpierw zaproponowano mi transplantację samej wątroby. Pomysł przeszczepienia tego narządu wraz z trzustką pojawił się w trakcie kwalifikacji do transplantacji. To miało poprawić jakość mojego życia – dodaje. Nie bała się pani? – Całkowicie zawierzyłam zespołowi lekarskiemu. Byłam zapraszana na konsylium, gdzie wszystko mi dokładnie tłumaczono. Czułam się bardzo dobrze zaopiekowana. To zdecydowanie minimalizowało strach. Cieszę się, że doszło do tego zabiegu. Moje życie zmieniło się diametralnie Dzień operacji to moje drugie urodziny – wyznaje kobieta. Na transplantację czekała rok od zakończenia kwalifikacji do przeszczepu. •

Na Krajowej Liście Oczekujących na przeszczepienie Poltransplant 26 osób czeka na nerkę i trzustkę, jedna na serce i nerkę, jedna potrzebuje wątroby i jelita, a ośmiu pacjentów czeka na serce i płuca (stan na koniec sierpnia, dane: Poltransplant).

PRAKTYKA LEKARSKA

Serce do wagi, płuca do wzrostu

O wyzwaniach związanych z przeszczepianiem wielonarządowym opowiada **dr n. med. Maciej Urlik**, specjalista kardiochirurgii i transplantologii klinicznej kierujący programem transplantacji płuc w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrzu, w rozmowie z Lidią Sulikowską.

Równoczasowe przeszczepienia więcej niż jednego narządu to rzadkość, i to nie tylko w Polsce, ale też na świecie.
Istotnie, zabiegi te stanowią ledwie kilka procent wszystkich transplantacji. Mamy niewielu pacjentów kwalifikujących się, ponieważ muszą to być osoby w relatywnie dobrym zdrowiu. To bardzo obciążające, wielogodzinne operacje, szczególnie jeśli wymagają otwarcia dwóch jam ciała. Ponadto trudno jest dobrać odpowiedniego dawcę do biorcy. Pobieramy narządy od jednego dawcy, co minimalizuje ryzyko odrzucenia przeszczepów. Niestety nie jest to łatwe, bo na przykład serce trzeba dobierać według wagi, a płuca według wzrostu. Więcej swobody dają nerki. Z kolei w przypadku wątroby liczy się wzrost i obwód brzucha.

Pacjenci długo muszą czekać?
Chorzy są kwalifikowani priorytetowo. Dzięki temu czas oczekiwania jest podobny do tego, ile muszą czekać pacjenci wymagający przeszczepienia jednego narządu.

Jak długo trwają takie zabiegi?
Wszystko zależy od konfiguracji. Przeszczepienie płuc zajmuje 6-8 godzin, wątroby 6 godzin, nerki 1,5 godziny, a serca – 3-4 godziny. W przypadku transplantacji płuc i serca liczymy tylko czas przeszczepienia serca. Najdłuższe są zabiegi wymagające transplantacji narządów z dwóch różnych jam ciała, np. płuc i wątroby albo serca i nerki.

Który z organów przeszczepia się najpierw?
Ten, który ma krótszy akceptowalny czas niedokrwienia. Jeśli transplantacja jest w konfiguracji z nerką, to mamy dość komfortową sytuację. Nerkę można przeszczepiać nawet do 48 godzin, więc wiadomo, że będzie druga w kolejce. Przy równoczesnej transplantacji płuc z wątrobą sytuacja się komplikuje, bo jeden i drugi narząd optymalnie powinno się wszczepić do 8-12 godzin. W przypadku serca i wątroby rzecz jasna serce ma priorytet. Najprościej jest z płucami i sercem, bo te narządy pobieramy w bloku, zachowując ich naturalne wspólne połączenia, i w ten sposób wszczepiamy całość biorcy.

fot.: archiwum prywatne

◀ *Najprościej jest z płucami i sercem, bo te narządy pobieramy w bloku, zachowując ich naturalne wspólne połączenia, i w ten sposób wszczepiamy całość biorcy – mówi* ***dr Maciej Urlik***

Co ciekawe, na świecie w latach 90. XX w. przeszczepień płuc z sercem było 20-30-krotnie więcej niż obecnie. To byli głównie pacjenci, którzy wymagali tylko wymiany płuc, ale ich przeszczepienie jest techniczne trudniejsze niż w pakiecie z sercem. Obecnie otrzymują je chorzy, którzy faktycznie nie przeżyliby bez obydwu tych narządów.

Pacjent może otrzymać najpierw jeden narząd i oczekiwać na drugi? Czy zawsze musi to być transplantacja jednoczasowa?
Osoba zakwalifikowana do przeszczepienia wielonarządowego powinna mieć to zrobione od razu. Jeśli na przykład chory z niewydolnymi płucami i wątrobą miałby najpierw mieć przeszczepione wyłącznie płuca, to jego wątroba nie wytrzymałaby leczenia okołozabiegowego, np. nie będzie produkować czynników krzepnięcia, przez co pacjent się wykrwawi na stole operacyjnym. Jeśli wybralibyśmy do transplantacji tylko wątrobę, to prawdopodobnie pacjenta nie udałoby się odłączyć od respiratora.

Na świecie mamy coraz więcej przeszczepień trzynarządowych. Gdzie jest granica?
Z perspektywy globalnej mamy już za sobą takie przeszczepienia z wykorzystaniem serca, nerki, trzustki, wątroby albo płuc. Obecnie w naszym zabrzańskim ośrodku przeprowadzamy kwalifikację pacjenta do przeszczepienia serca, płuc i wątroby.

W przypadku transplantacji więcej niż jednego narządu pojawia się dylemat etyczny, bo ratujemy jednego chorego zamiast dwóch lub trzech. Narządów do przeszczepień brakuje. O ile na nerkę można poczekać dłużej, o tyle w przypadku oczekiwania na nowe płuca albo wątrobę czas przeżycia dramatycznie szybko się kończy. ●

GAZETA LEKARSKA

PRAKTYKA LEKARSKA

Neurochirurgia: między sukcesem a bezradnością

Doszczętne usunięcie guza przy jednoczesnym zachowaniu funkcji neurologicznych pacjenta to ideał, do którego dąży współczesna neurochirurgia. Ale droga do niego bywa trudna – mówi **prof. Piotr Ładziński**, prezes Polskiego Towarzystwa Neurochirurgów, w rozmowie z Lucyną Krysiak.

Z jakimi wyzwaniami mierzy się neurochirurgia?
Wyzwania te są ściśle powiązane z pięcioma filarami, na których opiera się leczenie operacyjne schorzeń ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego. Obejmują one: onkologię, leczenie schorzeń naczyniowych, urazy, chirurgię czynnościową – czyli leczenie bólu, ruchów mimowolnych oraz niektórych schorzeń psychicznych – a także schorzenia kręgosłupa. W tym ostatnim przypadku chodzi przede wszystkim o cieśnie, czyli ucisk wywierany na struktury nerwowe w chorym kręgosłupie. Do tego dochodzą wady wrodzone – domena neurochirurgii dziecięcej, choć część z nich ujawnia się dopiero w dorosłości.

Najczęstsze są schorzenia kręgosłupa. Na drugim miejscu – ex aequo – znajdują się urazy i choroby nowotworowe. Schorzenia naczyniowe, czynnościowe i wady wrodzone występują rzadziej. Wyzwania, z którymi się mierzymy, dotyczą więc wszystkich obszarów neurochirurgii.

We wrześniu w Katowicach odbył się 47. Ogólnopolski Zjazd Polskiego Towarzystwa Neurochirurgów. W jakim stopniu jego program odzwierciedlał sytuację w tej dziedzinie?
Zjazd jest forum wymiany myśli i doświadczeń dla wielu ośrodków. Komitet Szkolenia i Nauki Polskiego Towarzystwa Neurochirurgów wyznacza główne tematy, by uzyskać pełny obraz tego, co dzieje się w polskiej neurochirurgii – zarówno w leczeniu, jak i w nowatorskich rozwiązaniach. Ostatecznie jednak program zjazdu tworzą sami uczestnicy, nadsyłając referaty. Z nich budujemy sesje tematyczne. Zjazd ma charakter naukowy, kładzie nacisk na wysiłek badawczy i ocenę efektów leczenia.

Neurochirurgia to spektakularne sukcesy, ale i dotkliwe porażki.
W neurotraumatologii porażki są konsekwencją ciężkości urazów. Ale i tutaj dostrzegamy pozytywne zmiany, jeśli chodzi o charakter urazów komunikacyjnych – poprawiło się bezpieczeństwo na drogach dzięki lepszemu wyposażeniu pojazdów w poduszki powietrzne, obowiązkowi zapinania pasów czy jeździe w kaskach na jednośladach. Trudniej wygląda sytuacja w neuroonkologii – wciąż są nowotwory, wobec których jesteśmy bezradni, np. glejopochodne guzy mózgu.

> Rozpoznanie glejaka wielopostaciowego wciąż rokuje bardzo źle – ale dzięki badaniom molekularnym i nowym technikom operacyjnym nie zawsze jest dziś wyrokiem śmierci

Czy diagnoza glejaka to wciąż wyrok śmierci?
Niekoniecznie, choć rozpoznanie skrajnie złośliwej postaci glejaka wielopostaciowego rokuje bardzo niekorzystnie. W 2021 r. zmieniła się klasyfikacja glejaków – wcześniej oparta wyłącznie na obrazie histopatologicznym, obecnie uzupełniona o badania molekularne. Dzięki temu diagnoza jest precyzyjniejsza, a rokowanie lepiej określone.

W leczeniu stosujemy tzw. protokół Stuppa, łączący radykalne, doszczętne usunięcie guza z radioterapią i chemioterapią, przy jednoczesnym zachowaniu możliwie dobrej jakości życia pacjenta. To postęp. Gdy zaczynałem pracę, glejopochodne guzy mózgu usuwano wyłącznie według kryterium lokalizacji, co często skutkowało dramatycznym pogorszeniem stanu neurologicznego chorego. Dziś radykalność leczenia idzie w parze z troską o stan pacjenta po operacji. Umożliwia to doświadczenie lekarzy, ale też nowatorskie rozwiązania techniczne, m.in. badanie przy użyciu rezonansu magnetycznego.

Czy chodzi o jakiś specjalny rodzaj rezonansu?
Chodzi o różne modalności rezonansu magnetycznego, które wykraczają poza zobrazowanie obszaru zmienionego chorobowo. Spektroskopia pozwala domniemać o charakterze guza na podstawie jego obrazu biochemicznego, uwzględniając między innymi zawartość choliny. Traktografia obrazuje drogi nerwowe – zarówno rzutowe, łączące mózg z ciałem, jak i te, które stanowią połączenia poszczególnych ośrodków mózgu. Czynnościowy

rezonans magnetyczny umożliwia zlokalizowanie u konkretnego chorego ważnych czynnościowo obszarów kory mózgu, odpowiedzialnych za mowę, poruszanie kończynami czy widzenie. Wartościowe uzupełnienie tych informacji dostarcza przezczaszkowa stymulacja magnetyczna.

A czym są nawigacja i monitoring neurofizjologiczny?
To kolejni sprzymierzeńcy w radykalnym usuwaniu guza z zachowaniem funkcji neurologicznych pacjenta. Neuronawigacja daje operującemu precyzyjną orientację przestrzenną – na ekranie widzi on badanie wykonane przed operacją, jak i końcówki narzędzi, którymi posługuje się w danym momencie. Neuronawigacja zapewnia precyzyjne lokalizowanie zmian chorobowych i struktur anatomicznych, co zwiększa bezpieczeństwo, precyzję i skuteczność zabiegów.

Neuromonitoring natomiast umożliwia rejestrowanie impulsów wysyłanych przez tkankę nerwową odpowiednio stymulowaną podczas operacji – pozwala to ocenić, czy w czasie operacji nie dochodzi do zakłócenia ważnych funkcji pełnionych przez ośrodkowy układ nerwowy. Zdarza się nawet konieczność wybudzenia pacjenta w trakcie operacji. Coraz większe znaczenie ma także obrazowanie śródoperacyjne – USG jest już powszechne, a pojedyncze ośrodki stosują śródoperacyjny rezonans magnetyczny, który pozwala ocenić radykalność operacji.
Zarówno przezczaszkowa stymulacja magnetyczna, jak i rezonans magnetyczny śródoperacyjny to bardzo kosztowne rozwiązania, które nie mogą być traktowane jako standard w neurochirurgii.

Na jakim etapie są poszukiwania nowych metod leczenia guzów glejopochodnych?
Pacjenci i ich bliscy często o to pytają. Są nowe metody, ale ich skuteczność jest problematyczna. Jedne stają się uznanymi rozwiązaniami, inne pozostają w sferze eksperymentu. Duże nadzieje są wiązane z terapią z wykorzystaniem zmiennego pola elektrycznego – to niezwykle kosztowna metoda, ale bydgoski ośrodek onkologiczny uzyskał grant na leczenie grupy chorych za jej pomocą. Testowane są cytostatyki i immunoterapia,

fot.: archiwum prywatne

◀ Mamy w Polsce 640 neurochirurgów, czyli znacznie więcej, niż wynikałoby z norm światowych. Mimo to system nie działa sprawnie: liczba ośrodków wzrosła niemal dwukrotnie, a kadry się rozdrabniają – twierdzi ***prof. Piotr Ładziński****, prezes Polskiego Towarzystwa Neurochirurgów, ordynator Klinicznego Oddziału Neurochirurgicznego w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu*

czyli pobudzanie systemu immunologicznego gospodarza do zwalczenia nowotworu, by móc następnie podjąć leczenie. W kierowanym przeze mnie ośrodku prowadzony jest aktualnie grant dotyczący zastosowania w glejaku wielopostaciowym inhibitorów punktów kontroli układu odpornościowego.

Testuje się oddziaływanie na guz wysokimi temperaturami, np. za pomocą laserowej śródmiąższowej termicznej ablacji albo wprowadzając do loży po usuniętym guzie tzw. nanocząsteczki. Stosuje się też wprowadzanie do loży elementów działających niszcząco na pozostałości tkanki nowotworowej. Jednak przełomu nie ma.

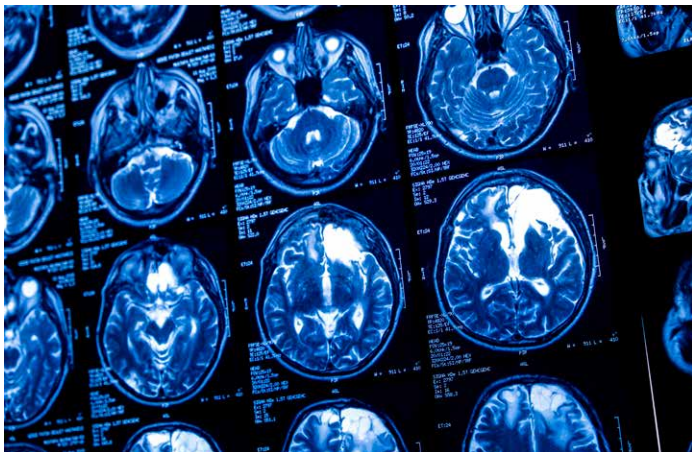
Neuroonkologia to jednak nie tylko glejaki.
Oczywiście. Operujemy oponiaki czy nerwiaki. Są to guzy łagodne, ale gdy lokalizują się w podstawie czaszki, może stać się to istotną przeszkodą w ich bezpiecznym usunięciu. Chodzi o radykalną resekcję, która jest równoznaczna z uleczeniem chorego, ale pod warunkiem zachowania funkcji struktur naczyniowych, nerwów czaszkowych czy pnia mózgu. W leczeniu tych guzów także posługujemy się neuronawigacją i neuromonitoringiem, jednak sposób wykorzystania tych metod jest nieco odmienny, niż ma to miejsce w leczeniu guzów glejopochodnych. Postęp w radioterapii sprawia, że nie musimy już dążyć do radykalności „za wszelką cenę".

Neurochirurgia przenika się z innymi dyscyplinami?
Tak. Na przykład w chirurgii kręgosłupa granica między neurochirurgią a ortopedią jest płynna. Są ośrodki w kraju, gdzie neurochirurdzy i ortopedzi pracują wspólnie. Są też obszary współpracy z chirurgią głowy i szyi czy onkologiczną. Nowotwory złośliwe podstawy czaszki i zatok obocznych nosa nie znają podziałów kompetencyjnych wynikających z programów specjalizacji z zakresu neurochirurgii czy chirurgii głowy i szyi. Niestety w Polsce taka współpraca wciąż jest incydentalna.

Jakie wyzwania stoją przed neurochirurgią dziecięcą?
Podobne jak w neuroonkologii dorosłych, ale dodatkowo mierzymy się z plagą urazów czaszkowo-mózgowych u dzieci, głównie po wypadkach na hulajnogach elektrycznych. Liczymy na wprowadzenie obowiązku noszenia kasków, podobnie jak na stokach narciarskich. Spora część operacji dotyczy wad wrodzonych – wodogłowia, zaburzeń kształtowania cewy nerwowej czy tylnego dołu czaszki.

Mamy 640 neurochirurgów i około 100 w trakcie specjalizacji. Czy to wystarczająca liczba?
Normy światowe mówią o jednym neurochirurgu na 100 tys. mieszkańców, który ma w ciągu roku wykonać około 100 operacji, aby się utrzymać w tzw. treningu

GAZETA LEKARSKA



fot.: Shutterstock.com

◀ *Nowoczesne techniki rezonansu magnetycznego pozwalają precyzyjniej diagnozować guzy mózgu i planować operacje*

zawodowym. W Polsce wystarczyłoby więc 380, a mamy znacznie więcej. To całkowicie zabezpiecza nasze potrzeby. Mimo to system nie działa sprawnie. Liczba ośrodków neurochirurgicznych wzrosła z 50 do blisko 90. Jako towarzystwo naukowe nie mamy jednak możliwości blokowania lokalnych decyzji władz szpitali o tworzeniu ośrodków o takim profilu. Takiej możliwości nie ma również krajowy nadzór specjalistyczny w zakresie neurochirurgii. Wprawdzie NFZ zamroził kontraktowanie nowo powstających placówek, ale to nie zatrzymało procesu niekontrolowanego ich rozrostu, co może wpływać na jakość usług.

Czy ośrodki te pracują na takich samych zasadach?

Obecnie nie ma takich procedur neurochirurgicznych, realizowanych zgodnie z zasadą evidence based medicine, które w Polsce nie byłyby wykonywane. Oczywiście istnieją na świecie ośrodki, które w określonym typie operacji mają większe doświadczenie, ale taki problem będzie istniał zawsze. Wiele z nowo powstałych ośrodków ogranicza swoją działalność do leczenia schorzeń kręgosłupa.

Jeśli chodzi o organizację leczenia, odczuwalne są braki kadrowe – zwłaszcza trudności z obsadzeniem dyżurów. Poprzez niekontrolowany rozrost liczby ośrodków mamy do czynienia z turystyką neurochirurgów. Część z nich jest zatrudniona w kilku ośrodkach. Część odchodzi z oddziałów, uwalniając się od obowiązków solidarnego zabezpieczenia dyżurów i opiekowania się chorymi. W szpitalach, które mają oddziały urazowo-ortopedyczne, wykonują operacje kręgosłupowe. Leczenie to jest pozbawione neurochirurgicznego nadzoru specjalistycznego, a chorzy nim objęci natrafiają na trudności w ambulatoryjnej opiece pooperacyjnej.

Jaką rolę w tej sytuacji odgrywa Polskie Towarzystwo Neurochirurgów?

Mamy wpływ na liczbę miejsc szkoleniowych i na to, do których ośrodków trafiają. Jest ściśle ustalona liczba procedur neurochirurgicznych, które ośrodek szkolący musi wykonywać, jest określona ich struktura. Muszą być reprezentowane wszystkie działy i musi być zatrudniona odpowiednia liczba specjalistów, którzy poprowadzą szkolenie. Spośród blisko 90 ośrodków neurologicznych w kraju tylko nieco ponad 40 spełnia te kryteria.

Wymagania nie są wygórowane, są konkretne i mierzalne. Chodzi o to, aby specjalizacja była wyznacznikiem rzeczywistych umiejętności lekarza. Wywalczyliśmy także, by obowiązkową częścią programu specjalizacyjnego był cykl kursów będący przekrojem całej neurochirurgii. Jest to cykl czteroletni. Każdy, kto przystępuje do egzaminu specjalizacyjnego, musi mieć wszystkie te kursy zaliczone. Za ich kształt, poziom i tematykę odpowiada towarzystwo. Kursy te są zwyczajowo nazywane „Polska Szkoła Neurochirurgii". Uważam, że to najważniejsza aktywność towarzystwa, choć realizuje ono również wiele innych zadań. ●

Meritus Pro Medicis

Ruszył nabór wniosków

Rozpoczął się nabór kandydatur do Odznaczenia Meritus Pro Medicis. Zachęcamy do zgłaszania osób szczególnie zasłużonych dla samorządu lekarzy i lekarzy dentystów, które – w Państwa ocenie – powinny zostać uhonorowane tym wyróżnieniem.

Na mocy uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 9/25/P-IX z 17 stycznia 2025 r. został znowelizowany regulamin nadawania odznaczenia. Zgodnie z nowymi zasadami wnioski mogą składać zarówno wszyscy członkowie izb lekarskich, jak i organy izb lekarskich.

Aktualny regulamin oraz formularz wniosku dostępne są na stronie internetowej Naczelnej Izby Lekarskiej w zakładce poświęconej działalności Kapituły Odznaczenia Meritus Pro Medicis. Wnioski należy składać najpóźniej do 21 listopada 2025 r. – dwa tygodnie przed posiedzeniem Kapituły, które odbędzie się 5 grudnia 2025 r.

Wniosek można przesłać:

- w formie papierowej na adres: Naczelna Izba Lekarska, ul. Sobieskiego 110, 00-764 Warszawa (z dopiskiem na kopercie: Meritus Pro Medicis),
- w formie elektronicznej na adres e-mail: sekretariat@nil.org.pl.

Prosimy o wypełnianie formularzy w wersji elektronicznej (nie ręcznie) oraz przesyłanie podpisanego wydruku albo podpisanej wersji elektronicznej. We wniosku należy podać numer prawa wykonywania zawodu wnioskodawcy, a w przypadku zgłoszenia przez organ izby – funkcję osoby podpisującej dokument. ●

Romuald Krajewski
Kanclerz Kapituły Odznaczenia Meritus Pro Medicis

Wieża Babel. Cztery pokolenia w jednym gabinecie

Czterech lekarzy – każdy z innego pokolenia, z innym doświadczeniem, innym podejściem do pacjenta i pracy. A jednak wszyscy stoją przy tym samym łóżku chorego i od tego, czy uda im się zgrać, zależy skuteczność leczenia i atmosfera pracy.

ANNA GOŁĘBICKA,
EKONOMISTKA, STRATEG KOMUNIKACJI I ZARZĄDZANIA

Przez całe lata opowiadanie o lekarzach było dość proste. W szpitalu był lekarz mistrz i młodszy lekarz uczeń. W gabinecie pracował lekarz (feminatywy nie były wówczas tak powszechne jak dziś) – w powszechnej świadomości ktoś około czterdziestki. Wszystko dało się łatwo opowiedzieć, a nawet wrzucić do tak zwanego jednego worka. W świecie tym panował system hierarchiczny, zwany fachowo ordynatorskim. Jak ktoś miał szczęście, trafiał na świetnego szefa; jak nie – „terminował", niedopuszczany do niczego, bo choć świat szedł do przodu, „pani profesor" czy „pan profesor" nikogo przodem nie puszczali.

Dziś w gabinecie i na szpitalnym korytarzu mamy cztery pokolenia. Każde z inną motywacją, sposobem myślenia o sobie i świecie. Z odmiennym stylem pracy i, co tu kryć, zupełnie innym pomysłem na to, jak powinno się wykonywać zawód lekarza i czego można oczekiwać od otoczenia.

Najstarsi – powiedzmy „ludzie klasycznej lekarskiej teczki i stetoskopu" – to pokolenie silent i baby boomers. To lekarze, którzy wciąż pamiętają zapach lizolu i smak herbaty w szklance z koszyczkiem w dyżurce. Z łezką w oku wspominają kolegów, którzy alkohol na dyżurze wykorzystywali nie tylko do dezynfekcji, i czasy, gdy papierosy paliło się nawet w trakcie badania. Oni wiedzą, że medycyna to zawód wymagający wyrzeczeń. Dla nich dyżur 36-godzinny nie jest powodem do buntu, lecz elementem tożsamości – jak dla górala z Zakopanego wejście na Giewont: ciężko, ale przecież „tak trzeba".

Drugie pokolenie – nazwijmy je „ambitnych" – to pokolenie X. Weszli do zawodu w czasach przełomu. Uczyli się jeszcze z podręczników grubszych niż cegła, specjalizację robili na wolontariacie, a pierwsze randki umawiali na Gadu-Gadu. Są trochę jak tłumacze między światami: pamiętają punkty ksero i przepisywanie ściąg na egzamin, a jednocześnie nie dziwią się, gdy młodsi wpisują objawy choroby pacjenta do internetu lub aplikacji. To oni budowali – jak to się oficjalnie mówi – „kulturę zapierdolu", bo chcieli coś osiągnąć.

Trzecie pokolenie to Y, czyli milenialsi. Nie mają nabożnego stosunku do autorytetów, bo wiedzą, że autorytet trzeba udowodnić. Potrafią trzema kliknięciami ściągnąć najnowsze wytyczne, ale czasem zachowują się jak kierowca z nawigacją GPS – tak skupieni na mapie, że nie zauważają, iż właśnie przejeżdżają obok pacjenta. Szanują swój czas. Są tak asertywni, że aż czasem mało sympatyczni. Jeśli mogą zepchnąć komuś część obowiązków – nie zawahają się tego zrobić, twierdząc, że przecież trzeba tak robić, żeby się najmniej narobić, a najwięcej zarobić.

I wreszcie czwarte pokolenie – „TikToka" – to pokolenie Z, a na horyzoncie już widać piąte, czyli alfę. Młodzi chcą, by system medyczny działał tak sprawnie jak aplikacja bankowa i był tak intuicyjny jak Netflix. Są lepsi w relacjach online niż w tych twarzą w twarz. W ich głowach nie ma „muszę", jest „chcę lub nie – i to mój wybór", choć dorastali w dużej presji. Wolą sobotni wieczór spędzić pod kocem z kubkiem w dłoni niż na hucznej imprezie. Wymagają jasnych zasad, ale trzeba uczciwie powiedzieć – są w porządku. Jeśli się na coś umówią, można na nich liczyć. Wyzwaniem jest znaleźć do nich właściwy „klucz" i – co ważne – nie zakładać, że są tacy czy inni, tylko jasno ustalić zasady.

Można byłoby spojrzeć na to tak: silents się sadzili, iksy każą pracować za długo i traktują świat na skróty, igreki zrzucają obowiązki na innych, a zetki wymagają uwagi i przestrzeni dla swoich potrzeb. Ale można i inaczej. Najstarsze pokolenie daje nam cierpliwość. Pokolenie X pracowitość i rozwagę. Milenialsi – biegłość technologiczną. A zetki i alfa – uważność, energię i świeże spojrzenie. Jeśli uda się to połączyć, medycyna stanie się jak dobrze zgrana orkiestra, która potrafi zagrać każdą melodię.

Te cztery pokolenia spotykają się ze sobą codziennie – to już samo w sobie jest trudne. Ale stawka jest jeszcze wyższa: oni spotykają się przy tym samym łóżku pacjenta. I im lepiej się zgrają, tym lepiej dla nich samych i – przede wszystkim – dla chorego. Dlatego różnorodność jest trampoliną. Jeden się z niej wybije, inny o nią potknie. •

GAZETA LEKARSKA

PRAKTYKA LEKARSKA

Razem dali życie. Niezwykła operacja

ADAM CZERWIŃSKI
DZIENNIKARZ

Jeszcze nikt w Polsce nie przeprowadził takiego zabiegu. Dzięki odwadze i współpracy lekarzy mała Alicja została zoperowana dosłownie w pierwszych minutach życia. To historia medycznego wyścigu z czasem.

Kwiecień. Do kierowanego przez prof. Marię Respondek-Liberską Zakładu Kardiologii Prenatalnej Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi wchodzi zdenerwowana kobieta.

– Pierwsza ciąża, 31 lat, bez wywiadu chorobowego, ze zdrowym partnerem. Przebieg ciąży w pierwszym trymestrze jest prawidłowy. W związku z tym trafia na rutynowe badania ultrasonograficzne – referuje prof. Respondek-Liberska.

Pani Natalia bardzo się denerwuje. Podczas badania zrobionego dwa tygodnie wcześniej w Poznaniu wykryto niepokojąco dużą zmianę w okolicach serca płodu.

Prof. Respondek-Liberska uruchamia aparat USG. Po kilku minutach nie ma wątpliwości. W worku osierdziowym jest guz 22 na 21 mm. Niemal tak duży jak sąsiadujące z nim serce.

– I już zaczyna powodować problemy hemodynamiczne – mówi specjalistka. – Na podstawie samej echogeniczności wydaje się, że jest to teratoma, czyli guz serca typu potworniak, który nieraz diagnozowaliśmy, ale najczęściej pojawia się po 30. tygodniu ciąży. W tym czasie decyzja odnośnie ukończenia ciąży i dalszego postępowania jest stosunkowo łatwa. Zazwyczaj płód jest na tyle dojrzały, że można planować poród oraz zabieg kardiochirurgiczny. Ale tu mamy inną sytuację. Jest dopiero połowa ciąży. A więc nie ma mowy o przyspieszonym porodzie, bo oznaczałby zgon pacjenta.

DAĆ SZANSĘ

Zakład prof. Respondek-Liberskiej działa w Instytucie „Centrum Zdrowia Matki Polki" w Łodzi. To wielki kompleks, na który składają się dwa szpitale: ginekologiczno-położniczy i pediatryczny. Pod jednym dachem 24 kliniki, do których trafiają najtrudniejsze przypadki z całej Polski.

Rodziły się już w „Matce Polce" czworaczki, dzieci z najbardziej złożonymi zespołami wad, a najmniejszy uratowany noworodek ważył niewiele ponad 300 gramów. Ale tak trudnego pacjenta jak dziecko pani Natalii nie pamiętają najstarsi pracownicy szpitala.

Zespół zajmujący się dzieckiem zaplanował dosłownie każdy ruch. Każda sekunda mogła zaważyć na życiu. Wszyscy wiedzieli, co mają robić – i dlatego się udało

Na razie zapada decyzja o przyjęciu ciężarnej do Kliniki Położnictwa i Ginekologii celem dokładnego monitorowania stanu hemodynamicznego płodu.

– Zakładamy, że przez kolejnych siedem dni będziemy ciężarną oraz jej płód – pacjentkę – obserwować, żeby jak najdokładniej poznać hemodynamikę „małego serca" – tłumaczy prof. Respondek-Liberska.

Kolejne badania nie przynoszą dobrych wieści. Widać czarno na białym, że stan płodu ulega pogorszeniu. Nie dość, że guz jest ogromny, to w klatce piersiowej zbiera się płyn, przez co płucom najzwyczajniej brakuje miejsca i są w znacznym stopniu niedorozwinięte.

W Instytucie z inicjatywy położnika prof. Michała Krekory powstaje zespół, który zajmie się panią Natalią i jej dzieckiem Alicją. Oprócz niego plan działania będą tworzyć kardiolog prenatalny prof. Maria Respondek-Liberska, położnik prof. Piotr Kaczmarek, kardiochirurdzy – prof. Katarzyna Januszewska i prof. Edward Malec, oraz neonatolog dr Katarzyna Fortecka-Piestrzeniewicz.

Pierwsze pytanie, któremu trzeba stawić czoło, brzmi: czy w ogóle jest szansa na uratowanie Alicji? I czy przypadkiem dalsze działania nie będą terapią daremną? Wątpliwości jest wiele.

– Wszyscy wiemy, że dziecko ma hipoplastyczne płuca – mówi prof. Januszewska. – Przed porodem nie jesteśmy w stanie określić dokładnie stopnia ich niedorozwoju. Wiemy, że serce, które jest strukturalnie prawidłowe i ma dobrą kurczliwość, po szybkim usunięciu płynu i guza z klatki piersiowej powinno sobie poradzić. Niewiadoma to płuca i ich niedorozwój: czy sobie poradzą? Słyszymy głosy, że leczenie nie będzie miało sensu, bo jak pacjent nie umrze zaraz po porodzie, to potem

fot. archiwum prywatne

▶ *Od lewej:* ***prof. Piotr Kaczmarek****, ginekologii położnik;* ***prof. Michał Krekora****, ginekolog położnik;* ***prof. Iwona Maroszyńska****, neonatolog;* ***prof. Maria Respondek-Liberska****, kardiolog;* ***prof. Katarzyna Januszewska****, kardiochirurg;* ***dr Katarzyna Fortecka-Pietrzeniewicz****, neonatolog oraz* ***prof. Edward Malec****, kardiochirurg*

będzie się tylko męczyć. Ale *in dubio pro reo* i choć nie jest łatwo, postanawiamy, że spróbujemy dać dziecku szansę.

OPEROWAĆ CZY CZEKAĆ?

Kardiolodzy prenatalni robią kolejne badania. Prof. Respondek-Liberska: – Oceniamy wszystkie możliwe parametry serca: jego wielkość, kurczliwość, przepływy, rzut minutowy, podokresy skurczu. Wykorzystujemy wszystkie dostępne techniki: 3D, MMO, PowerAngio. Wszystkie możliwe parametry, które były do oceny, mówiły, że budowa serca jest prawidłowa i to daje nadzieję na uratowanie dziecka. Muszę powiedzieć, że gdyby nie wyliczanka parametrów hemodynamicznych, to faktycznie trudno było w to uwierzyć.

Zespół mierzy się z kolejnym pytaniem: kiedy kończyć ciążę i zacząć leczenie dziecka?

– Nasza, czyli kardiochirurgów, koncepcja wygląda tak: jeżeli guz usuniemy wcześniej, to po pierwsze, usuniemy wszystkie płyny, pozbędziemy się guza, nie będzie już ucisku na serce i pacjentka zyska możliwość rozwoju płuc. Ale nie wiemy, czy płuca będą w stanie zapewnić wentylację dziecka po urodzeniu. Jednocześnie nie ma wątpliwości, że jeżeli poprowadzimy tę ciążę do terminu fizjologicznego, to dziecko umrze – tłumaczy prof. Malec.

Prof. Krekora: – W 27. tygodniu widzimy, że pacjentka jest bardzo mała. Gdybyśmy mieli zdrowe dziecko, neonatolodzy pewnie by je uratowali. Ale nasza pacjentka została już obarczona rozmaitymi problemami, które były następstwem tego guza. Dlatego zastanawiamy się, czy kończyć ciążę i operować, czy jeszcze poczekać, pozwolić dziecku rosnąć tydzień, dwa. Mówię: czekajmy. Zależy mi na minimalizowaniu powikłań związanych z wcześniactwem.

KLUCZOWE DECYZJE

Pierwszy raz o porodzie mówi się pod koniec 28. tygodnia ciąży. – Ale ponieważ parametry hemodynamiczne nie budzą niepokoju, umawiamy się na reewaluację całej sytuacji za kolejny tydzień – mówi prof. Respondek-Liberska. I znów wyniki są zadowalające, więc wszyscy zgadzają się, że wytrzymamy kolejnych kilka dni.

Ale później nie jest już tak kolorowo. Guz powiększa się 3-4 krotnie w ciągu dwóch tygodni, a parametry hemodynamiczne, początkowo całkiem dobre, z upływem czasu zaczynają się pogarszać. Zapada wspólna decyzja, że trzeba działać.

– Po kolejnych badaniach, wykonywanych prawie codziennie, jesteśmy informowani, że rzut serca jest coraz mniejszy – mówi prof. Januszewska. – Czyli sercu jest coraz trudniej wykonywać swoją pracę – zaopatrywać cały organizm w krew. To z kolei oznacza, że maleństwo już nie będzie rosło. W związku z tym podejmujemy decyzję, żeby przedterminowo zakończyć ciążę – podsumowuje.

Poród zaplanowano na 25 czerwca. Tuż przed wyznaczonym terminem stan Ali tak bardzo się pogarsza, że zaczyna się rozpatrywanie najczarniejszych scenariuszy. Że płuca są zbyt małe, że jest zbyt dużo płynu w worku osierdziowym, że guz będzie zbyt duży dla dwóch podstawowych narządów w klatce piersiowej, czyli serca i płuc. Choć nikt nie mówi głośno, że może się nie udać, nastrój jest minorowy. Wszyscy obawiają się, że dziecko może umrzeć w pierwszych chwilach po porodzie. Uratować może je tylko operacja przeprowadzona dosłownie w pierwszych minutach życia.

Wtedy zapadają kluczowe decyzje. – To dzięki nim Alicja żyje – nie ma wątpliwości prof. Malec.

W „Matce Polce" blok porodowy znajduje się w budynku ginekologiczno-położniczym. Jest świeżo po generalnym remoncie. Jest na nim sala operacyjna, na której przeprowadza się zabiegi u noworodków z wadami. Ale nikt nie robił tam operacji kardiochirurgicznych.

Klinika Kardiochirurgii jest w budynku pediatrycznym. Z bloku porodowego można do niej dotrzeć kilkusetmetrowym podziemnym korytarzem. Do pokonania jest odległość przystanku autobusowego. Już nieraz zdarzało się, że prosto po porodzie szpitalny meleks wiózł na kardiochirurgię dziecko. Ale nigdy nie jechał nim tak daleko wcześniak w stanie bezpośredniego zagrożenia życia.

Podczas jednej z narad prof. Januszewska proponuje: – Zorganizujmy poród w naszej klinice. Przecież na kardiochirurgicznym bloku operacyjnym mamy dwie sąsiadujące ze sobą sale operacyjne – w jednej można przeprowadzić cesarskie cięcie, w drugiej na dziecko będzie czekał w pełnej gotowości do operacji nasz zespół kardiochirurgiczny.

Dalsze przygotowania do porodu i operacji przypominają generalską

GAZETA LEKARSKA

◀ *Każda sekunda decydowała o życiu Alicji – lekarze z „Matki Polki" przeprowadzili zabieg w pierwszych minutach po porodzie*

fot. archiwum prywatne

odprawę przed bitwą decydującą o losach całej ofensywy.

Prof. Krekora: – Nie mamy wątpliwości, że dziecko po porodzie będzie wymagało reanimacji. To nie jest coś, z czym codziennie spotykają się położnicy.

Prof. Malec: – Planujemy dosłownie każdy ruch. W którym miejscu położymy ciężarną. W jaki sposób dziecko zostanie przetransportowane na stół operacyjny. Jak je ułożymy i kiedy zaczniemy otwieranie klatki. Przecież tutaj każda sekunda może zaważyć na życiu. Jeśli coś się nie powiedzie i na przykład dojdzie do niedotlenienia, zaraz mogą powstać nieodwracalne zmiany w centralnym układzie nerwowym. Wcześniej w takim planowaniu uczestniczyłem w Stanach Zjednoczonych przed najbardziej spektakularnymi operacjami. Wtedy też spotykaliśmy się wiele razy z różnymi zespołami i omawialiśmy sekunda po sekundzie, co kto będzie robił. Nawet rozrysowaliśmy plakaty, żeby każdy wiedział, gdzie ma stać i co ma robić. Tym razem obyło się bez plansz, ale nie mam wątpliwości, że wszyscy plan mamy w głowie. Wszystko jest tak przećwiczone, że nie może się nie udać.

INTUBACJA W BRZUCHU

Zabieg rozpoczyna się o godz. 10.30. Mama jest w znieczuleniu ogólnym. Do porodu nie znieczula się kobiet w ten sposób. Tym razem było inaczej dla dobra Alicji. Chodziło o to, żeby część leków anestetycznych przepłynęła przez łożysko do niej, tak by urodziła się nieco znieczulona i bez zwłoki można ją reanimować.

Cesarskie cięcie wykonuje prof. Krekora. – Wdech, wydech. Liczy się każda sekunda. Zaczynam. Robię cięcie van der Stiela, aby maksymalnie zmniejszyć ilość miejsc krwawiących. Nie podaję oczywiście ani karbetocyny, ani oksytocyny i koaguluję naczynia tak, żeby dać jak najwięcej czasu naszym neonatologom na intubację dziecka.

Kiedy tylko prof. Krekora wydobywa dziewczynkę z macicy, do akcji wkracza dr Katarzyna Fortecka-Piestrzeniewicz, neonatolog. – Zgodnie z planem przystępuję do intubacji na jeszcze tętniącej pępowinie. Akcja musi być niezwykle szybka. Staram się jak mogę, ale muszę powiedzieć, że pracuję w dość nietypowej, mało wygodnej pozycji. Pewnym ograniczeniem jest dość krótka pępowina. Nie mogę przyciągnąć noworodka bliżej. Dlatego wyginając się i wisząc nad mamą, intubuję maleństwo praktycznie w jej brzuchu. To dość karkołomne. I choć nie jest łatwo, udaje się.

Dzięki intubacji „na pępowinie" utlenowana krew od mamy wciąż płynie w stronę dziecka.

KARDIOCHIRURGICZNY SPRINT

Kolejny zaplanowany krok to reanimacja.

Dr Fortecka-Piestrzeniewicz: – Słyszę pojedyncze tony serduszka Alicji. Jego akcja wynosi mniej niż 60 uderzeń na minutę, co w przypadku noworodka jest w najwyższym stopniu niepokojące. Dlatego zaczynam reanimację z podaniem adrenaliny do rurki intubacyjnej. A moja koleżanka, dr Anna Majewska-Jachymska, zakłada cewnik do pępowiny i kolejna dawka adrenaliny zostaje podana bezpośrednio dożylnie. Myślę, że chyba jest dobrze. Spodziewaliśmy się, że dziecko będzie wymagało znacznie większych działań reanimacyjnych. Tymczasem Alicja po adrenalinie i wentylacji bardzo szybko i ładnie reaguje.

Pacjentce po reanimacji rośnie saturacja, akcja serca przekracza 100 uderzeń na minutę, skóra różowieje. Można realizować kolejną część planu. Na specjalnie przygotowanym wózku noworodek jedzie do sąsiedniej sali, w której czekają kardiochirurdzy. Operują prof. Jauszewska i prof. Malec.

Prof. Januszewska: – Mamy malutkie dziecko, bardzo obrzęknięte

TU I TERAZ

Nazywam się Natalia Talarczyk. Mieszkam w Tomnicach koło Krotoszyna i Ostrowa Wielkopolskiego. W pierwszym badaniach prenatalnych u malutkiej wszystko było OK. Ale gdy poszliśmy na drugie, doktor Orzechowski wykrył jakąś zmianę w okolicy serduszka. Skierował nas na dalsze badania do szpitala w Poznaniu. Ostatecznie udałam się na wizytę do doktor Julii Murlewskiej. I dzięki niej trafiłyśmy do „Matki Polki" w Łodzi. Najpierw trafiłyśmy do Zakładu Kardiologii Prenatalnej, do profesor Respondek-Liberskiej. I to ona zdiagnozowała guz w worku osierdziowym w okolicy serduszka. Co czułam? Przede wszystkim strach, bo wiadomo, jak się słyszy „guz", no to kojarzy się z najgorszym. Bałam się, że córeczka może nie przeżyć. Wszyscy mówili nam, że guzy tego typu w okolicy serca to jest przypadek bardzo rzadki i takiego typowego schematu leczenia nie ma. Lekarze robili więc co mogli, szukali też rozwiązań w literaturze. Podczas opieki w szpitalu, na wielu konsultacjach w szerokim gronie, lekarze zaplanowali, jak ratować Alicję. Po porodzie, gdy się wybudziłam i usłyszałam, że Ala żyje, złe emocje puściły. Poczułam ulgę i szczęście. Udało się doprowadzić do tego, że córeczka się urodziła i żyje, i możemy z nią być tu i teraz.

z powodu niewydolności krążenia. Po urodzeniu waży ok. 2200 gramów. Jeśli odliczymy wodę zatrzymaną w organizmie, masa oscyluje między 1400 a 1600 gramów. Ocieramy maleństwo z mazi płodowej i zaczynamy operację.

Otwieranie klatki piersiowej kardiochirurdzy zaczynają w 11. minucie życia pacjentki. – Zaraz po przecięciu mostka i otwarciu worka osierdziowego wylewa się duża ilość surowiczego płynu i już po chwili widzimy otorbiony guz wielkości mandarynki. Szypuła guza jest związana ze ścianą aorty wstępującej bardzo blisko odejścia prawej tętnicy wieńcowej. Musimy uważać, żeby precyzyjnie usunąć przyczep guza, tak by nie uszkodzić tętnicy wieńcowej. Fałszywy ruch oznacza w tym momencie śmierć dziecka.

Wszystko idzie zgodnie z planem. W 17. minucie życia Alicji guz jest całkowicie usunięty. Jeszcze krótka hemostaza (szypuła guza jest obficie unaczyniona, trzeba zatamować krwawienie), założenie drenu do śródpiersia i klatkę piersiową Alicji można już zamykać. W czasie trwania całej operacji dziecko jest stabilne z dobrą funkcją serca i płuc. Operacja jest skończona.

– Szybciej niż ja skończyłem cesarskie cięcie – zauważa prof. Krekora.

HAPPY END

Można odwołać wszystkie scenariusze awaryjne. Jeden z nich zakładał, że w razie trudności dziecko zostanie podłączone do ECMO. To terapia stosowana u noworodków z najcięższymi formami niewydolności oddechowej. Urządzenie i obsługujący je perfuzjonista opuszczają salę.

Pod salą operacyjną siedzi zdenerwowany tata dziewczynki. Kiedy dowiaduje się, że wszystko się udało, oddycha z ulgą. Był przygotowany na to, że jeśli dojdzie do katastrofy, wejdzie pożegnać się z córką i ją ochrzcić.

Chwilę później Alicja jedzie do Kliniki Intensywnej Terapii i Wad Wrodzonych Noworodków i Niemowląt. W sali operacyjnej czeka inkubator transportowy z respiratorem, strzykawki automatyczne, tak żeby małą jak najszybciej przetransportować trzy piętra wyżej, gdzie czeka przygotowane stanowisko do intensywnej terapii.

Zaczyna się kolejny etap ratowania Ali. – Najpierw wybieramy odpowiedni typ wentylacji – wylicza dr Fortecka-Piestrzeniewicz. – Mała na początek ma sporo zaburzeń, choćby kwasicę metaboliczną. Przecież w ciągu kilkudziesięciu minut przeszła bardzo wiele.

Przez tydzień stan dziecka się stabilizuje. Ale w siódmym dniu przychodzi poważny kryzys. Dochodzi do perforacji żołądka. Potrzebna jest kolejna operacja. Po kilku dniach problem się powtarza i Alicja jest już trzeci raz operowana.

Dr Fortecka-Piestrzeniewicz: – Na szczęście od początku jest niesamowitym wojownikiem i wszystkie perturbacje bardzo dobrze znosi. Bardzo szybko odstawiamy aminy katecholowe, czyli wspomaganie krążenia. Równie szybko redukujemy parametry wentylacji. Bo mimo że spodziewaliśmy się dużego niedorozwoju płuc, w 16. dobie życia Alicja jest ekstubowana i sama zaczyna oddychać.

Po kolejnych kilku tygodniach zapada decyzja o wypisie do domu. Ala wychodzi ze szpitala w piątek 29 sierpnia – dokładnie dwa dni po planowym terminie porodu.

Prof. Malec: – Operowałem w wielu szpitalach na całym świecie. W Polsce to dziecko można było uratować tylko w Instytucie „Centrum Zdrowia Matki Polki".

▼ *Po dramatycznym wyścigu z czasem szczęśliwa rodzina razem. Alicja wygrała życie*

fot.:archiwum prywatne

GAZETA LEKARSKA

PRAKTYKA LEKARSKA

Rak piersi: dobre leczenie, słaba profilaktyka

ANTONINA KRYŃSKA
DZIENNIKARKA

Nowotwór nie wybiera, ale lekarze mogą pomóc, by kobiety miały większą szansę wygrać z chorobą. Klucz tkwi w profilaktyce i szybkim rozpoznaniu – a tu Polska wciąż ma wiele do nadrobienia.

Co roku aż 21 tys. Polek słyszy diagnozę: „Ma pani raka". Niestety, nowotwór ten zbiera coraz większe śmiertelne żniwo. Polska jest jedynym krajem Unii Europejskiej, w którym śmiertelność z jego powodu wciąż rośnie, zamiast maleć.

LEPIEJ NIE WIEDZIEĆ

– Czynników wzrostu zachorowalności jest wiele: starzenie się populacji, zmiany w stylu życia, zwłaszcza otyłość, mniejsza aktywność fizyczna, gorsza jakość diety i nawyki żywieniowe czy używki, np. alkohol. Nie bez znaczenia są też zmiany hormonalne: mniejsza dzietność, późniejsze ciąże czy niektóre hormonalne terapie zastępcze. Raki piersi są też częściej wykrywane dzięki większej dostępności badań i poprawie ich jakości – mówi Piotr Gierej, chirurg onkolog, specjalizujący się w nowotworach piersi.

Polki zgłaszają się jednak do lekarza zbyt późno, mimo iż w Polsce funkcjonuje dobrze rozwinięty system badań przesiewowych.

– Co więcej, wiek kobiet objętych programem profilaktycznym został ostatnio obniżony: obecnie kobiety w wieku od 45 do 74 lat mogą co dwa lata wykonać bezpłatną mammografię – przypomina dr Aleksandra Konieczna, onkolog kliniczny, specjalizujący się w nowotworach piersi.

Niestety, zgłaszalność na badania przesiewowe w Polsce jest dramatycznie niska – niewiele ponad 30 proc. To pokazuje, że wiele Polek wciąż niechętnie korzysta z dostępnych form profilaktyki. Z raportu przygotowanego przez OnkoCafe wynika, że znaczna część kobiet po prostu nie odczuwa potrzeby wykonywania badań.

fot.: Shutterstock.com

▲ *Rak może wzmocnić, dać energię i odwagę, by mówić o nim głośno, ale rzetelnie. Bo dziś w większości przypadków rak to nie wyrok*

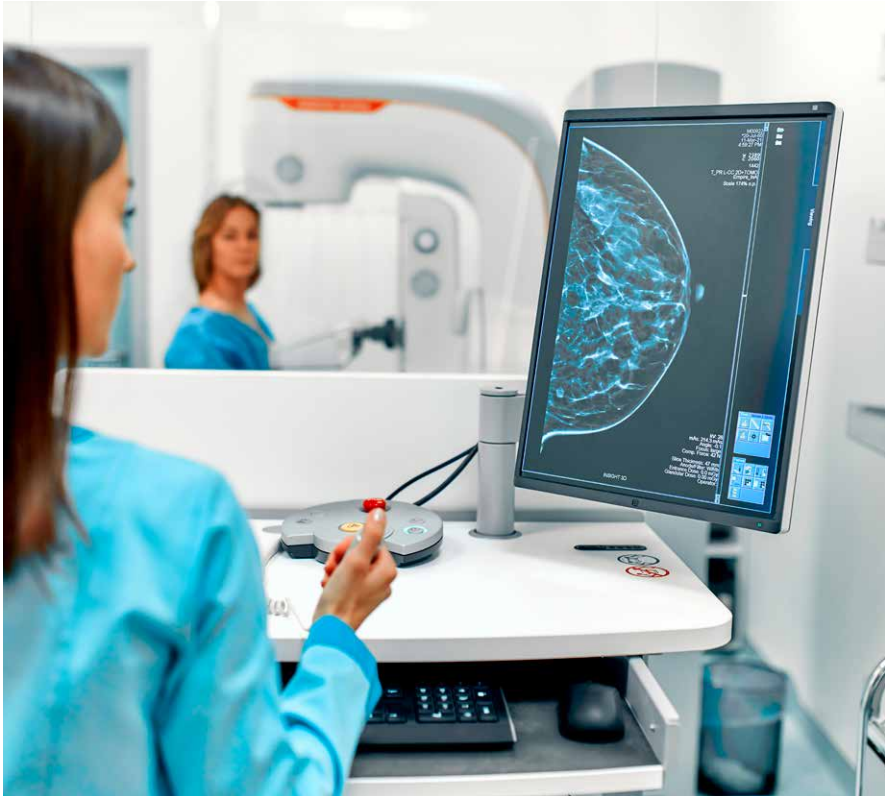
DLACZEGO TAK SIĘ DZIEJE?

– W Polsce brakuje świadomości, na czym polegają badania przesiewowe i do kogo są kierowane. Tymczasem są one przeznaczone dla osób zdrowych. Ich celem jest wczesne wykrycie choroby, zanim pojawią się jakiekolwiek objawy. W momencie wystąpienia symptomów mówimy już nie o profilaktyce, lecz o diagnostyce. To fundamentalna różnica, której wiele osób nadal nie rozumie – wyjaśnia dr Konieczna.

Jej zdaniem jednym z czynników wpływających na niski poziom zgłaszalności jest brak imiennych zaproszeń na badania. Choć w październiku prowadzone są intensywne kampanie edukacyjne, doświadczenia innych krajów pokazują, że właśnie spersonalizowane zaproszenia są skutecznym narzędziem zachęcającym kobiety do udziału w badaniach.

– Pacjentki często podkreślają, że gdy otrzymują takie zaproszenie, trudniej im je zignorować. Mówią: „Jak mnie osobiście zapraszają, to może rzeczywiście powinnam pójść". Środowiska medyczne od lat postulują, by włączyć lekarzy rodzinnych i lekarzy medycyny pracy w promocję mammografii. Pojawiają się też propozycje, aby badanie było elementem obowiązkowych badań okresowych. Wciąż poszukuje się skutecznych sposobów, jak zachęcić kobiety do regularnych badań – podkreśla onkolożka.

Tymczasem dostępność mammografii w Polsce jest obecnie bardzo dobra. Z danych Ministerstwa Zdrowia wynika, że dostępnych jest około 80 tys. wolnych terminów.



fot.: Shutterstock.com

▶ *Dostępność mammografii w Polsce jest dziś bardzo dobra – wolne terminy można znaleźć nawet w ciągu godziny, korzystając z Internetowego Konta Pacjenta lub centralnego portalu rejestracyjnego*

Mammografię można wykonać bez skierowania – czasem już w ciągu godziny – korzystając z Internetowego Konta Pacjenta lub centralnego portalu rejestracyjnego. Wystarczy znaleźć chwilę czasu.

REKONSTRUKCJA – POTRZEBA, A NIE LUKSUS

Lekarze uważają, że sama diagnostyka przebiega sprawnie, choć liczba pacjentek jest bardzo duża.

– Obecny poziom leczenia raka piersi w szpitalach oceniam jako wysoki. Coraz częściej leczenie koncentrowane jest w oddziałach terapii raka piersi – tzw. BCU (breast cancer unit). Wprowadzenie karty DILO wymusiło lepszą organizację procesu diagnostycznego i szybsze wdrażanie leczenia. Z rozmów z onkologami wynika też, że dostęp do programów lekowych w większości przypadków nie odbiega od innych krajów europejskich. Większość terapii, także nowoczesnych, jest dostępna w Polsce – mówi dr Piotr Gierej.

Podobnie ocenia sytuację dr Aleksandra Konieczna: – Leczenie raka piersi w Polsce odbywa się na światowym poziomie. W ramach programów lekowych dostępne są bardzo nowoczesne terapie, a Ministerstwo Zdrowia regularnie ogłasza nowe opcje. Dzięki temu nasze pacjentki mają dostęp do skutecznych i innowacyjnych metod leczenia.

Wciąż brakuje jednak refundacji niektórych leków. – Jeśli chodzi o leczenie uzupełniające, oczekujemy jeszcze na refundację niektórych nowoczesnych leków, np. inhibitora CDK4/6 w terapii wczesnego hormonozależnego raka piersi. Jeden z nich jest już dostępny, ale mamy nadzieję, że wkrótce pojawi się także druga, równie skuteczna opcja – zaznacza dr Konieczna.

Dużo gorzej wygląda możliwość rekonstrukcji piersi po mastektomii.

– Każda kobieta powinna mieć możliwość wykonania rekonstrukcji odroczonej. W tym zakresie system nie jest wydolny i nie promuje wykonywania takich zabiegów. Procedury rekonstrukcji są słabo wycenione, często nie pokrywają nawet kosztów szpitala. Nie rozumiem, dlaczego nie są rozliczane w ramach kart DILO. Przecież rekonstrukcja, nawet odroczona, powinna być traktowana jako element leczenia, także w aspekcie psychicznym – tłumaczy Piotr Gierej.

W Polsce brakuje świadomości, że badania przesiewowe są dla osób zdrowych. Ich celem jest wykrycie raka, zanim pojawią się jakiekolwiek objawy

Czas oczekiwania zależy od ośrodka i bywa bardzo zróżnicowany – czasem sięga kilku lat. Do zaawansowanych zabiegów, np. mikrochirurgicznych, potrzebny jest dobrze wyszkolony zespół, którym nie każdy szpital dysponuje. Rekonstrukcje wykonywane są albo w oddziałach chirurgii onkologicznej, które są niewydolne z powodu liczby pacjentek, albo w oddziałach chirurgii plastycznej, których nie ma wiele. W żadnym z nich nie są to procedury opłacalne dla szpitala.

RAZEM SILNIEJSZE

Środowisko amazonek to jedna z najlepiej zorganizowanych grup pacjenckich. Jest wiele fundacji, grup wsparcia i inicjatyw. Amazonki uczą, wspierają, pokazują różne perspektywy. Lekarze i specjaliści też to zauważają.

– Amazonki i inne organizacje pacjenckie są niezwykle potrzebne. To często pierwsza linia wsparcia dla pacjentek, działająca poza systemem NFZ. Fundacje oferują edukację, rehabilitację, spotkania z lekarzami, warsztaty, a przede wszystkim wsparcie psychologiczne. Sama często uczestniczę w takich wydarzeniach i widzę, jak ogromną wartość mają one dla pacjentek – mówi dr Konieczna.

Dr Gierej dodaje: – Każda organizacja działa nieco inaczej, ale wszystkie są bardzo potrzebne. Zrzeszają kobiety, które same przeszły leczenie, wiedzą najlepiej, z jakimi wyzwaniami się to wiąże. To także ważna siła w działaniach na rzecz pacjentek. Oczekiwałbym

GAZETA LEKARSKA

jeszcze większych nacisków na decydentów poprzez media, by realizować postulaty poprawiające jakość i dostępność leczenia.

RAJD PEŁNĄ PIERSIĄ I „NADAL JESTEM KOBIETĄ"

Choroba to nie tylko strach, ból i cierpienie. Można ją przekuć w coś dobrego – dla siebie i innych. Tak było w przypadku Karoliny Sobieraj.

Rak piersi obecny był w jej rodzinie od pokoleń. Gdy dowiedziała się, że jest nosicielką mutacji BRCA1, postanowiła działać. Założyła Fundację Świadomi Życia i grupę „Warszawskie Amazonki".

– Fundacja to moja przestrzeń, w której mogę realnie wspierać innych, korzystając z własnego doświadczenia. Organizujemy warsztaty artystyczne, spotkania z psychoonkologami i lekarzami. To czas, w którym pacjenci mogą poczuć, że nie są sami – mówi.

Jednym z jej pierwszych projektów był Rajd Pełną Piersią. – Chciałam pokazać kobietom po chorobie, że życie może być pełne adrenaliny i radości. Uczestniczki wsiadały do terenówek, jeździły po błotnistych trasach, malowały wojenne barwy. To dawało im radość, poczucie sprawczości i energię – opowiada Sobieraj.

Fundacja prowadzi także kampanię „Nadal jestem kobietą" prezentującą zdjęcia i historie kobiet po chorobie onkologicznej. Organizuje szycie poduszek rehabilitacyjnych dla pacjentek, prowadzone przez same pacjentki – dla innych chorych.

MOJA MAMA JEST KOSMITKĄ

Lidia Dyndor była w trzeciej ciąży, gdy usłyszała diagnozę raka piersi. Miała 34 lata i – jak wspomina – jej świat w jednej chwili się zatrzymał. Jednocześnie niemal natychmiast podjęła decyzję, że nie będzie robić z choroby tabu.

– Od początku wiedziałam, że nie będziemy szeptać, nie będziemy udawać, że nic się nie dzieje. Postanowiłam, że nie będziemy też ukrywać tego przed dziećmi. One doskonale wyczuwają emocje dorosłych i gdy nie rozumieją, co się dzieje, przeżywają wszystko jeszcze mocniej – opowiada.

To właśnie dla swoich dzieci Lidia stworzyła bajkę, która stała się osią książki „Moja mama jest kosmitką? Czyli jak rozmawiać ze swoim dzieckiem o chorobie nowotworowej". Bohaterka opowiada w niej o mamie, która nagle wygląda inaczej – traci włosy, jest zmęczona, potrzebuje więcej odpoczynku. W bajkowy sposób pokazane są wszystkie zmiany, jakie zachodzą w rodzinie podczas leczenia onkologicznego.

– Chciałam, żeby ta bajka była punktem wyjścia do rozmów z dziećmi. Ułatwia rodzicom zrobienie tego pierwszego kroku i daje im słowa, których czasem brakuje. To książka, która nie tylko oswaja dzieci z chorobą mamy, ale też daje dorosłym narzędzie, jak o tym mówić – tłumaczy.

Publikacja składa się z dwóch części: bajki oraz poradnika dla rodziców. W części praktycznej Dyndor zebrała wskazówki, jak rozmawiać z dziećmi o raku, jak odpowiadać na ich pytania i jak reagować na emocje. Książka stała się szeroko znana w środowisku amazonek i jest dziś wykorzystywana także przez psychoonkologów.

To jednak niejedyna jej aktywność. Lidia założyła kanał OnkoFitka Lidka na YouTube.

Polska jest jedynym z krajów Unii Europejskiej, w którym śmiertelność z powodu raka wciąż rośnie, zamiast maleć

– Chciałam mówić o raku spokojnie, rzeczowo, bez epatowania cierpieniem. Pokazywać, że można żyć normalnie, a wiedza daje siłę i poczucie bezpieczeństwa. Każdy odcinek poświęcam jednemu zagadnieniu – od odżywiania w trakcie leczenia, przez różne metody terapii, po rehabilitację i powrót do codzienności. Zapraszam specjalistów, którzy dzielą się wiedzą, tłumaczą trudne kwestie i rozwiewają mity – mówi.

Kanał szybko stał się rozpoznawalny w środowisku amazonek. Oprócz filmów edukacyjnych znalazło się w nim także miejsce na rozmowy o emocjach, relacjach i życiu po raku. – Zależało mi, żeby pacjentki nie czuły się osamotnione. Żeby zobaczyły, że wiele kobiet przechodzi przez to samo i że nie trzeba się wstydzić pytań ani lęku – dodaje.

Dziś Dyndor prowadzi szkolenia z profilaktyki onkologicznej, współpracuje z fundacjami pacjenckimi i angażuje się w kampanie społeczne. – Rak mnie wzmocnił. Dał energię i odwagę, by mówić o nim głośno, ale rzetelnie, bez koloryzowania. Bo dziś w większości przypadków rak to nie wyrok. To choroba przewlekła, z którą można żyć – podkreśla. •

reklama

PRAKTYKA LEKARSKA

Na co umierali władcy Polski. Zagadki zgonów sprzed wieków

LIDIA SULIKOWSKA
DZIENNIKARKA

Przyczyny śmierci królów i królowych od dawna budzą emocje i kontrowersje. Otruła czy nie? Choroba weneryczna czy rak? Nagły udar czy przewlekła niewydolność nerek? Dziś do rozwiązywania tych tajemnic włączają się lekarze, którzy łączą siły z historykami.

Przyczyny śmierci polskich monarchów i członków rodzin panujących od wieków fascynują badaczy i opinię publiczną. Próby rozwikłania tych zagadek są jednak niezwykle trudne – źródła historyczne bywają skąpe, a dostęp do szczątków często ograniczony. Mimo to warto podejmować te wysiłki, bo rozwój medycyny daje możliwość dostrzeżenia szczegółów, które wcześniej pozostawały niewidoczne. Takie wyzwanie kilka lat temu podjął interdyscyplinarny Zespół Badań nad Dworami i Elitami Władzy, działający dziś przy Zamku Królewskim na Wawelu. Projekt powstał z inicjatywy trzech historyków: prof. Marka Ferenca i dr hab. Katarzyny Kuras z Instytutu Historii Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, a także dr hab. Bożeny Czwojdrak z Instytutu Historii Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach.

– Działamy od maja 2017 r. Skupiamy ludzi z różnych dziedzin nauki, dzięki czemu możemy prowadzić badania nad dworami i elitami władzy wieloaspektowo. Jednym z celów jest uzyskanie możliwie najbardziej precyzyjnej informacji, na co umierali polscy władcy. Kwestie te nadal budzą kontrowersje, więc warto się im przyglądać – tłumaczy Bożena Czwojdrak.

Nie byłoby to możliwe bez wsparcia specjalistów z zakresu biologii i medycyny. Dlatego stałe miejsce w zespole zajmują prof. Artur Pałasz (neurohistolog kierujący Zakładem Histologii Katedry Histologii i Embriologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach) i dr hab. Rafał Skowronek (medyk sądowy, patomorfolog, kierownik Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej

fot.: Muzeum Narodowe w Warszawie - Zbiory Cyfrowe

▲ *„Śmierć Barbary Radziwiłłówny", obraz autorstwa J. Simmlera (1860), Muzeum Narodowe w Warszawie, domena publiczna (cyfrowe.mnw.art.pl)*

GAZETA LEKARSKA

fot.: Shutterstock.com

◀ *W ustalaniu przyczyn zgonów postaci historycznych najbardziej pomaga badanie szczątków*

i Toksykologii Sądowo-Lekarskiej SUM i szef Pracowni Histopatologii Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu).

DIAGNOZY SPRZED WIEKÓW

Rafał Skowronek na co dzień wykonuje sekcje zwłok, wydaje opinie na potrzeby różnego rodzaju postępowań i przeprowadza diagnostykę histopatologiczną i cytologiczną materiału biopsyjnego. Po pracy pochłania go medycyna z historią w tle. Wspólnie z prof. Arturem Pałaszem zgłębiają materiały źródłowe, w których szukają wskazówek na temat przyczyn śmierci poszczególnych monarchów.

– Ograniczamy się do badania dostępnych źródeł pisanych. Im więcej ich mamy, tym więcej możemy ustalić. Optymalnie jest, jeśli w przeszłości była wykonana sekcja zwłok lub chociaż ekshumacja i badanie szczątków kostnych. Czasem możemy wykorzystać ustalenia naszych poprzedników, np. prof. Zbigniewa Marka z Krakowa, który miał okazję badać szczątki niektórych postaci pochowanych na Wawelu – mówi Rafał Skowronek. Zaznacza, że kategoryczne ustalenie przyczyny zgonu osoby, która zmarła tak dawno, nie jest możliwe: – Wypowiadamy się z mniejszym lub większym prawdopodobieństwem – podkreśla. O wyborze postaci do analizy i doborze źródeł decydują historycy Zespołu Badań nad Dworami i Elitami Władzy.

WIRTUALNA SEKCJA ZWŁOK

Zespół przyjrzał się dotychczas kilku postaciom historycznym. Na pierwszy ogień wzięto Barbarę Radziwiłłównę, polską królową i wielką księżną litewską (zm. w maju 1551 r). O jej śmierci krążyło wiele teorii, m.in. twierdzono, że zabiła ją kiła. Królowa miała się zakazić, gdyż prowadziła rozwiązłe życie erotyczne. Bardzo popularna jest też plotka, że żonę Zygmunta II Augusta otruła jego matka, królowa Bona. Pojawiały się również analizy, że Barbara zmarła z powodu nowotworu narządów płciowych. Z materiałów źródłowych wiemy, że chorowała co najmniej kilka lat. Cierpiała na bóle w okolicach brzucha, z czasem pojawiły się owrzodzenia narządów rodnych z cuchnącą wydzieliną.

W tej sprawie Rafałowi Skowronkowi i Arturowi Pałaszowi miały pomóc m.in. listy króla Zygmunta II Augusta do Radziwiłłów, receptury medyczne ordynowane Barbarze Radziwiłłównie, wyniki oględzin szczątków królowej (z 1931 r. i 2001 r.), a także analizy naukowe z lat 1935-2015. W przeszłości różni badacze stawiali m.in. na sepsę, wysiękowo-ropne zapalenie przymacicza, nowotwór narządu rodnego (rak szyjki macicy lub rak macicy). Duet ze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego za najmniej prawdopodobną przyczynę śmierci uznał wersję o otruciu. W swojej analizie opublikowanej w Repozytorium Cyfrowym Instytutów Naukowych zwrócili uwagę, że zatrucia kończące się zgonem mają najczęściej przebieg ostry. Dodali jednak, że nie było badań toksykologicznych, które by jednoznacznie wykluczyły otrucie, a taką próbę można by podjąć, badając szczątki. Nie postawili też na chorobę weneryczną. Wyjaśnili, że próżno szukać opisu typowych kolejnych objawów kiły, a także informacji o ordynacji środków przeciwkiłowych stosowanych w tamtych czasach. Za najbardziej prawdopodobną przyczynę zgonu uznali zaawansowaną chorobę nowotworową narządu rodnego. Poddali diagnostyce różnicowej różne nowotwory żeńskich narządów płciowych i doszli do wniosku, że Barbara Radziwiłłówna najprawdopodobniej zmarła z powodu raka szyjki macicy. To wnioski zgodne z ustaleniami Zbigniewa Kuchowicza z 1976 r. oraz litewskich badaczy z 2015 r.

ŚMIERĆ STEFANA BATOREGO

Na wirtualny stół sekcyjny śląskich badaczy trafili także: Stefan Batory, Stanisław August i Michał Poniatowscy, Władysław IV Waza, August II Mocny i Kazimierz Wielki.

– Augusta II Mocnego najpewniej zabiła podagra. W przypadku Kazimierza Wielkiego w grę wchodziły przyczyny mieszane: niedoleczona noga po złamaniu, skutkująca długim unieruchomieniem, co doprowadziło do zapalenia płuc i śmierci króla – wymienia Bożena Czwojdrak.

Z kolei bracia Poniatowscy mogli mieć rodzinną predyspozycję do zdarzeń sercowo-mózgowo-naczyniowych. Według ustaleń Skowronka i Pałasza Michała Poniatowskiego (zm. 1794) najprawdopodobniej zabiła sepsa z punktem wyjścia w układzie oddechowym, a być może wcześniej wystąpił u niego udar mózgu. Natomiast u jego brata, Stanisława Augusta (zm. 1798), doszło do rozległego udaru mózgu, co doprowadziło do jego zgonu.

Wokół śmierci Stefana Batorego krążyło sporo hipotez. Co tak nagle zabiło króla, który aktywnie uczestniczył w wojnach i, zdawałoby się, był w sile wieku? Monarcha zmarł 12 grudnia 1586 r. w wieku 53 lat. Niedługo przed śmiercią miał czuć się dobrze, brał nawet udział w polowaniu, które było jego wielką pasją.

Nic nie wskazywało na to, co niebawem nastąpi. Podobno w jednej chwili zaniemógł. Od tego momentu ze zdrowiem króla było coraz gorzej. Po kilku dniach zmarł.

Wydaje się, że analiza tego przypadku jest wdzięcznym tematem, bo mamy sporo materiałów źródłowych, w tym arcyciekawą polemikę pomiędzy dwoma lekarzami króla (Mikołajem Bucellą i Szymonem Simoniusem), dokument z badania zwłok dokonanego tuż po śmierci króla, a także ustalenia komisji medycznej prof. Franciszka Waltera z 1933 r. oraz innych badaczy. Wśród możliwych przyczyn śmierci wymieniano m.in. mocznicę w przebiegu wielotorbielowatości nerek, udar mózgu, otrucie, dusznicę bolesną, zatory tłuszczowe po urazie, chorobę alkoholową. Według Skowronka i Pałasza zgon miał charakter złożony. Z ich analizy dostępnej w portalu RCIN dowiadujemy się, że śmierć króla najprawdopodobniej nastąpiła zarówno w wyniku przewlekłych zmian chorobowych (z dominującą rolą patologii nerek), jak i skutków urazu, do którego doszło w ostatnim okresie życia Stefana Batorego. Badacze ustalili, że monarcha mógł cierpieć na niewydolność nerek na podłożu ich wielotorbielowatości, dnę moczanową, uogólnioną miażdżycę tętnic, nadciśnienie tętnicze, chorobę niedokrwienną serca, przewlekłą ranę prawego podudzia, otyłość.

BADANIE RÓWNOLEGŁE

W dociekaniu przyczyn śmierci Stefana Batorego dodatkowo uczestniczył zespół badaczy z Gdańska. Jacek Gulczyński, patomorfolog z Zakładu Patologii i Neuropatologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, wspólnie z prof. Adamem Szarszewskim, kierownikiem Zakładu Historii i Filozofii Nauk Medycznych GUMed, przeprowadzili dla zespołu dworskiego IH PAN równoległe badanie, niezależne od ustaleń zespołu Skowronka.

– Zgodziliśmy się, że z ogromnym prawdopodobieństwem pierwotną przyczyną śmierci było zwyrodnienie torbielowate nerek. Wiemy o tej chorobie, ponieważ po śmierci króla dokonano częściowego otwarcia zwłok. Opis wyglądu nerek dość wyraźnie wskazuje na wielotorbielowatość – tłumaczy Jacek Gulczyński. – Jak dla mnie jednak pozostaje zagadką, co bezpośrednio zabiło króla. Wielotorbielowatość prowadzi do wielu patologii, w tym nadciśnienia tętniczego i miażdżycy, niewydolności nerek, mocznicy oraz ryzyka infekcji i/ lub sepsy. Nie sposób określić, co dokładnie się stało – stwierdza patomorfolog.

fot.: Narodowe Archiwum Cyfrowe

◀ *Szczątki Stefana Batorego, Narodowe Archiwum Cyfrowe, domena publiczna*

Dodaje, że wielotorbielowatość nerek wiąże się z podwyższonym ryzykiem powstania tętniaków w mózgu. Z historycznych zapisów ostatnich dni życia Stefana Batorego wiemy, że miał duże rzuty gorączki oraz że co najmniej raz upadł i stracił przytomność. – Być może doszło do krwawienia podtwardówkowego lub przymózgowego związanego z pęknięciem tętniaka – zwraca uwagę Jacek Gulczyński.

DYSKUSJE NA WAWELU

Szczegółowe wyniki ustaleń członków Zespołu Badań nad Dworami i Elitami Władzy są przedstawiane i omawiane podczas konsyliów historyczno-medycznych odbywających się w Krakowie na Wawelu. – Spotkania mają charakter otwarty, a na koniec odbywa się dyskusja z udziałem publiczności. Często biorą w niej udział wybitni eksperci, również lekarze i historycy. Przykładowo ostatnio ku mojej radości często naszym gościem jest dr hab. Tomasz Konopka z Katedry Medycyny Sądowej CM UJ w Krakowie, również pasjonat historii medycyny – opowiada Rafał Skowronek. Najbliższe konsylium zaplanowano na 28 listopada. – Będzie ono poświęcone śmierci Zygmunta I Starego. Zapraszam do udziału w tym wydarzeniu – mówi Bożena Czwojdrak.

Rezultaty badań Pałasza i Skowronka są sukcesywnie publikowane na łamach pisma „Studia Waweliana". Na razie ukazały się analizy przyczyn śmierci Barbary Radziwiłłówny, Stefana Batorego i braci Poniatowskich. Znajdziemy tam szczegółowe wyjaśnienia prawdopodobnej przyczyny zgonu, jak i porównanie ich wniosków z ustaleniami różnych badaczy z przeszłości. – Planowane są kolejne publikacje – zapowiada Bożena Czwojdrak.

ROZWÓJ PALEOPATOLOGII

Jak podkreśla Jacek Gulczyński, warto się przyglądać na nowo zgonom osób, które zmarły wieki temu, bo rozwój technologii pozwala pewne obserwacje zmieniać. Uważa jednak, że zdecydowanie najbardziej w ustaleniu przyczyn zgonów postaci historycznych pomaga badanie szczątków. – Na przykład badanie tomograficzne daje nam wiedzę, która kilkadziesiąt lat temu była nieosiągalna. Za pomocą endoskopu można pobrać wycinki fragmentów tkankowych z wnętrza zmumifikowanego ciała. Współprzewodniczę grupie roboczej Europejskiego Towarzystwa Patologów do spraw historii patologii i w związku z tym współpracuję z Włoskim Towarzystwem Paleopatologii. Tam paleopatologia bardzo się rozwija. Niestety, w Polsce dostęp do szczątków jest utrudniony. Mam nadzieję, że to się zmieni – mówi Jacek Gulczyński.

Rafał Skowronek zwraca uwagę, że gdyby był dostęp do szczątków kostnych, można by zweryfikować wiele hipotez. – Niestety aktualnie nie jest to możliwe, głównie z powodu niechęci władz kościelnych do udostępniania szczątków władców do badań. W wielu krajach europejskich wszystkie dostępne szczątki kostne zostały dokładnie przebadane. Przykładem mogą być nasi sąsiedzi z Czech – mówi Rafał Skowronek. – Mam nadzieję, że w przyszłości będziemy mogli zbadać szczątki naszych władców z wykorzystaniem metod stosowanych we współczesnej medycynie i genetyce sądowej. Zwłaszcza te, które jeszcze nigdy nie były zbadane, np. spoczywające na Wawelu szczątki króla Jagiełły – dodaje. •

GAZETA LEKARSKA

FELIETON

Nie krzycz

Na sali operacyjnej czas dłuży się niemiłosiernie – igła wciąż nie wbita, operatorzy zerkają jak diabeł do Betlejem, pielęgniarki kamienne jak posągi. Kusi, żeby huknąć. Ale czy naprawdę o to chodzi w kształceniu lekarzy?

JAKUB SIECZKO
ANESTEZJOLOG

Skuteczne znieczulenie podpajęczynówkowe da się zrobić w trzy minuty. Indukcję znieczulenia ogólnego czy blokadę splotu ramiennego w pięć, a dość duży fragment skóry na koniec operacji zaszyć w siedem. Czasami jednak to trwa i trwa, i trwa. Ta szczególna sytuacja, za którą nie bardzo się w szpitalach przepada, nazywa się „Młody/młoda się uczy". Patrzę więc czasem na to mozolne przygotowywanie i przeprowadzenie – dajmy na to blokady splotu ramiennego – przez rezydenta i aż bym chciał mu tę igłę z ręki zabrać. Operatorzy tupią nogami przed drzwiami operacyjnej i patrzą przez uchylone drzwi (moje absolutnie ulubione określenie tego aktu to zasłyszane u doświadczonej anestezjolożki: „Zaglądają jak diabeł do Betlejem"), pielęgniarki operacyjne już ubrane na jałowo z kamiennymi minami siedzą na krzesłach, czas zdaje się pewnie im płynąć jak na najnudniejszym z zebrań – okropnie się wszystkim dłuży, kiedy młody się uczy.

Huknąć na młodego najlepiej, poradzić mu „ogarnięcie się" (cokolwiek to znaczy), poradzić „Szybciej, proszę". Albo wprowadzić zasadę, że procedury wykonują tylko doświadczeni, jak młodemu czy młodej idzie za długo – widocznie się nie nadaje. Niech potrenuje na świńskich nóżkach, niech poogląda jakieś filmy w internecie, jakiś kurs zrobi i wróci. Ma wrócić i ma mu od razu wychodzić. Tak? Otóż nie.

Na dyplomie potwierdzającym uzyskanie specjalizacji w odpowiedniej dziedzinie, oprócz zaszczytnego i ciężko wypracowanego miana „specjalisty", powinno się dopisywać określenie drugie, równie ważne – „nauczyciel". Może nawet powinno się umieszczać to na każdym lekarskim dyplomie, bo przecież wszyscy, przynajmniej przez część swojej ścieżki zawodowej, jesteśmy nauczycielami. Uczymy studentów, stażystów, przekazujemy niejednokrotnie naszą wiedzę przedstawicielom innych zawodów medycznych, no i wreszcie najbardziej rolę tę widać w kształceniu specjalizacyjnym. Czy w dziedzinach zabiegowych, czy zachowawczych, zostając starszym asystentem, niechybnie zostaje się też (czasem formalnie, jako kierownik specjalizacji) nauczycielem tych, którzy swoją drogę zawodową zaczynają po nas.

Podobno dawniej były czasy – mówią, dziś czasów nie ma. Kiedy czasy były, to na dyżurach nie wylewało się za kołnierz, dochody nieformalne przewyższały te formalne, no i *last but not least*, podstawową formą komunikacji z młodymi była połajanka (chciałem napisać mocniej, ale w tak zacnym periodyku jak „Gazeta Lekarska" umieszczanie prawie wulgaryzmów nie uchodzi; sądzę, że jednak mogą się szanowni czytelnicy domyślić – słowo zaczyna się na literę „o"). Tak się młodych dawniej uczyło – dzień się od połajanki zaczynał, w środku dnia jeszcze ze dwie albo trzy i na pożegnanie obsztorcować delikwenta należało raz jeszcze, żeby miał o czym myśleć w drodze z pracy. Jak się komuś taki system nie podobał, widocznie się nie nadawał. Jakoś dzięki takiemu systemowi pokolenia lekarzy, niekiedy wybitnych, przecież wykształciliśmy. Aż by się chciało napisać: „Nikt nie narzekał, a teraz to młode pokolenie jakieś słabe, wrażliwe, płatki śniegu". Niektórzy (w tym tacy, którzy specjalistami zostali całkiem niedawno) zresztą ten pogląd na kształcenie młodszych kolegów i koleżanek mają nadal – podstawową metodą nauki jest dla nich krytyka. Znacie przecież państwo te lekarskie dyżurki czy sale operacyjne, gdzie atmosfera podczas rozmowy korygującej z rezydentem jest gęsta tak, że można ją kroić nożem.

> Możesz wbić igłę w trzy minuty, zaszyć ranę w siedem i uśpić pacjenta w pięć. Ale jednej rzeczy nie da się zrobić błyskawicznie: nauczyć młodego lekarza, a już na pewno nie krzykiem

Czy czasy kiedyś były lepsze, nie wiem, nie pamiętam. Śmiem jednak twierdzić, że czas na czasy, w których nierozumną krytykę należy uczynić niemodną, by nie rzec – obciachową. Po pierwsze, to nieprofesjonalne. Często młodzi jeszcze ludzie, których przyszło nam kształcić, nie są naszymi

dziećmi, podwykonawcami, nie prowadzimy też zakładu poprawczego. Spotykamy się tam w jednym miejscu jako dwie w gruncie rzeczy obce sobie osoby związane stosunkiem pracy. Fakt bycia dalej na drodze zawodowej nie zawiesza zasad kultury osobistej. Ktokolwiek pozwala sobie na docinki osobiste wobec drugiego – niezależnie od tego, czy jest to rezydent w szpitalu, kasjerka w sklepie, czy mechanik w warsztacie – jest, powiedzmy to sobie jasno, szanowni – po prostu chamem. Czym innym jest bowiem – co wydaje mi się prawdą banalną, ale jednak chyba nie przez wszystkich przyswojoną – krytyka danego zachowania, czym innym personalna krytyka danej osoby. Możesz powiedzieć: „Złap to narzędzie inaczej", „Wbij tę igłę głębiej", „Zlecenia trzeba napisać jeszcze raz", nie możesz jednak w swej niezmierzonej wyższości twierdzić: „Do niczego się nie nadajesz" czy „Ogarnij się, bo wszystko ci leci z rąk".

Po drugie, to nie działa. Przez wiele lat byłem instruktorem Europejskiej Rady Resuscytacji, uczyłem też pierwszej pomocy w innych organizacjach. Na kursie instruktorskim Rady jedną z umiejętności, którą kształci się, a potem ocenia u potencjalnego instruktora, jest udzielanie informacji zwrotnej, po angielsku feedbacku. Aż dziw bierze, że chociaż w medycynie prawie każdy lekarz jest dla kogoś nauczycielem, nie przekazuje się tych bardzo prostych prawd – jak ocenić coś, co ktoś z naszych młodszych kolegów zrobił. Europejska Rada Resuscytacji zaleca, aby informację zwrotną zacząć od plusów, po nich przejść do minusów. Równie ważne jak poprawianie błędów w procesie kształcenia jest bowiem to, aby wzmacniać dobre nawyki. Zanim powiesz więc rezydentowi, że niezbyt dobrze uwidocznił nerw promieniowy, doceń to, że dobrze wizualizuje w USG igłę. Zanim wspomnisz, że klips podczas cholecystektomii został założony zbyt wysoko czy nisko, doceń prawidłowe zamknięcie kolejnych warstw. Choć wydawać się to może na początku nieco sztuczne, działa i są na to dowody naukowe. Dlatego właśnie Europejska Rada Resuscytacji zaleca taki sposób udzielania informacji zwrotnej, bo udowodniono, że ludzie otrzymujący wspomniany feedback w tej formie poprawiają swoje umiejętności szybciej, uzyskują lepsze wyniki. Możemy więc radośnie twierdzić, że dawniej to były czasy i połajanka jest królową kształcenia medycznego, jesteśmy jednak wtedy po prostu nieskuteczni.

reklama

Po trzecie, bywa to – mam czasem wrażenie – kompensacją problemów z własną wartością. To nie zakład pracy, ale gabinet psychologiczny powinien być miejscem, gdzie się próbuje z takimi problemami radzić. Poza tym ludzie po prostu nie będą cię przez to lubić – nie zbudujesz autorytetu, za to przestaną cię zapraszać na imprezy i będzie taka grupa na WhatsAppie, gdzie będą wszyscy z oddziału oprócz ciebie.

Po czwarte, wycieczki osobiste to puste komunikaty, słowa bez zawartości merytorycznej, za to często celnie raniące. Co oznacza bowiem: „Ogarnij się"? Co ma zrobić adresat takiej porady? Poprawić ubranie? Fryzurę? Napiąć mięśnie? Jakie konstruktywne działania ma podjąć ten, któremu doświadczony specjalista był uprzejmy przekazać, że ma dwie lewe ręce? Zrobić sobie przeszczep dłoni? „Każdy człowiek, którego spotkasz, toczy jakąś walkę, o której nic nie wiesz, więc dla każdego bądź miły" – głosi popularna w internecie maksyma. (Google podaje chyba piętnastu jej autorów, więc uznajmy cytat za anonimowy). W świecie, w którym głośno mówi się o kryzysie zdrowia psychicznego, w którym (podaję za Fundacją Nie Widać Po Mnie) trzydzieści procent lekarek i lekarzy cierpi na zaburzenia depresyjne i lękowe, personalną krytyką można trafić w bardzo wrażliwy punkt osoby, której równowaga życiowa jest chwiejna.

Chcesz pokrzyczeć – idź na koncert punkrockowy, trybunę piłkarską albo na marsz w jakiejś słusznej sprawie. W polskiej medycynie trzeciej dekady XXI wieku na taką formę komunikacji nie ma już miejsca.

Napisz do autora:
sieczko.gazetalekarska@gmail.com

GAZETA LEKARSKA

PRAKTYKA LEKARSKA

Rehabilitacja równie ważna jak farmakoterapia

O znaczeniu nowoczesnych technik fizjoterapii w leczeniu chorób płuc mówi **prof. dr hab. n. med. Wojciech Piotrowski** w rozmowie z Piotrem Kościelniakiem.

Choroby płuc, takie jak np. POChP, to czwarta najczęstsza przyczyna zgonów na świecie, odpowiada za ok. 10 proc. zgonów rocznie według WHO. Dlaczego jest tak źle?

Najpoważniejszym problemem jest tu oczywiście palenie papierosów, w tym palenie przez kobiety. To w znaczący sposób przyczynia się do liczby zachorowań oraz zgonów. Pierwszym krokiem powinna być zatem edukacja społeczeństwa i wdrożenie działań ograniczających użycie tytoniu. Dochodzi tu jeszcze jeden aspekt, czyli starzenie się społeczeństwa, bo POChP jest jedną z chorób układu oddechowego związaną ze starzeniem się organizmu.

Co możemy zrobić poza edukacją i działaniami zmierzającymi do redukcji liczby osób palących? Na pewno liczy się wczesne rozpoznanie, czyli po prostu diagnostyka, badania przesiewowe w kierunku przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Tu najistotniejsza jest rola lekarzy rodzinnych, którzy powinni pytać pacjentów o wczesne objawy, takie jak przewlekły kaszel, pogarszająca się tolerancja wysiłku. No i przynajmniej raz w roku warto zrobić badanie spirometryczne, które jest podstawą rozpoznania POChP.

POChP to tylko część problemu – statystyka WHO mówi generalnie o chorobach płuc. Jak wygląda leczenie mukowiscydozy, astmy, stanów rozstrzenia oskrzeli czy chorób zakaźnych, jak na przykład powracającego ostatnio krztuśca? Może problemem są standardy leczenia?

To bardzo złożony temat, bo tutaj musimy rozdzielić pewne rzeczy, jak mukowiscydoza, niektóre postaci rozstrzenia oskrzeli, które mogą mieć charakter chorób o charakterze wrodzonym, genetycznie uwarunkowanym. Tu czynniki zewnętrzne zwykle nie mają większego znaczenia. W przypadku POChP jest inaczej. To jest sprawa, którą na którą mamy wpływ przez profilaktykę, leczenie…

> Najistotniejsza jest rola lekarzy rodzinnych, którzy powinni pytać pacjentów o wczesne objawy, takie jak przewlekły kaszel, pogarszająca się tolerancja wysiłku

Pod pewnymi względami leczenie, zwłaszcza rehabilitacja chorych, jest jednak podobna…

Tak, stosuje się leki w postaci inhalacji, które zapewniają optymalną drogę podawania leku i minimalne objawy niepożądane, redukując efekty ogólnoustrojowe. Jednocześnie osiągamy wysokie stężenie tych leków w drogach oddechowych, czyli tam, gdzie chcemy to osiągnąć. Ale w przypadku POChP jest jednak inna filozofia leczenia. Podstawą leczenia jest tu tak zwana podwójna bronchodylatacja, a więc stosowanie leków rozszerzających oskrzela o dwóch różnych mechanizmach działania – długo działających betamimetyków oraz długo działających leków antycholinergicznych. Natomiast w przypadku astmy podstawą jest leczenie przeciwzapalne, czyli stosowanie glikokortykosteroidów wziewnych, ewentualnie z dodatkiem innych leków, takich jak leki rozszerzające oskrzela. I muszę przyznać, że nawet wśród specjalistów te różnice nie są w wystarczający sposób rozpoznawane. W związku z tym mamy wielu chorych na POChP, którzy są leczeni jak astmatycy.

Pomówmy chwilę o metodzie mechanicznego wspomagania oczyszczania drzewa oskrzelowego, która ma zastosowanie przy większości wymienionych wyżej chorób. Jaka jest jego wartość i dostępność w Polsce?

Tutaj trzeba zacząć od tego, że rehabilitacja oddechowa, w tym fizjoterapia, jest w przypadku POChP czy rozstrzeni oskrzeli metodą leczenia równie ważną jak farmakoterapia. Niestety, w Polsce te metody leczenia są zupełnie niedoceniane. Przede wszystkim są nieodpowiednio finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia…

Czyli nie są refundowane…

…nie są refundowane lub są refundowane w sposób dalece niedostateczny. I to się przekłada również na ich dostępność, bo

szpitalom czy poradniom specjalistycznym nie opłaca się organizować drogich ośrodków, które byłyby przygotowane do prowadzenia takiej terapii. Na przykład w województwie łódzkim mającym 2,4 mln obywateli, z których – jak wiemy – ok. 10 proc. choruje na POChP, a dodajmy inne jeszcze choroby przewlekłe, którym towarzyszy zaleganie nadmiernej ilości wydzieliny w drogach oddechowych, zapotrzebowanie na tego rodzaju interwencje jest ogromne. I na tak liczną grupę pacjentów mamy tylko jeden ośrodek rehabilitacji oddechowej, który znajduje się w Łagiewnikach. Jest świetnie wyposażony, z bardzo dobrze przygotowaną kadrą, ale przyjmuje pacjentów na dziesięciu łóżkach, a zatem pokrywa ułamek procenta potrzeb województwa. Są województwa, w których nie ma nawet jednego takiego ośrodka.

W takie urządzenia wyposażone są wszystkie centra transplantacji płuc w Polsce. Gdzie jeszcze powinny trafić?

Do każdego ośrodka zajmującego się rehabilitacją w chorobach płuc. Tak jak mówiłem, fizjoterapia jest tylko elementem tej rehabilitacji, bo przede wszystkim mamy tutaj ćwiczenia wzmacniające ogólną sprawność, czynność mięśni szkieletowych, mięśni oddechowych, nauczanie prawidłowych technik oddychania, radzenia sobie z uczuciem duszności, elementy psychoterapii, edukacji antynikotynowej. Jeżeli chodzi o techniki oczyszczania dróg oddechowych, to jest to jeden z elementów fizjoterapii i oczywiście w wielu chorobach takie oczyszczanie jest niezwykle ważne. Na przykład u chorych z rozstrzeniem oskrzeli, które może być chorobą niezależną, ale może też towarzyszyć innym chorobom, takim jak POChP, astma i choroby śródmiąższowe, zaleganie tej wydzieliny uruchamia błędne koło prowadzące do nadkażenia przez bakterie, w tym przez groźne bakterie oportunistyczne, takie jak *Pseudomonas aeruginosa*, które powodują kolejne zaostrzenia. To potęguje destrukcję drzewa oskrzelowego, nasila zmiany, no i wytwarza mechanizm błędnego koła prowadzący do ciężkiego, nieodwracalnego i postępującego zniszczenia układu oddechowego. W tym kontekście oczyszczanie jest kluczowe.

fot.: archiwum własne

◀ ***Prof. dr hab. n. med. Wojciech Piotrowski*** *jest kierownikiem Kliniki Pneumonologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, kierownikiem Oddziału Klinicznego Pulmonologii i Alergologii z Pododdziałem Chorób Wewnętrznych Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. N. Barlickiego w Łodzi*

Jak wygląda technika tego oczyszczania?

Takich metod jest wiele, pojawiają się też coraz nowsze urządzenia i techniki. Jedną z nowszych technologii jest urządzenie do drenażu autogenicznego (mechaniczna oscylująca eksuflacja wysokiej częstotliwości), powodujące drgania i uruchomienie tej wydzieliny. To oryginalny pomysł, tego typu urządzenia są już zresztą dostępne w Polsce. Mają bardzo szerokie zastosowanie, idealnie nadają się do wspomagania leczenia zaostrzeń rozstrzeni oskrzeli, jak również do prowadzenia chorych w okresie przewlekłym, czyli między zaostrzeniami, co pozwala na zmniejszenie ryzyka tych zaostrzeń i zmniejsza częstość hospitalizacji.

W tej chwili prowadzone są badania kliniczne wśród chorych na mukowiscydozę i chorych na rozstrzenie oskrzeli, a także analizy porównawcze z innymi technikami i urządzeniami do oczyszczania drzewa oskrzelowego.

Wspomniał Pan o kwestii finansowej. Czy to są drogie urządzenia?

Cena samego urządzenia to 10-20 tys. zł. Koszty związane są przede wszystkim z ich obsługą, czyli z uzupełnianiem jednorazowych końcówek, ustników, całego oprzyrządowania, które jest przeznaczone dla jednego pacjenta. W całej strukturze kosztów szpitala nie są to sumy znaczące.

Rozumiem, że przy tych stosunkowo niewielkich nakładach techniki te istotnie skracają czas rehabilitacji i pozwalają szybciej wrócić do zdrowia?

Dokładnie tak, bo mając świadomość, wyszkolonych specjalistów i sprzęt, korzyści wynikające z prowadzenia tej terapii byłyby nie tylko ważne dla jakości życia pacjentów, ale i opłacalne dla systemu ochrony zdrowia ze względu na rzadsze zaostrzenia i hospitalizacje, które generują niepotrzebne wydatki. ●

GAZETA LEKARSKA

WYWIAD LEKAR(S)KI

Raj o 300 mil stąd

Jakie rozwiązania warto przenieść ze Szwecji do polskiego systemu ochrony zdrowia, a co funkcjonuje u nas lepiej – opowiada **Karolina Jagiełło**, specjalistka psychiatrii, w rozmowie z Marią Kłosińską.

Przez kilka lat pracowałaś w Szwecji jako lekarka, dziś wróciłaś do Polski. Porozmawiajmy o decyzjach, które stały za wyjazdem i powrotem, oraz o tym, czego nauczyłaś się o systemie ochrony zdrowia po obu stronach Bałtyku.
Dziękuję za zaproszenie. Uprzedzę realia: rozmawiamy „w trybie matki lekarki", więc obok jest dziecko, a na nagraniu mogą pojawić się dźwięki grzechotki. To zresztą bardzo szwedzkie: praca i rodzicielstwo w pracy często współistnieją i nie budzi to sensacji.

W Polsce często mówimy o powołaniu. Jak Szwedzi postrzegają zawód lekarza: bardziej jako służbę czy po prostu pracę wykonywaną profesjonalnie, po której zamyka się drzwi gabinetu?
W Szwecji to przede wszystkim praca. Studia są trudne i długie, ale nie towarzyszy im mit wyjątkowej misji. Codzienność ma granice: po godz. 17 naprawdę się wychodzi. Święte są przerwy: lunch i fika, czyli kawa z czymś słodkim. Widziałam, jak zespół operacyjny punkt dwunasta podmienił się przy stole: jedni poszli na lunch, drudzy weszli. To nie skandal, to standard.

Z polskiej perspektywy brzmi to jak herezja. Zejdźmy do formalności. Jak wyglądało uzyskanie prawa wykonywania zawodu w Szwecji, kiedy wyjeżdżałaś, a jak wygląda dziś?
Gdy wyjeżdżałam około dekady temu, procedura była prostsza. Składało się dokumenty z uczelni i izby, zaświadczenie o niekaralności, a pracodawca oceniał znajomość szwedzkiego. Dziś poprzeczkę podniesiono: jest wymagany certyfikat językowy i obowiązkowy półroczny staż w systemie, który obowiązuje także specjalistów. To trudniejsze organizacyjnie, ale daje bezcenne rozeznanie w szwedzkich realiach.

Czyli obecnie każdy zaczyna od stażu? Jak to się wlicza w dalszą ścieżkę szkolenia?
Co do zasady tak. Staż odbywa się w działającym szpitalu albo w POZ i bywa zaliczany wstecz do specjalizacji. Zaczęłam od razu rezydenturę i dziś widzę, że przegapiłam cenne pół roku nauki systemu: jak działa SOR, jak funkcjonuje podstawowa opieka, jakie są standardy w oddziałach. Staż jest zwykłą pracą, tylko pod ściślejszym nadzorem.

Jak wygląda ten nadzór w praktyce?
Rezydent i stażysta nie zostają sami. Na dyżurze jest specjalista na miejscu albo, co jest częste, pod telefonem z obowiązkiem dojazdu mniej więcej w pół godziny, jeśli sytuacja tego wymaga. W psychiatrii to kluczowe np. przy decyzjach o leczeniu przymusowym. Za gotowość nocną płaci się wyższe stawki, a gdy faktycznie wzywają, rozliczenie proporcjonalnie rośnie.

A studenci kierunku lekarskiego? Wspominałaś, że po piątym roku wchodzą w system pracy.
Tak, mogą pracować w POZ albo na SOR-ze, prowadząc wstępną kwalifikację, ale zawsze mają „parasol" w postaci specjalisty albo na miejscu, albo dostępnego do konsultacji np. telefonicznej. To odciąża system, choć nie ma co ukrywać, że dyżury bywają naprawdę ciężkie.

Zostańmy przy systemie. Co było dla Ciebie najtrudniejsze po przyjeździe?
Dwa elementy: język i kulturowe rozumienie granic. W Polsce zdarzało się, że pacjent dzwonił do mnie nawet wtedy, gdy byłam na oddziale, bo oczekiwał i chciał być ambulatoryjnie konsultowany w pogorszeniu choroby psychicznej właśnie przeze mnie. W Szwecji granica jest wyraźna: dziś jestem na oddziale, więc nie mogę zajmować się pacjentami z poradni. Najpierw był szok, potem ulga. System zakłada początek i koniec pracy, a jakości pilnuje zespół i procedury.

Skierowania i dostęp do specjalisty to u nas gorący temat. Jak to działało u Was?
Skierowanie wysyła lekarz elektronicznie do konkretnej poradni lub ośrodka i to lekarz dostaje odpowiedź: „brak miejsc" lub „termin za 12 miesięcy". Jeśli się nie uda, szuka opcji, czyli wysyła skierowanie do kolejnej poradni. Problemem są dłuższe nieobecności w pracy, bo zawsze trzeba znaleźć zastępcę, który będzie podglądał koszyk badań i skierowań. Ta odpowiedzialność spoczywa na lekarzu. Jest to ogromnym stresem i negatywnym aspektem pracy lekarza w Szwecji. Specjaliści „odbijają" skierowania, bo uważają, że problem pacjenta jest zbyt błahy, żeby go ocenić „na żywo". Realia pacjentów są bardzo trudne: bardzo często czekają miesiącami, podczas gdy ich skierowania są odbijane jak w „ping pongu", a następnie w kolejce do specjalisty. W praktyce kolejki są długie, a Szwedzi, choć narzekają, w dużej mierze je akceptują. Nie mają dwóch opcji, nie mają wyboru między opieką medyczną prywatną a państwową. Jest tylko państwowa.

Relacja lekarz–pacjent. Co zaskoczyło Cię najbardziej?

Forma i ton. Z pacjentem jesteśmy na „ty" i mówimy sobie po imieniu. To skraca dystans formalny, ale nie znosi profesjonalnych ram. W psychiatrii rozmawiamy o rzeczach trudnych, w tym o lęku, śmierci, myślach samobójczych. W społeczeństwie jest sporo samotności i indywidualizmu; tym bardziej trzeba cierpliwie budować relację. Jednocześnie pacjenci rzadko podważają decyzje lekarza i nie przychodzą z plikami wydruków z internetu.

A odpowiedzialność prawna?
Nie ma pozwów cywilnych przeciw lekarzom. Zdarzenia niepożądane traktuje się jako błąd w procedurze, a nie winę jednostki. Każda klinika ma kierowników medycznych, którzy analizują przypadki, przeglądają dokumentację i wyciągają wnioski. Dlatego brak klauzuli wyższego dobra w Polsce, szukanie winnego to droga donikąd zarówno dla pacjentów, medyków, jak i całego systemu. I Szwecja z systemem *no fault* to wzór.

W Polsce narzekamy na papierologię…
Biurokracja w Szwecji też istnieje, tylko jest inna. Jest dużo skal i rejestrów jakości, sporo dokumentowania. Elektroniczne skierowania i odpowiedzialność lekarza za dalszy ruch sprawy tworzą realne obciążenie administracyjne. Jednocześnie rzadziej myślałam o refundacji i rejestracjach leków czy o „papierowym" uzasadnianiu decyzji wobec pacjenta, bo po prostu było więcej zaufania.

Z perspektywy rozwoju: co Cię uwierało?
Kultura „wszyscy jesteśmy równi" bywała demotywująca. Jeśli ktoś przyjmowałby dziesięciu pacjentów, gdy w poradni przyjęte było przyjmować pięciu, mógłby usłyszeć, że podwyższa poprzeczkę innym. Troska o wypalenie pracownika była też dość sztuczna ze strony pracodawcy. Ponadto pracodawca może zostać oskarżony przez pracownika o nieprzestrzeganie higieny pracy i pracodawca się bardzo tego boi. W Szwecji pracownik ma ogromne prawa, a możliwości zwolnienia z umowy na stałe są praktycznie zerowe. Nieważne, jak ten pracownik byłby zły. Skutkowało to tym, że wśród nas byli lekarze, którzy popełniali błędy medyczne, ale nic nie można było z nimi zrobić. Ambicja nie była premiowana, raczej tonowana. Rozumiem troskę o tempo i unikanie wypalenia, ale bywało to frustrujące.

Co z tego szwedzkiego doświadczenia zabrałabyś do polskiego systemu?

fot.: A. Boguski

▶ *System zakłada początek i koniec pracy. Najpierw był szok, potem ulga – tak wspomina* ***Karolina Jagiełło*** *(z prawej) swój pobyt w Szwecji*

Trzy rzeczy. Po pierwsze: profesjonalne ramy czasowe i uważność – godzina naprawdę dla pacjenta, a osobny czas na dokumentację. Po drugie: konsekwencję w budowaniu procedur i uczeniu się na błędach, bez szukania kozłów ofiarnych. Po trzecie: szacunek dla granic, bo jesteśmy lekarzami, ale też ludźmi. Granice nie są brakiem serca, są warunkiem dobrej pracy. I jeszcze przeniosłabym do Polski brak kuriozalnego karania lekarza za refundację i brak straty czasu na ocenianie refundacji. W Szwecji pacjent wydaje określoną kwotę maksymalną na leki rocznie i następnie pozostałe miesiące resztę leków ma za darmo. Dodałabym w Polsce funkcjonujący w Szwecji system współpłacenia: wizyt, transportów medycznych. Jeśli nie odwołasz wizyty w poradni do 24 godzin przed, to płacisz za wizytę, tak, w publicznej ochronie zdrowia!

A czego nie przenosić wcale?
Czystego, wyłącznie „urzędowego" myślenia o zawodzie. W Polsce cenię serce i zdrowe zaangażowanie, i to, że wciąż mówimy „pacjent", a nie tylko „sprawa do załatwienia". Złoty środek leży pośrodku: bez mitologizowania, ale też bez odhumanizowania.

Kiedy podejmowałaś decyzję o powrocie, co przeważyło?
Mieszanka prywatnych i zawodowych powodów. Czułam, że zamknęłam ważny rozdział, a jednocześnie chcę sprawdzić, co z tamtego świata ma sens tutaj. Po latach w Szwecji inaczej rozumiem odpowiedzialność, granice i rolę zespołu. Chcę z tym doświadczeniem pracować dla pacjentów w Polsce.

A logistyka życia? Jak w tej układance mieści się macierzyństwo?
W Szwecji łatwiej o elastyczność: opieka nad chorym dzieckiem jest oczywista, a rozmowa o potrzebach opiekuńczych jest normalna. Elastyczny czas pracy polega np. na tym, że można odebrać dziecko z przedszkola, wychodząc wcześniej z pracy, albo jak zachoruje. Liczba godzin pracy ma się zgadzać. Można też łączyć pracę z urlopem macierzyńskim, który się dzieli na godziny, np. pracować dwie godziny krócej dziennie. W Polsce bywa trudniej, ale przyniosłam nawyk mówienia wprost: teraz mogę, teraz nie mogę; dziś potrzebuję zamiany dyżuru. To nie fanaberia, tylko uczciwe zarządzanie zasobami.

Co powiedziałabyś lekarce lub lekarzowi, którzy stoją dziś przed dylematem: wyjechać czy nie?
Żeby spróbować. Wyjechać, jeśli jest ciekawość; wrócić, jeśli przyjdzie potrzeba; a jeśli znów będzie ciągnęło za granicę, to też dobrze. Kariera medyczna to maraton, nie jeden sprint. Doświadczenia z różnych systemów poszerzają horyzont i uczą elastyczności. ●

◀ *Cała rozmowa do obejrzenia w serwisie YouTube*

GAZETA LEKARSKA

NIL NA SZYBKO

Debatoza, czyli choroba sektora zdrowia

Podczas licznych konferencji i dyskusji panelowych prezentowane są pomysły na rozwiązanie najbardziej palących problemów. Szkoda, że nie ma politycznej woli, by te pomysły wprowadzić w życie.

JAKUB KOSIKOWSKI
RZECZNIK NACZELNEJ IZBY LEKARSKIEJ

Zakończyły się kolejne już, XXII Igrzyska Lekarskie w Zakopanem. Wszystkim medalistom i uczestnikom serdecznie gratulujemy i zapraszamy za rok nad Bałtyk. Igrzyska w Cetniewie 2026, organizowane przez Komisję ds. Sportu Naczelnej Izby Lekarskiej, odbędą się 26-30.08.2026 r. w nadmorskim Centralnym Ośrodku Sportu. Dlaczego taki termin? Otrzymaliśmy wiele próśb, czy jest szansa na wakacje, tak by również lekarskie dzieci w wieku szkolnym mogły skorzystać z tej imprezy. Tak, jest taka szansa! Do zobaczenia nad morzem!

Mieliśmy spore zamieszanie z wPWZ dla lekarzy z Ukrainy. Najpierw prezydent Nawrocki zawetował ustawę, która zawierała przywrócenie wygaszonego po naszych staraniach w październiku 2024 r. trybu przyznawania warunkowego PWZ – o co jako samorząd apelowaliśmy. Następnie zgłosił do konsultacji swój projekt, który zawierał dokładnie takie same szkodliwe zapisy, jak zawetowany. Oczywiście złożyliśmy do Belwederu stosowne stanowisko w tej sprawie. Na szczęście, przechodzący w tej chwili przez Sejm i Senat projekt nie zawiera już przywrócenia warunkowego prawa wykonywania zawodu. Wygląda na to, że udało się rozwiązać problem podwójnych standardów i faworyzowania lekarzy obcokrajowców wobec rodzimych absolwentów medycyny.

Byliśmy obecni tam, gdzie „zjeżdżają się wszyscy ważni", czyli na Forum Ekonomicznym w Karpaczu. Podebatowano, za rok się pewnie znów tam spotkamy w podobnym gronie ekspertów i podebatujemy nad tym, co się przez ten rok nie zmieniło. Szkoda, że na takich panelach poruszanych jest tak wiele problemów, pada wiele rozwiązań, sugestii, prezentowana jest też inna optyka niż ta polityków i mimo to nie wykorzystują oni tej wiedzy. Debatoza to chyba choroba całego naszego sektora – mimo jasnego prezentowania pomysłów brakuje woli politycznej, by coś zmienić. Pozostaje zaśpiewać: „Wszyscy zgadzają się ze sobą, a będzie nadal tak jak jest". •

O TYM SIĘ MÓWI

Zmiany w zasadach wPWZ

Konsekwentnie prowadzony jest dialog z rządem w sprawie rozwiązań legislacyjnych dotyczących zasad przyznawania warunkowego prawa wykonywania zawodu (PWZ) lekarzom i lekarzom dentystom spoza Polski. Jest szansa, że przyniesie to efekt oczekiwany przez środowisko. Uwzględnienie merytorycznych uwag zgłaszanych przez samorząd lekarski do kolejnych wersji rządowego projektu ustawy o zmianie niektórych ustaw w celu weryfikacji prawa do świadczeń na rzecz rodziny dla cudzoziemców oraz o warunkach pomocy obywatelom Ukrainy daje szansę na uporządkowanie przepisów. Zaproponowane przez NRL rozwiązania mają zapewnić pacjentom właściwy poziom opieki lekarskiej bez względu na kraj pochodzenie lekarza. Prezydium NRL podkreśla, że negatywnie ocenia praktykę dokonywania zmian w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty w ramach skróconej ścieżki legislacyjnej, czyli bez przeprowadzenia konsultacji publicznych i przyspieszoną procedurą sejmową. Jednak mimo niekorzystnych warunków legislacyjnych samorząd lekarski doprowadził do poważnego dialogu i skutecznie obronił podstawowe zasady przyznawania prawa wykonywania zawodu w Polsce.

Dostęp do zawodu a zaufanie

Prezydium NRL po zapoznaniu się z rządowym projektem ustawy o zmianie niektórych ustaw w celu weryfikacji prawa do świadczeń na rzecz rodziny dla cudzoziemców oraz o warunkach pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa, który został skierowany do Sejmu 9 września 2025 r., zgłosiło swoje uwagi, z którymi można zapoznać się na stronie nil.org.pl. PNRL zwraca uwagą, że niezwykle krótki, praktycznie jednodniowy, termin, w którym samorząd lekarski zgłasza uwagi do projektu ustawy, nie pozwala na szczegółową jej analizę. Przedmiotem szczególnej oceny parlamentarzystów w trakcie prac

legislacyjnych powinny stać się projektowane zmiany dotyczące ograniczenia uprawnień obywateli Ukrainy do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Środowisko lekarskie nie mogłoby zaakceptować sytuacji, w której przyjęte zostałyby rozwiązania prawne ograniczające dostęp do opieki zdrowotnej, w tym farmakoterapii, osobom, które znajdują się w stanie zagrożenia życia czy zdrowia.

NIL: dane, płace, przyszłość

Z okazji 20-lecia działalności Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) zorganizowała w Warszawie konferencję. W jej trakcie akcentowano, jak analiza danych wpływa na jakość, bezpieczeństwo i efektywność systemu ochrony zdrowia. Prezes NRL Łukasz Jankowski podkreślił wagę tej analizy oraz nasze wspólne wyzwania: – Wiemy, jak wygląda rzeczywistość dzięki pracy AOTMiT. Wiemy też, że nasza współpraca jest dobra, ale wymagająca. Analityczne podejście jest dla nas bardzo ważne, bo dzięki temu wiemy, gdzie jesteśmy. Odnosząc się do tematu wynagrodzeń, prezes Jankowski powiedział: – Mam poczucie, że w dyskusji o wynagrodzeniach lekarzy i kominach płacowych źle zadajemy pytania i bardzo szybko chcemy uzyskać odpowiedzi. Chciałbym patrzeć szerzej – jak sprawić, by lekarze i pielęgniarki zarabiali godnie, a system był funkcjonalny. A może warto zapytać, jak sprawić, aby podmioty lecznicze nie musiały konkurować o kadrę tylko przez wynagrodzenia? A może problem leży gdzie indziej – jak skonsolidować bazę szpitalną, aby lekarz mógł pracować w jednym miejscu, na jednym etacie i tam zarabiać godnie. Dziś 30 proc. lekarzy deklaruje, że gdyby na etacie wprowadzono trzykrotność średniego krajowego dla specjalisty, zrezygnowaliby z kontraktów.

Hulajnogi i chirurgia

W siedzibie NIL odbyło się spotkanie prezesa NRL Łukasza Jankowskiego z prof. dr hab. n. med. Beatą Jurkiewicz, konsultant krajową w dziedzinie chirurgii dziecięcej i kierownikiem Kliniki Chirurgii Dziecięcej i Urologii Dziecięcej CMKP. Rozmowa dotyczyła najpilniejszych problemów stojących przed chirurgią dziecięcą w Polsce, a także narastających zagrożeń związanych z wypadkami komunikacyjnymi z udziałem najmłodszych. – Wspólnie rozmawialiśmy o palących problemach tej niezwykle trudnej dziedziny, jaką jest chirurgia dziecięca. Zwróciliśmy również uwagę na zagrożenia wynikające z rosnącej liczby wypadków z udziałem dzieci korzystających z hulajnóg. To wyzwanie, które wymaga nie tylko refleksji, ale i realnych działań – zarówno systemowych, jak i edukacyjnych – podkreślił Łukasz Jankowski, prezes NRL.

Wojskowe doświadczenie

Już pod koniec października 2025 r. w COBIK NIL rozpocznie się wyjątkowe szkolenie skierowane do lekarzy cywilnych, którzy chcą poszerzyć swoją wiedzę o zagadnienia związane z medycyną wojskową i organizacją zabezpieczenia medycznego. Szkolenie prowadzone będzie przez ekspertów z wieloletnim doświadczeniem wojskowym i akademickim. Program zaakceptował konsultant Wojskowej Służby Zdrowia w dziedzinie organizacji ochrony zdrowia wojsk – płk (rez.) dr n. med. Wojciech Wójcicki.

MÓWIĄ O NAS

Medycyna estetyczna

O bezpiecznej medycynie estetycznej mówił w Radiu Nowy Świat wiceprezes NRL Klaudiusz Komor: – Od dawna postulujemy, by wyraźnie określić listę procedur, do których wykonywania byliby uprawnieni tylko lekarze. Chodzi o procedury, które są związane z wstrzykiwaniem jakichś substancji pod skórę – czasami te substancje w normalnych warunkach mogą być truciznami, toksynami, jak na przykład słynny botoks, o którym tak dużo się mówi, to jest tak naprawdę toksyna botulinowa. Zabiegi, które muszą być wykonywane z pewnym ryzykiem dla pacjenta, po których może zdarzyć się wstrząs, powinni wykonywać lekarze w odpowiednich warunkach, w odpowiednich gabinetach, tam, gdzie istnieje możliwość udzielenia pierwszej pomocy, np. w przypadku wstrząsu anafilaktycznego.

Potrzeba specjalistów

W programie 3 Telewizji Polskiej prezes NRL Łukasz Jankowski mówił o zapotrzebowaniu systemu ochrony zdrowia na lekarzy, którzy zabezpieczyliby najbardziej wymagające kierunki leczenia. – Brakuje w zasadzie każdego typu specjalistów, ale najbardziej specjalistów chorób wewnętrznych, pediatrii, chirurgii. Zachęcamy młodych lekarzy do wyboru tych ścieżek, ale to trudne, bo wiążą się one z pracą w szpitalu – zauważył prezes Jankowski.

Stomatologia na NFZ

W portalu Forsal.pl Paweł Barucha, wiceprezes NRL i szef Komisji Stomatologicznej NRL, mówił o coraz gorszej sytuacji stomatologii w sektorze publicznym. – Niestety, stomatologia publiczna powolutku przestaje istnieć. Finansowanie, które w tej chwili jest przekazywane z NFZ, to nieco ponad 2 proc. ogólnego budżetu. To absolutnie nie wystarcza. Wszystko jest coraz droższe – media, kredyty, leasingi, pracownicy. NFZ zwiększa fundusze, ale one nawet nie pokrywają inflacji. Przekazywane środki nie tylko nie pozwalają na rozwój, ale też coraz częściej nie starczają na zwykłe przetrwanie. I to jest olbrzymi problem – stwierdził Paweł Barucha. – Dane, które pokazują spadek liczby świadczeniodawców w ostatnich latach, nie są niepokojące. To jest dramat, ponieważ lekarze nie udzielają świadczeń na NFZ pacjentom, którym one się należą. Problemu nie rozwiąże dentobus, który przyjedzie do szkoły. W województwie świętokrzyskim są gminy, w których nie ma dentystów. Niestety, Fundusz nie traktuje tego jako swojej porażki – dodał wiceprezes NRL. •

GAZETA LEKARSKA

OŚRODEK KSZTAŁCENIA

Potrzebna jest wzmożona czujność

Wycofanie się z kontaktów, utrata radości z codziennych aktywności, nagłe pogorszenie wyników w nauce – to sygnały, że w psychice dziecka dzieje się coś złego. Tylko szybka reakcja otoczenia daje szansę na skuteczną pomoc – podkreśla **dr hab. n. med. Barbara Remberk**, kierująca Kliniką Psychiatrii Dzieci i Młodzieży IPiN, w rozmowie z Lucyną Krysiak.

Wśród problemów dotyczących zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży dominują zaburzenia depresyjne i lękowe będące także przyczyną prób samobójczych. Co pokazują badania epidemiologiczne?

Badania trwały kilka lat, a ich wyniki opublikowano w 2023 r. Objęto nimi dwie grupy pacjentów – dzieci w wieku od 7 do 11 lat oraz młodzież od 12. roku życia. Zaburzeniom lękowym, depresyjnym i pokrewnym nadano wspólną nazwę – internalizacyjne. To takie zaburzenia, które dotyczą przede wszystkim przeżyć wewnętrznych i związanych z nimi cierpień, a nie zachowań, np. agresywnych.

Zaburzenia internalizacyjne dotyczyły 8,1 proc. dzieci do 12. roku życia i 6,6 proc. młodzieży, a w całej badanej grupie – 7,3 proc. Pokazały, że obraz zaburzeń psychicznych się zmienia: coraz więcej dzieci i młodzieży dokonuje samookaleczeń, rośnie też liczba dzieci zgłaszających się z myślami samobójczymi. Jednak w ostatnich latach twarde wskaźniki epidemiologiczne – jeśli chodzi o liczbę osób z zaburzeniami psychicznymi – nie uległy dużym zmianom. Zmienił się natomiast ich profil, a także sposób, w jaki dzieci wyrażają cierpienie, np. poprzez okaleczanie, oraz częstotliwość, z jaką poszukują pomocy.

Jakie są przyczyny tego zjawiska?

Przyczyny są złożone. Powszechnie uważa się, że niektóre zaburzenia psychiczne, m.in. depresja, to schorzenia cywilizacyjne, a więc związane z naszym trybem życia. Niełatwo to potwierdzić w badaniach, bo uzyskane dane trudno porównać ze środowiskiem podobnym do tego, jakie panuje na Ziemi. Wiemy natomiast, że zawrotne tempo życia, wpływ mediów społecznościowych i intensywne korzystanie z urządzeń cyfrowych sprzyjają nasileniu myśli samobójczych. Ale to też nie jest jednoznaczne, ponieważ trzeba

fot.: archiwum prywatne

◀ *Potrzeba, by szkolić lekarzy pierwszego kontaktu – uważa* ***dr hab. n. med. Barbara Remberk***

się przyjrzeć temu, w jaki sposób dzieci i młodzież korzystają z internetu.

Zmieniła się też struktura rodziny: więcej jest rodzin niepełnych, a w tych pełnych więzi często nie są tak bliskie, jak powinny. Czynnikiem stresującym, nasilającym dolegliwości, jest szkoła i panujące tam relacje rówieśnicze. Reforma edukacji goni reformę, ale szkoła wciąż pozostaje trudnym obszarem dla dzieci i młodzieży. Splata się więc wiele czynników.

Jak dostrzec, że z psychiką dziecka dzieje się coś niedobrego?

Aby dostrzec sygnały, trzeba dziecko znać i wiedzieć, jak na co dzień funkcjonuje. Jeśli rodzice utrzymują dobry kontakt z dzieckiem, jeśli nauczyciel interesuje się uczniem nie tylko przez pryzmat ocen, ale też zwraca uwagę na jego zachowanie, a lekarz pierwszego kontaktu zauważa pogorszenie samopoczucia psychicznego – wtedy jest szansa, że w porę wychwycą zmianę i zareagują.

Najbardziej niepokojące jest pogorszenie funkcjonowania. Jeśli dziecko zaczyna gorzej się uczyć, wycofuje się z kontaktów z rówieśnikami, przestaje reagować na rozrywki, które wcześniej sprawiały mu przyjemność, i nie znajduje niczego w zamian, tylko spędza czas w swoim pokoju mało aktywnie lub inaczej niż dotychczas – to sygnał, że należy jak najszybciej z nim rozmawiać i starać dotrzeć do sedna problemów.

Jeśli trudności się utrzymują, pierwszym krokiem może być wizyta u psychologa, jeśli narastają, konieczna jest pomoc psychiatry i wskazanie do leczenia ambulatoryjnego czy hospitalizacji.

Jaką rolę w kwestii wczesnej identyfikacji zaburzeń psychicznych u dziecka odgrywają lekarze pierwszego kontaktu?

Ogromną, co podkreśla się we wszystkich rekomendacjach leczenia depresji u dzieci i młodzieży. Każda wizyta kontrolna w gabinecie lekarza POZ związana z chorobami somatycznymi daje możliwość przyjrzenia się i oceny stanu psychicznego. Podobnie jest w zaburzeniach lękowych. Stąd potrzeba, by szkolić lekarzy pierwszego kontaktu. Centralny Ośrodek Badań, Innowacji i Kształcenia COBIK NIL zaproponował Sekcji Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego poprowadzenie takiego szkolenia. W programie jest wykład online dotyczący m.in. typowych i nietypowych objawów zaburzeń internalizacyjnych. Omawiając rolę lekarza POZ w ich identyfikacji, zwrócimy uwagę na sposób rozmowy z dzieckiem i rodzicami, psychoedukację, przekażemy wskazówki dla rodziców. Omówimy też procedury stosowane w sytuacjach kryzysowych. Bardzo ważna jest także sesja pytań i odpowiedzi. Szkolenie odbędzie się 10 października br. •

NIL Ośrodek Kształcenia

Ośrodek Kształcenia
Naczelnej Izby Lekarskiej

KALENDARZ SZKOLEŃ - PAŹDZIERNIK 2025

- 01.10.2025 - Jak zarządzać własnym szefem – czyli o przywództwie 360 i odważnym budowaniu swojej pozycji zawodowej.
- 08.10.2025 - Jakie lekarz ma prawa?
- ***10.10.2025 - Depresja i lęki u dzieci i młodzieży – rola lekarza pierwszego kontaktu w identyfikacji i wczesnym wsparciu.***
- 13.10.2025 - Zarządzanie jednoosobową działalnością gospodarczą przez lekarzy.
- 15.10.2025 - Zarządzanie finansami w ochronie zdrowia – praktyczne podejście do rentowności.
- 16.10.2025 - Błąd medyczny – przyczyny, konsekwencje i zapobieganie.
- 17.10.2025 - Work-life balance – jak zachować życiową równowagę.
- 20.10.2025 - Nowe prawo, nowe obowiązki – co czeka lekarzy w 2025 roku?
- 22.10.2025 - CYKL: Wstęp do publikowania – od pomysłu do artykułu Cz. II. Opisy przypadków (Case Reports) i serie przypadków – jak przygotować publikację od A do Z.
- 24.10.2025 - Korony stalowe – fakty i mity: bezpieczeństwo, wskazania i technika.
- 29.10.2025 - Mobbing w medycynie – jak go rozpoznać, jak się bronić i jak zmieniać kulturę pracy w ochronie zdrowia.
- 30.10.2025 - E-zdrowie w praktyce – czy system chroni lekarza, czy pacjenta? Jak nie pogubić się w cyfrowym leczeniu?

SZKOLENIA ORGANIZOWANE Z PARTNERAMI

- 01.10.2025 - Obsługa pacjenta unijnego - zasady weryfikacji uprawnień i przysługujący zakres świadczeń.
- 02.10.2025 - Prawne i etyczne aspekty prowadzenia badań klinicznych.
- 03.10.2025 - Fuzje i przejęcia w sektorze medycznym – co warto wiedzieć?
- 06.10.2025 - Otyłość a problemy kobiety w okresie rozrodczym i menopauzalnym.
- 09.10.2025 - 1) Pacjent z niedowładem ksobnym - diagnostyka neurologiczna i neurofizjologiczna
  2) Pacjent z niedowładem dystalnym - diagnostyka neurologiczna i neurofizjologiczna.
- 15.10.2025 - Stany padaczkowe w praktyce neurologa i neurofizjologa.
- 17.10.2025 - Nagłe stany metaboliczne w endokrynologii i diabetologii dziecięcej – część I.
  * SZKOLENIE HYBRYDOWE
- 23.10.2025 - Investigating New Ceramics in Prosthodontics.
- 23.10.2025 - Zrozumieć by działać – wiedza kluczem do praktyki.
- 27.10.2025 - Wątrobowe powikłania otyłości i ich konsekwencje.

WTORKI Z INNOWACJAMI

- 07.10.2025 - Praktyczny cykliczny przegląd AI dla lekarzy cz.2
- 14.10.2025 - Cykl szkoleń Europejska Przestrzeń Danych dotyczących Zdrowia - wtórne wykorzystywanie danych.
- 21.10.2025 - Cykl szkoleń Europejska Przestrzeń Danych dotyczących Zdrowia - wtórne wykorzystywanie danych.
- 28.10.2025 - Cykl szkoleń Europejska Przestrzeń Danych dotyczących Zdrowia - pierwotne wykorzystywanie danych.

SZKOLENIA STACJONARNE

- 01.10.2025 - Granice oraz asertywność w relacji z pacjentem.
- 09.10.2025 - Budowanie zespołu, który bierze odpowiedzialność – jak motywować pracowników medycznych?
- 10.10.2025 - Ochrona Radiologiczna Pacjenta.
- 16.10.2025 - Rola pracowników ochrony zdrowia w procedurze Niebieskiej Karty - nawiązanie kontaktu i interwencja w sytuacjach przemocy.
- 23.10.2025 - Sztuka empatycznego słuchania.

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

szkolenia@nil.org.pl (22) 559 13 00 wew. 507

GAZETA LEKARSKA

NOWE TECHNOLOGIE

E-wybory: szybko, bezpiecznie i bez barier

SYLWIA WAMEJ
DZIENNIKARKA

Lekarze i lekarze dentyści po raz pierwszy mogą oddawać głosy w wyborach samorządowych w pełni elektronicznie – z dowolnego miejsca na świecie i o dogodnej dla siebie porze. Nowy system wdrożony przez NIL spotkał się z bardzo pozytywnymi ocenami użytkowników.

Prezes NRL Łukasz Jankowski podkreślał, że system do głosowania elektronicznego w wyborach na delegatów na okręgowe i krajowy zjazd lekarzy jest dostępny, intuicyjny i przejrzysty.

– Każdy może sprawdzić, w którym jest rejonie, przenieść się do innego rejonu i oddać głos. To, co wcześniej wymagało wizyty w izbie, korespondencji i zebrań okręgowych komisji wyborczych, dziś jest dostępne online i wymaga zaledwie kilku kliknięć. Nie ma barier geograficznych ani wiekowych – zaznaczał prezes NRL.

Nowa aplikacja umożliwia nie tylko oddanie głosu, ale także zmianę rejonu wyborczego czy składanie wniosków.

ZACHĘCIĆ DO GŁOSOWANIA

Decyzja o przygotowaniu e-wyborów zapadła podczas krajowego zjazdu lekarzy wiosną 2022 r. w Warszawie. Następnie Krajowa Komisja Wyborcza (KKW) opracowała regulamin, który został przyjęty dwa lata później przez Nadzwyczajny XVI Krajowy Zjazd Lekarzy w Łodzi. Samo oprogramowanie, stworzone na zlecenie NIL, zaakceptowano 17 maja 2024 r.

– Projekt elektronicznych wyborów powstał, by zwiększyć frekwencję, która dotychczas była wyzwaniem. Lekarze mają wiele obowiązków i często trudno było im pojawić się w lokalu wyborczym o wyznaczonej godzinie. Problemy występowały też przy głosowaniu korespondencyjnym – tłumaczy Krzysztof Napora, kierownik działu IT Naczelnej Izby Lekarskiej. – E-wybory to także sposób na zaangażowanie lekarzy i lekarzy dentystów z całej Polski w działania samorządu, łatwiejszą komunikację i szerszy udział w decyzjach.

Możliwość głosowania online oznacza oszczędność czasu i prostsze procedury.

– Najważniejsze, by e-wybory były łatwe, przejrzyste, elastyczne i bezpieczne, z uwzględnieniem możliwości czasowych każdego z lekarzy. Przejście na świat cyfrowy daje możliwość zgłoszenia się kandydata bez potrzeby wysyłania listów i pójścia na pocztę, by odesłać swój pakiet wyborczy – podkreśla Napora.

JAK TO ZROBIĆ?

Logowanie do systemu jest szybkie i przyjazne. Odbywa się poprzez Węzeł Krajowy login.gov.pl z użyciem profilu zaufanego, bankowości elektronicznej, aplikacji mObywatel czy e-Dowodu. Istnieje też możliwość logowania tradycyjnego – za pomocą numeru PWZ i hasła z sekretariatu okręgowej izby lekarskiej.

– Lekarze znają ten sposób z systemu gabinet.gov.pl, który wykorzystują np. przy wystawianiu e-recept. Dlatego dla większości nie jest on nowością – dodaje kierownik IT. – Dla pozostałych przygotowaliśmy filmy instruktażowe na stronie NIL.

Na portalu NIL w zakładce „Dla lekarzy" znajduje się link do systemu wyborów przenoszący na stronę z listą wszystkich okręgowych izb. Po zalogowaniu lekarze i lekarze dentyści mogą sprawdzić swój rejon wyborczy, status procesu i składać zgłoszenia. Samo oddanie głosu zajmuje kilkanaście sekund.

– Wystarczy zalogować się, wybrać kandydata z alfabetycznej listy, zaznaczyć przy nim checkbox i kliknąć „zagłosuj". To naprawdę proste i intuicyjne. Dostępne są także informacje, ile głosów można oddać – podkreśla Krzysztof Napora.

KORZYŚCI I KOMENTARZE

Jedną z największych zalet nowego systemu jest możliwość głosowania w dowolnym miejscu i czasie. Po oddaniu głosu użytkownicy mogą dodatkowo wypełnić krótką ankietę oceniającą działanie systemu.

– Poprosiliśmy lekarzy o ocenę w skali od jednej do pięciu gwiazdek, łącznie z pozostawieniem komentarza osoby oddającej głos. Na 2607 ocen średnia wynosi aż 4,9. To pokazuje, że kierunek jest słuszny – zaznacza kierownik działu IT NIL. I dodaje: – Analizowaliśmy w kilku izbach to, w jaki sposób kandydaci są zgłaszani: czy papierowo, czy elektronicznie. Obecnie około 2/3 zgłoszeń następuje w sposób elektroniczny, natomiast 1/3 papierowo. To pokazuje, że system cieszy się rosnącym zaufaniem wśród lekarzy. Jest to coś, czego brakowało do tej pory.

Lekarze bardzo dobrze oceniają nowy system. Wśród komentarzy dominują opinie: „Bardzo prosty i wygodny system", „Dziękuję za tę formę głosowania, brawo!", „Kapitalny system – prosty i przejrzysty", „Proste, przyjemne, jednoznaczne".

Takie oceny pokazują, że e-wybory to rozwiązanie nowoczesne, potrzebne i długo wyczekiwane przez środowisko lekarskie. •

EPIKRYZA (151)

Dwa brzegi

Kinowy weekend w Kazimierzu Dolnym nad Wisłą zgromadził tłumy widzów uciekających przed letnim deszczem i burzową codziennością. Pod namiotem We Love Cinema, czyli na utęsknionym dla wielu przyjezdnych drugim brzegu, znów główną rolę odegrał niepokój o stan rzeczy wokół.

JAROSŁAW WANECKI
PEDIATRA, FELIETONISTA

Spośród ponad stu propozycji 19. Festiwalu Filmu i Sztuki wybrałem zaledwie cztery, w tym pokaz kończący wydarzenie z udziałem organizatorów, serdecznie żegnających się z publicznością. Od kilku lat z niesłabnącym zachwytem przyglądam się gali prowadzonej przez Grażynę Torbicką, której finałowym akcentem jest zespołowe podziękowanie. Liderka wszystkich zna i każdego niemal osobno docenia za najdrobniejszy nawet wkład pracy w tygodniowy maraton seansów, wystaw, koncertów i spotkań. Bez napuszenia i elegancko.

Tegoroczne wybory repertuarowe podyktował zatem mój kalendarz i program. „Sirât" w reżyserii Olivera Laxe był jedynym filmem pokazanym dwa razy, na początku i końcu przeglądu. Dzieło, szczególnie promowane przez dyrektor artystyczną, rzeczywiście okazało się warte klamry z depresyjną refleksją o kruchości rytmów życia. Świat zawsze był pełen zagrożeń, ale nie raz i nie dwa nieostrożność prowadzi ludzi tam, gdzie jest już tylko śmierć.

Zanim jednak ktoś powie mowę pogrzebową, trzeba stoczyć walkę z losem, bólem, słabościami, a niekiedy również z rodziną. „Skrzyżowanie" w reżyserii Dominiki Montean-Pańków jest świetnie skadrowaną ilustracją ostatnich akordów, które burzą doniosłość wypracowanej latami kompozycji nekrologu. Oto emerytowany lekarz (w roli głównej Jan Englert) śmiertelnie potrąca motocyklistę podczas manewru skręcania w lewo. Ofiarą wypadku jest student medycyny i pośrednio – jego ciężarna żona. Czas przyspiesza, dudni przeszłość zaniechań, przekłamań, nieuważności, nonszalancji i poczucia sprawczości nieskończonej. Z drugiej strony wdowa i chęć odwetu, a może tylko oczekiwanie zwykłych przeprosin, absurdalnie gmatwa fabułę. Kilka sekund decyduje o radykalnej zmianie relacji. Kilka sekund wykrzywia twarze bliskich, stających w kontrze, zachłannych na schedę i nieliczących się z moralnymi dylematami obwinianego (za wszystko, wszędzie, zawsze) męża, ojca, dziadka. Obrona dóbr materialnych wygrywa więc z próbą zadośćuczynienia. Okazuje się bowiem, że najważniejszy jest status quo, gdy tymczasem wielopoziomowe i niebezkolizyjne skrzyżowanie zamienia się w ukrzyżowanie. Lekarze mogą dopisać do tej zgrabnej przypowieści oczywistą przestrogę zawodową: jeden błąd, a nie milion wyleczeń, decyduje czasem o całej karierze i ludzkiej pamięci pochlapanej prokuratorskim oskarżeniem.

„Diamenty" w reżyserii Ferzana Özpeteka z założenia miały przenieść widownię do artystycznej pracowni krawieckiej, gdzie szyte są kostiumy sceniczne i filmowe. Ekran pokazuje bajkowy świat brokatów, nici i guzików, kryjący twórczą radość, nocne łzy, spełnienie w pracy i ból zwinnych rąk. Mistrzostwo detalu. Włoskie dolci z nutą goryczy i proste przesłanie o tym, że sukces zależy od wspólnoty, bez której kreatorzy mody, politycy czy działacze stają się najzwyczajniej śmieszni, grając napuszoną rolę groźnych, ważnych i niezłomnych.

Na zakończenie festiwalu wyświetlono komedię romantyczną „Skomplikowani". Publiczność bardzo dzielnie zniosła sceny ocierające się o żenadę i uległa z biegiem czasu konwencji groteskowego spojrzenia na miłosne perypetie czworga kochanków i uwikłanego w grę dziecka. Odwieczna prawda, że nikt nie potrafi zagmatwać bardziej losu niż sam interesant, zasłużyła na gromki śmiech, lekkie brawa i… bardzo długie dyskusje z pytaniem: co autor miał na myśli? Dzięki nim wyciągam wniosek, że zanim wydamy wyrok, posłuchajmy innych i spójrzmy na drugi brzeg. Zmiana perspektywy potrafi olśnić, zainspirować i przekonać lub obrzydzić, zniechęcić i pokonać.

Kiedy festiwal Grażyny Torbickiej zaledwie raczkował przed wielu laty, w Kazimierzu odbywało się jedno z posiedzeń Krajowej Komisji Wyborczej. Do Janowca, na drugi brzeg, popłynęliśmy łodzią. Wisła bajecznie odbijała krajobraz zielonych wzgórz. W powrotnej drodze nadeszła niespodziewana burza i zwykły strach zajrzał nam w oczy. Chwilę po opuszczeniu statku wystawionego na cel błyskawic, w strugach deszczu i błocie dobiegaliśmy do pensjonatu. Wysuszeni usiedliśmy wieczorem do skomplikowanej sieci głosowań i skrzyżowaliśmy argumenty w poszukiwaniu ludzi diamentów, którzy skroją zawodową przyszłość stanu lekarskiego na jego miarę i chwałę. Sirât. •

GAZETA LEKARSKA

PO GODZINACH – BŁĄD MALARSKI

Na lekko

Upał w Paryżu to piekło. W letnie dni, gdy prawie nie da się oddychać, na pomoc spieszy jedna z czołowych artystek sztuki współczesnej, Niki de Saint Phalle. Fontanna Strawińskiego, okolona z jednej strony rurami Pompidou, z drugiej zaś rzygaczami kościoła Saint-Merri, zapewnia chłód. Rzeźby jej autorstwa, z feerią barw i zawijasów, przywołują na twarzach uśmiech.

Obraz: Niki de Saint Phalle, „AIDS tu jest, chrońmy się", 1987/1988, litografia

AGATA MORKA
DOKTOR HISTORII SZTUKI

A jednak pod tym bajkowym językiem, z którego zasłynęła Niki, kryje się coś cięższego. Twórczość Niki de Saint Phalle najczęściej kojarzona jest z jej „Nanami": figurami kobiet w ruchu, jakby tańczącymi, z rozwartymi ramionami, pełnymi życia i kolorów. Mimo że Niki nie uczęszczała do żadnej artystycznej uczelni, stworzyła niezwykle charakterystyczny wizualny idiom: mocne kolory i śmiałe kształty, mające w sobie coś z dziecięcego sposobu postrzegania świata. Daleko im jednak do naiwności, tak jak w życiu prywatnym daleko było Niki do lekkości.

Choroby i traumatyczne przejścia położyły się cieniem na jej historii: molestowana w dzieciństwie przez ojca, w wieku 23 lat została poddana terapii elektroszokowej mającej wyleczyć jej załamanie nerwowe. Borykała się również z chronicznymi problemami z płucami, za które ponoć odpowiadało obcowanie z materiałami, z których wykonywała swoje rzeźby. Pod koniec lat osiemdziesiątych użyła swojego wizualnego języka, by odnieść się do plagi tych czasów: siejącego wówczas spustoszenie AIDS.

W wyniku współpracy ze szwajcarskim doktorem specjalistą od AIDS, profesorem Silvio Barandunem, napisała i zilustrowała książkę: „AIDS: nie możesz go złapać od trzymania się za ręce". Książka ta w prosty sposób wyjaśniała, w jaki sposób można się zarazić i jak można zakażenia uniknąć. Temat AIDS podjęła również w litografiach, jak w tej z 1988 r., gdzie pomiędzy wyznającymi sobie miłość ludźmi wije się wąż: zapowiedź czyhającego niebezpieczeństwa.

Scenę tę rozgrywa Niki w sposób niezwykle bezpośredni. Jasny przekaz słowny: „AIDS tu jest; chrońmy się", poparty jest intensywną obecnością dwóch postaci, którym nie brakuje koloru ani charakteru. Wyjęte z kontekstu, zdawać by się mogły kwintesencją Saint-Phallowskiej lekkości. A jednak czai się w nich coś dużo ciemniejszego: lekkość współistnieje tu z ciężarem, miłość z cierpieniem, beztroska z zagrożeniem. Niki tak mówiła o swojej twórczości: „Zaczęłam malować wśród szaleńców... Odkryłam tam mroczny świat szaleństwa i jego uzdrowienia, nauczyłam się przekładać na malarstwo swoje uczucia, lęki, przemoc, nadzieję i radość". •

Rozwiązanie zagadki z „GL" 9/2025

Szczegóły różniące obrazy:

1. **Wprowadzenie czarnych kresek.**
   Późniejsze obrazy malarza przypominały nieco technikę Jacksona Pollocka z ekspresyjnymi, nieregularnymi kreskami rozsianymi po płótnie.

2. **Zmiana kolory włosów na rude.**
   Jeden z autoportretów Bierbrauera sugeruje, że był on w młodości rudzielcem.

3. **Domalowanie poziomego żółtego pasa na dole obrazu.**
   W późniejszych obrazach somnambulicznych Bierbrauer używał często żywych żółci i pomarańczy. W obrazach hipnotycznych te kolory występują rzadko.

4. **Dodanie mocnego czarnego konturu wokół czoła postaci.**
   Malarz często używał czarnego konturu w obrazach hipnotycznych, w tym przypadku jednak zdecydował się na delikatne przejście od postaci do tła.

Obraz: Adolf Bierbrauer, obraz hipnozy, „Upadek H", 1953

WSKAŻ ORYGINAŁ I ZNAJDŹ CZTERY SZCZEGÓŁY RÓŻNIĄCE OBRAZY.
Odpowiedź prześlij na bladmalarski@gazetalekarska.pl do 20 października 2025 r.
W temacie maila należy wpisać GL10 oraz podać dane do kontaktu
(imię i nazwisko, adres, telefon). Jedna osoba może przesłać jedną odpowiedź.

NAGRODZENI „GL" 09/2025
Voucher do Hotelu Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju
otrzymuje Wojciech Łobaziewicz (Kraków)

Nagrody dodatkowe: Marta Skibka (Bydgoszcz), Aleksandra Kozieł (Kraków), Małgorzata Werner (Warszawa)

Dla jednej z osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi

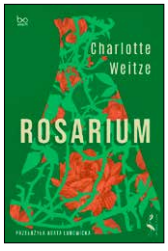
HOTEL PREZYDENT
MEDICAL SPA & WELLNESS
HOTEL PRZYJAZNY DOROSŁYM

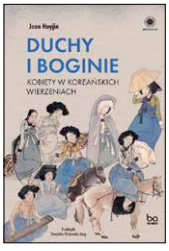
Hotel Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju ufundował voucher obejmujący m.in.:

- 2 noclegi dla 2 osób w apartamencie
- 2 śniadania i 2 obiady w hotelowej Restauracji Magnolia oraz uroczystą kolację dla dwojga
- pakiet 3 zabiegów (dla 2 osób) w hotelowej Ambasadzie Zdrowia i Urody SPA
- aromatyczny masaż relaksacyjny częściowy, zabieg nawadniający express na twarz, aquamassage
- możliwość korzystania bez ograniczeń z basenu, jacuzzi, 3 rodzajów saun, siłowni

WYDAWNICTWO UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
www.wuj.pl

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

GAZETA LEKARSKA

Pustynne wydmy

fot.: Urszula Wilczek

Między pustynią a wodospadami. W krainie zwierząt i historii

URSZULA WILCZEK

Namiot z niespodzianką w postaci skorpionów, nocne niebo z Krzyżem Południa, spotkania z ludami Himba i Herero, spacer po wydmach, które mają numery, i chwile grozy podczas zderzenia z antylopą kudu – podróż po Namibii to ciąg zachwytów i zaskoczeń.

Znalazłam skorpiony pod namiotem – dwa, każdy długości 10-15 cm. Gdy podniosłam podłogę, by złożyć rano namiot, rażone słońcem niespiesznie się oddaliły. Namiot stał na pustynnym campingu u wrót Parku Narodowego Etoszy. To zdarzenie zmroziło mi krew w żyłach i uświadomiło, jak lekkomyślne było moje wychodzenie nocą boso, by oglądać rozgwieżdżone niebo. A było co podziwiać: na ciemnym, wolnym od sztucznego światła niebie widniał Krzyż Południa – od wieków znak podróżników.

Park Etosza to ogromna przestrzeń na północy kraju, na wysokości 1100 m n.p.m., o powierzchni 100x60 km. W porze deszczowej teren ten zalewa woda. Płaskowyż Etosza Pan, centralny punkt Parku Narodowego Etoszy, został odkryty i opisany w 1851 r. przez Karla Johana Anderssona i Francisa Galtona jako niezwykły i wart ochrony, ale dopiero w 1907 r. został uznany za rezerwat zwierząt, a w 1979 r. uzyskał status parku narodowego. Niestety, wcześniej zdołano już znacznie zmniejszyć jego obszar – aż o dwie trzecie – i obecnie zajmuje powierzchnię podobną do

terytorium Belgii. Wpłynął na to brak ziemi uprawnej, przyrost ludności i rabunkowa gospodarka władz.

W centralnym punkcie parku stoi ponura pamiątka – dawna rzeźnia słoni w Olifantsrus. Na kilkunastometrowej żelaznej wyciągarce zwanej „szubienicą" zawieszano niegdyś ciała zabitych słoni, by łatwiej je poćwiartować. Na wietrze kołyszą się do dziś zardzewiałe liny. W latach 1983-1985 zabito w ten sposób około 7 tys. słoni (choć liczby podawane w pobliskim muzeum dokumentują rzeź 523). Dziś działa tu małe muzeum – wystawa „Culling at Olifantsrus" przypomina o tej tragedii.

Są jednak i piękniejsze przykłady ludzkiej troski o naturę. W okolicy Opuwo odwiedziliśmy farmę 80-letniego Holendra, Bura, który od lat opiekuje się osieroconymi gepardami (Otjitotongwe). Jego dziad i ojciec stworzyli tu azyl dla zwierząt, których matki zginęły podczas polowań. Obecnie po farmie przechadzają się trzy dorosłe osobniki – dobrze nakarmione, ale już zbyt udomowione, by poradzić sobie na wolności. Można było podejść do nich z przodu i nawet pogłaskać, unikając wrażliwych części ciała.

Namibia to kraina skorpionów i wydm, wodospadów i pradawnych rytów, spotkań z ludźmi i ich historią. Podróż przez nią pozostawia w sercu obrazy, do których chce się wracać

EPUPA FALLS I LUD HIMBA

Na północy Namibii, przy granicy z Angolą, obozowaliśmy nad wodospadem Epupa Falls, gdzie wody rzeki Kunene spadają z wysokości 38 metrów. Mgiełka unosząca się znad wodospadu dawała rześkość – choć było parno i wilgotno. W promieniach zachodzącego słońca obserwowaliśmy strome ściany wąwozu – obraz niezapomniany.

Później trafiliśmy na suche tereny do wioski ludu Himba. Mieszkają w okrągłych chatach ulepionych z gliny pomieszanej z suchą trawą. W wiosce zastaliśmy same kobiety, dzieci oraz kilku starców. Młodzież i silni mężczyźni byli zajęci pracą – paśli krowy na odległych pastwiskach i znikali z nimi na całe tygodnie. Wszędzie jest sucho, wokoło nie widać trawy, nieco cienia dają tylko niskie drzewka mopani. Nie ma tu wystarczająco wody do picia, więc też nie marnuje się jej do mycia ciała. Kobiety zamiast wody używają suchego piasku i wonnego dymu, okadzają ciało wonnymi, tlącymi się gałązkami drzewa mopani, a włosy mają uplecione w warkoczyki sklejone rdzawą glinką. Dziewczynki

▼ *Wodospady Epupa na rzece Kunene*

fot.: Uszula Wilczek

GAZETA LEKARSKA

fot.: Urszula Wilczek

◀ *Kobiety z plemienia Himba*

noszą warkoczyki splecione na czubku głowy, spadające na czoło i przesłaniające oczy – to znak, że są jeszcze zbyt młode na zamążpójście.

Kobiety Himba ubierają się w wyprawione skóry zwierzęce, najczęściej kozie lub krowie. Do miasteczka wybierają się tak, jak chodzą na co dzień, czyli z odkrytymi ramionami i biustami. Nie krępuje to nikogo, może tylko zagranicznych turystów.

RYTUAŁY I PAMIĘĆ DAWNYCH PLEMION

Kolejne plemiona spotykamy w Riving Village – lud Damara mieszkający w szałasach wśród skał (rdzawych ze względu na zawartość żelaza). Odwiedzamy ich, stąpając po czerwonej, rozgrzanej ziemi, wokół temperatura wynosi 38 st. C. Na skałach, na płaskich powierzchniach Twyfelfontein, oglądamy pradawne rysunki, niezabezpieczone, znajdujące się pod gołym niebem – m.in. żyrafę z pięcioma rogami na głowie, symbolizującą łączność nieba z ziemią i wywoływanie deszczu czy lwa z pięciopalczastą łapą, uosobienie siły czarownika. UNESCO uznało to miejsce za unikat na skalę światową.

Z kolei lud Herero zachował ślady niemieckich wpływów. Kobiety noszą szerokie, barwne suknie i czepce w kształcie krowich rogów. To pozostałość po czasach kolonialnych, gdy Namibia była pod okupacją Niemiec (1884-1915). Powstania tubylców tłumiono krwawo, a liczba Herero zmniejszyła się o około 75 proc. Dopiero w 1990 r. Namibia odzyskała niepodległość.

fot.: Urszula Wilczek

▲ *Rysunki naskalne ludów pierwotnych w okolicy Twyfelfontein*

WYBRZEŻE SZKIELETOWE I SWAKOPMUND

Lecieliśmy awionetką nad pustynią Namib. Z góry widać było dawne kopalnie diamentów (niektóre nadal funkcjonują), wysokie wydmy, bezkres pustyni, skaliste formacje i koryta okresowo wysychających rzek. W porze deszczowej pustynia ożywa, zakwita, by po kilku tygodniach znów przejść w stan letargu.

Wybrzeże Szkieletowe jest niegościnne. Szeroki pas pustyni ciągnie się jak okiem sięgnąć i wchodzi w głąb lądu na odległość 60-100 km. Z okien samolotu widać wielkie, liczące podobno około dwudziestu tysięcy osobników, kolonie uchatek karłowatych. W sporej odległości od linii brzegowej widać też wrak rozbitego statku, dawnego żaglowca. Jego kadłub wystaje z piasku i straszy zardzewiałymi żebrami. Pustynia pochłania wszystko – dawni rozbitkowie nie mieli szans przetrwać bez wody i schronienia.

Jest jednak miasto Swakopmund, sztucznie wzniesione na piskach na przekór naturze, założone przez Niemców w 1892 r. Zbudowano port, kolej, molo, a osada szybko stała się tętniącym życiem miastem. W Swakopmundzie były bary i hotele, miejsca rozrywki i szkoły. Dziś ulice są czyste i zadbane, domy uporządkowane, obejścia są schludne, ogródki ukwiecone, a wiele nazw i pomników przypomina czasy kolonialne. Wciąż stoi tu pomnik „bohaterskich" żołnierzy niemieckich, ale nie ma miejsca upamiętniającego ofiary – Herero czy robotników ginących przy budowie.

TRUDNA HISTORIA

Ludzie Afryki nie są pamiętliwi. Sprawy minione uważają za naprawdę minione. Nie wracają do krzywd wyrządzonych przez okupanta. Ciekawym przykładem niepamiętania krzywd jest cmentarz żołnierzy niemieckich poległych w 1904 r., znajdujący się pod wzgórzem Waterberg. Tablice chwalą ich zwycięstwo, a tylko skromna płytka wspomina 80 tys. zamordowanych Herero. To tu rozegrała się tragedia – ostrzał i późniejsze wypędzenie ludności na pustynię Kalahari. W latach 1905-1908 Niemcy stworzyli tu pierwsze obozy koncentracyjne dla tubylców – smutne preludium późniejszych nazistowskich obozów koncentracyjnych w Europie.

Dopiero w 2021 r. rząd RFN oficjalnie przeprosił Namibię i obiecał ponad miliard euro zadośćuczynienia (oficjalnie „pomocy rozwojowej"). Przedstawiciele Herero i Nama odrzucili jednak porozumienie, domagając się wyższych kwot.

SESRIEM, DEADVLEI I WYDMY

Są też w Namibii i piękne miejsca. Wąwóz Sesriem ze ścianami utworzonymi ze sklejonych kamyków,

▶ *Prawdziwe ekstremum Deadvlei, tzw. Dolina Śmierci*

fot.: Urszula Wilczek

zlepów gliniastych, w porze deszczowej wypełniony wodą, staje się groźny. Jest też zajazd w pobliskim Solitaire, prowadzony w stylu amerykańskiej przygody Route 66, który przyciąga turystów jak magnes słynną szarlotką z bitą śmietaną. Tam też rosną welwitschie – przedhistoryczne rośliny o liściach przypominających uschnięte liście palm. Wokół pozostawione są wraki starych aut, niegdysiejszych krążowników szos, między nimi biegają pasiasto ubarwione malutkie wiewiórki.

Przekroczenie zwrotnika Koziorożca powitało nas upałem, ale prawdziwe ekstremum to Deadvlei – tzw. Dolina Śmierci. Można tam przebywać jedynie przed wschodem słońca i krótko po nim. Zgodnie z sugestią lokalnego przewodnika wstaliśmy około godziny trzeciej w nocy, by o piątej przekroczyć bramy parku narodowego. Początkowo szliśmy w całkowitej ciemności, gdyż słońce nie wzeszło jeszcze nad największą wydmą Namibii – Big Daddy (osiąga ona imponującą wysokość 325 metrów). Wejście na jej grzbiet i szczyt zajmuje 1,5 godziny. Należy to zrobić przed wschodem słońca, inaczej na śmiałków czyha śmierć. Teren Deadvlei, otoczony wysokimi wydmami, porastały niegdyś drzewa. Dziewięćset lat temu podziemna rzeka zmieniła swój bieg i teraz w szerokiej dolinie drzewa stoją martwe, tworząc niezwykły krajobraz dla fotografów.

Również wspinaczka na wydmę nr 45 była wymagająca, lecz nagroda, jaka nas spotkała – widok na morze piasku – bezcenna. Co ciekawe, w tym kraju nawet wydmy są ponumerowane, co zaskakuje i trochę smuci brakiem spontaniczności, ale czyni je wyjątkowymi punktami orientacyjnymi w pustynnym krajobrazie.

Niezapomniany był też biwak u stóp góry Spitzkoppe, wyrastającej nagle na pustyni. Została ona podobno zdobyta w 1906 r. przez niemieckiego żołnierza, który po wejściu na szczyt rozpalił ognisko na górze. Nikt więcej tego śmiałka już nie widział. Pewnie spadł przy zejściu. Nocleg mieliśmy zorganizowany w namiotach, biwak był bez wody, a noc tak zimna, że moi towarzysze przez cały czas szczękali zębami (ponoć temperatura wynosiła 2-4 st. C). Wynagrodził nam to poranek wśród pomarańczowych skał. Formacje przypominały mi Park Narodowy Arches w USA.

▼ *Rodzina słoni u wodopoju*

fot.: Urszula Wilczek

SPOTKANIA ZE ZWIERZĘTAMI I CHWILE GROZY

Podczas trzytygodniowej podróży widzieliśmy dziko żyjące zwierzęta: zebry, żyrafy, nosorożce, słonie i antylopy. Babuny (małpy) potrafiły ukraść z bungalowów nie tylko jedzenie, ale i aparaty fotograficzne. W nocy przy wodopojach czekaliśmy wiele godzin na podchodzące dostojne nosorożce. Za dnia czekaliśmy przy sadzawkach, aż rodzina słoni zaspokoi swoje pragnienie. Nie mogliśmy wychodzić na zewnątrz samochodów, aby nie płoszyć zwierzyny i samemu być bezpiecznym. Podglądaliśmy ptasią krzątaninę przy jedzeniu resztek padłych zwierząt. Z fascynacją obserwowaliśmy wikłacze, które budują ogromne gniazda zwisające z drzew.

Najgroźniejszy moment nastąpił jednak pod koniec wyprawy – rozpędzona antylopa kudu przeskoczyła dwumetrowy płot i uderzyła w jeden z trzech terenowych samochodów, którymi przemierzaliśmy Namibię. Zwierzę zginęło, a jedna z uczestniczek trafiła do szpitala. Lekarze w Windhuku powiedzieli nam, że mieliśmy szczęście – podobne wypadki często kończą się tragicznie. ●

Pełna wersja tekstu, bez skrótów redakcyjnych na www.gazetalekarska.pl

GAZETA LEKARSKA

PO GODZINACH – PROZA

Przychodzi wena do lekarza

Ogólnopolski Konkurs Literacki im. Prof. Andrzeja Szczeklika

MACIEJ ADAMIEC

fot.: materiały prasowe

Laureat XIV edycji Ogólnopolskiego Konkursu Literackiego dla Lekarzy im. Prof. Andrzeja Szczeklika „Przychodzi wena do lekarza". II miejsce w kategorii proza.

Doktor nauk medycznych, lekarz rodzinny, tata trojga dzieci, łodzianin. Autor książek dla młodzieży „Mój przyjaciel dron" i serii „Niepewna historia", w których (między wierszami) opowiada o zrozumieniu i szacunku dla emocji – głównym filarze dobrej komunikacji międzyludzkiej. W swojej pracy zawodowej stara się zmniejszać dystans pomiędzy hermetycznym niekiedy światem medycyny a codziennością lokalnej społeczności. Wyróżniony w 2020 r. odznaką „Za Zasługi dla Miasta Łodzi" za całokształt pracy zawodowej. W czasie wolnym od obowiązków prowadzi profil społecznościowy na FB Niepewna historia – miejsce rozmów o medycynie, literaturze i wyobraźni.

Pióro

(wybrane fragmenty)

Znów wracała zmęczona z pracy, obładowana zakupami. Próbowała wydobyć jedną ręką klucze z kieszeni, ale upadły na wycieraczkę. Zła sama na siebie za niezdarność, zmęczenie, pogoń myśli, pochyliła się machinalnie, by je podnieść. Obok kluczy leżało dziwne pióro. Dopiero teraz je zauważyła. Białe czy raczej écru, ni to gołębie, ni papuzie. Puchate, z pozakręcanymi brzegami. Zaciekawiona, podniosła je razem z kluczami. Obejrzała się odruchowo dookoła, jakby szukając ptaka, który mógłby je zgubić. Ale skąd na klatce schodowej ptak? Nie kojarzyła, by ktoś z sąsiadów hodował w domu papugi czy inne egzotyczne ptaki. Rozczuliło ją jednak to nieoczekiwane znalezisko. Zabrała je do domu, położyła na szafce w przedpokoju obok koszyczka na drobiazgi. Na chwilę zapomniała o zmęczeniu.

Za oknem padał deszcz, stukał o parapet. Babcia zawsze mówiła – anioły porządkują niebo – deszcz pada. Czy jak pada, to faktycznie anioły myją niebo? Zdziwiło ją to nagłe wspomnienie słów babci. Tęskniła za nią bardzo. (…)

***

W szpitalu, siedząc na krześle w oczekiwaniu na badanie, Marta zaczęła bezwiednie mówić w myślach modlitwę do Anioła Stróża. Chociaż przecież jako dorosła nie powtarzała jej od lat. Teraz bardzo bała się wyniku badania. Od kilku miesięcy była szczęśliwą mamą, od kilku lat czuła się wreszcie naprawdę spokojna. A teraz zmiana w piersi, która wymagała dokładniejszych badań, obudziła jej obawy, zburzyła spokój, zamazała wizje przyszłości. Może dlatego nagle przypomniała sobie prostą modlitwę z dzieciństwa.

Babcia nauczyła ją tych słów, gdy pytała o postać anioła z obrazka na ścianie. Nad łóżkiem swojej córeczki powiesiła ten sam obrazek, który zabrała po śmierci ukochanej babci z jej mieszkania. Teraz wyszeptane w myślach znajome słowa działały kojąco. Z każdym wersem serce zwalniało rytm, a dłonie przestawały się zaciskać nerwowo na kolanach. To było tak miłe uczucie, że obraz babci pojawił się jak dobre wspomnienie.

W trakcie modlitwy na sąsiednim krześle obok siebie Marta zobaczyła nagle spore pióro. Trudno powiedzieć, skąd się mogło wziąć w tym miejscu na szpitalnym korytarzu. Siadając tu, nie zauważyła go wcześniej. Niemniej teraz zupełnie nie była tym zdziwiona. Było dokładnie takie jak to, które przed laty znalazła na wycieraczce w małym domu. Uśmiechnęła się sama do siebie. Teraz poczuła z całą mocą, że na badanie może wejść spokojnie. Wszystko będzie dobrze. Pióro schowała do kieszeni. Wiedziała, że było dla niej.

PO GODZINACH – KULTURA

Powrót do biblioteki?

JAROSŁAW WANECKI
OŚRODEK KULTURY I DZIEDZICTWA HISTORYCZNEGO NIL

11 września odbyła się uroczystość 80-lecia Głównej Biblioteki Lekarskiej. W Zamku Królewskim w Warszawie pojawili się nie tylko profesorowie medycyny i lekarze, ale także przedstawiciele innych zawodów medycznych, pacjenci i politycy oraz historycy książki i innowatorzy zajmujący się cyfrowymi katalogami z dostępem do wiedzy online.

Zmienia się sposób czerpania wiedzy i metoda jej przyporządkowania. Wypełnianie kartonika rewersu zastępuje od kilku lat wyszukiwarka, która w nowej odsłonie Centrum Informacji Medycznej korzysta z bazy danych godnej podziwu. Polska Bibliografia Lekarska rejestruje literaturę medyczną wraz z naukami pokrewnymi, umożliwiając przegląd czasopism polskich i zagranicznych, śledzenie bieżących doniesień i wyszukiwanie w Katalogach Osobowych Lekarzy. Biogramy staną się sitem weryfikacyjnym i pozwolą na dostęp do certyfikowanego CV, które można będzie złożyć, aplikując o pracę lub o grant.

Historia Głównej Biblioteki Lekarskiej zaczęła się w 1945 r. Jej twórcą i patronem jest zmarły w 1982 r. prof. Stanisław Konopka, dzięki któremu ocalono po II wojnie światowej setki tysięcy woluminów, w tym starodruki i inkunabuły, podręczniki z XIX i XX wieku, a także plakaty promujące zdrowie i ulotki farmaceutyczne. Wśród artefaktów są również zielniki, atlasy anatomiczne i narzędzia chirurgiczne oraz ekslibrisy znanych lekarzy. Wszystko można obejrzeć w pawilonie dawnego Szpitala Ujazdowskiego, wzniesionym w 1852 r., w którym od ponad trzech dekad znajduje się Dział Starej Książki Medycznej. Tam też można odnaleźć dokumenty, listy i zdjęcia z dawnych lat, rekonstruując nie tylko ludzkie losy, ale także idee terapeutyczne, zarzucone ongiś, które w niektórych wypadkach realizowane są od nowa i kończą się sukcesami potwierdzającymi geniusz antenatów.

W dyskusjach panelowych o przyszłości i zagrożeniach bibliotek nie zabrakło głosu o sztucznej inteligencji ułatwiającej odnalezienie haseł ważnych w badaniach naukowych oraz odczytującej notatki pisane odręcznie. Szum informacyjny wymaga ciągłego filtrowania bazy biomedycznej, a książka jako rzecz, którą opracowuje finalnie nawet kilkadziesiąt osób, uznawana jest nadal za najbardziej wartościowe źródło wiedzy. I choć chcielibyśmy, aby odpowiedzi na nasze pytania wyskakiwały po jednym kliknięciu, kaganek oświaty wytrwale trzyma ludzka ręka, nawet jeśli wydaje się wszystkim, że zastąpiła ją już matematyczna maszyneria.

▶ *Jubileusz uświetnił występ orkiestry dętej Wojska Polskiego*

Fot. Jarosław Wanecki

Jubileusz był okazją do naturalnych wspomnień i wzruszeń, prezentacji archiwaliów z początku budowania instytucji i opowiadania losów związanych z nią ludzi. W wielu wykładach pobrzmiewała nostalgia za cichą czytelnią, emocje odkrywania nowinek ze świata, duch unoszący się nad kolekcją. Dywagowano o ogromnym potencjale zbiorów, które wciąż mogą być wykorzystane przy użyciu nowych narzędzi edukacyjnych. Ciekawa była dyskusja, czy biblioteka sama w sobie jest wartością, czy ważniejsze jest wychowanie w otoczeniu literatury, która nas kształtuje i motywuje do rewolucyjnych odkryć diagnostyczno-terapeutycznych.

Gratulując pracownikom i dyrekcji GBL z Feliksem Orchowskim na czele pięknej rocznicy, wróciłem do domu w przekonaniu, że jeszcze książka nie zginęła, a innowacje pomagają jedynie w systematyzowaniu danych. Wizja stworzenia aplikacji zastępujących oczytanych lekarzy jest oczywiście możliwa, ale ważne jest, aby, jak przekonywał prof. Jarosław Pinkas, biblioteka pozostała miejscem spotkań ludzi, fizycznym i zmysłowym doświadczaniem wiedzy, przestrzenią do dyskusji, dostępu do prawdy i naukowej rozprawy z herezją.

Pośród obiektów, które w europejskich muzeach medycyny są rzadko pokazywane, Główna Biblioteka Lekarska posiada dobrze zachowane kołtuny z przełomu XIX i XX wieku. Z nadzieją, że czasy kołtunerii, zacofania, wstecznictwa i palenia księgozbiorów już nigdy nie będą doświadczeniem stanu lekarskiego, odchodzę od ekranu i wracam do czekającej na stoliku domowej biblioteki książki szeleszczącej papierem.

Partnerem uroczystości jubileuszowych GBL była Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie. •

GAZETA LEKARSKA

PO GODZINACH – SPORT

Wyprawa nad Mare Polonorum

PIOTR „MARGOL" MARKOWSKI

Nad jeziorem Gopło przenieśliśmy się w czasy, które przetrwały w legendach i kronikach historycznych.

Lipcowa 15. edycja zlotu MotoBridge u Baby rozpoczęła się całodziennym szkoleniem na torze, podczas którego doskonaliliśmy motocyklowe umiejętności. Szkoleń nigdy dosyć – zawsze znajdzie się coś do poprawienia. Mówi się, że jeden kilometr przejechany w takich warunkach to ekwiwalent aż 100 kilometrów na drodze.

W sobotę czekała nas jednak nagroda – wyprawa nad „morze". Kierunek: Kruszwica, dotychczas znana nam głównie z Mysiej Wieży i legendy o Popielu. A tu niespodzianka… Trafiliśmy na bursztynowy szlak, tętniącą życiem już od I wieku arterię kupiecką, prowadzącą z Akwilei nad Adriatykiem, przez Bramę Morawską, Śląsk i Kujawy, aż nad Bałtyk – po *glaesum*, *succinum*, *elektron*, *amber*, *bernstein*, czyli słynne złoto Bałtyku. O randze tego szlaku świadczy najstarszy w Polsce „znak drogowy" – kamień ustawiony w 1151 r. w Koninie z napisem, że „kamień ten drogę z Kalisza do Kruszwicy przepoławia".

Fot.: archiwum własne

◀ *15. edycja zlotu rozpoczęła się całodniowym szkoleniem na torze*

Nazwa miasta Kruszwica wywodzi się od „kruszwy" – naczynia do odparowywania solanki i pozyskiwania soli, niemal równie cennej jak złoto. Siedemset lat temu za pięć kilogramów soli można było otrzymać trzy kilogramy srebra. To właśnie dzięki dochodom z handlu solą Kazimierz Wielki mógł wybudować ok. 80 zamków, w tym kruszwicki. Ukończono go w 1355 r. Do dziś zachowała się ośmiokątna wieża i fragmenty 11-metrowych murów obronnych.

A gdzie morze? Otóż pierwotnie poziom wód jeziora Gopło był o około 1,5 m wyższy, tworząc ogromne rozlewisko przypominające morze. Choć dziś jezioro jest o ponad dwie trzecie mniejsze niż w czasach Długosza, nadal imponuje rozmiarem. To właśnie kronikarz nazwał je Mare Polonorum – Morzem Polaków. •

Więcej: www.doctormotoclub.pl

PO GODZINACH – CZYTELNIA

Mentalizacja i zabawa – nowa droga w terapii rodzinnej

▶ *Eia Asen, Peter Fonagy „Terapia rodzin oparta na mentalizacji", Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego*

Od dawna wzrasta zapotrzebowanie na terapię dzieci i młodzieży. Złożoność ich emocji, zawirowania w relacjach rówieśniczych oraz dynamiczne zmiany społeczno-kulturowe mogą prowadzić do różnych trudności, które często wymagają wsparcia specjalisty. Wsparcia wymagają zresztą nie tylko dzieci i młodzież, ale często całe rodziny. Eia Asen i Peter Fonagy, psychoterapeuci rodzinni, proponują innowacyjne podejście łączące mentalizację oraz terapię systemową. Twierdzą, że opracowany przez nich model – MIST (mentalization-informed systemic therapy) – pozwala przywrócić utraconą homeostazę.

Czym jest skuteczna mentalizacja? Autorzy podają mnóstwo przykładów, jak choćby ten dotyczący stetoskopu do czytania myśli. „W przypadku terapeuty zorientowanego na mentalizację stetoskop może być używany do czytania w myślach i uzyskiwania komentarzy na temat własnych lub cudzych myśli i uczuć. W trakcie sesji rodzinnej terapeuta zachęca dziecko lub nastolatka (a nawet dorosłego) do nasłuchiwania przez umieszczenie instrumentu na głowie innego członka rodziny". Autorzy twierdzą, że przy odrobinie zachęty stetoskop pozwala czytać w myślach każdego narządu. Co by zatem powiedziała głowa? Albo na przykład serce czy wątroba, gdyby umiały mówić? Zdaniem autorów żartobliwy charakter odseparowuje nas od zakorzenionych sposobów myślenia, a beztroska zmniejsza lęk.

Zawarte w książce wskazówki dotyczące organizacji sesji oraz włączania elementów zabawy do terapii pomogą wypracować odpowiednie sposoby radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych (sekretne życie wulkanów, mapa relacji rodzinnych, kręgi życia), zaś szczegółowo rozpisane ćwiczenia i gry ułatwią członkom rodziny przezwyciężenie trudności.

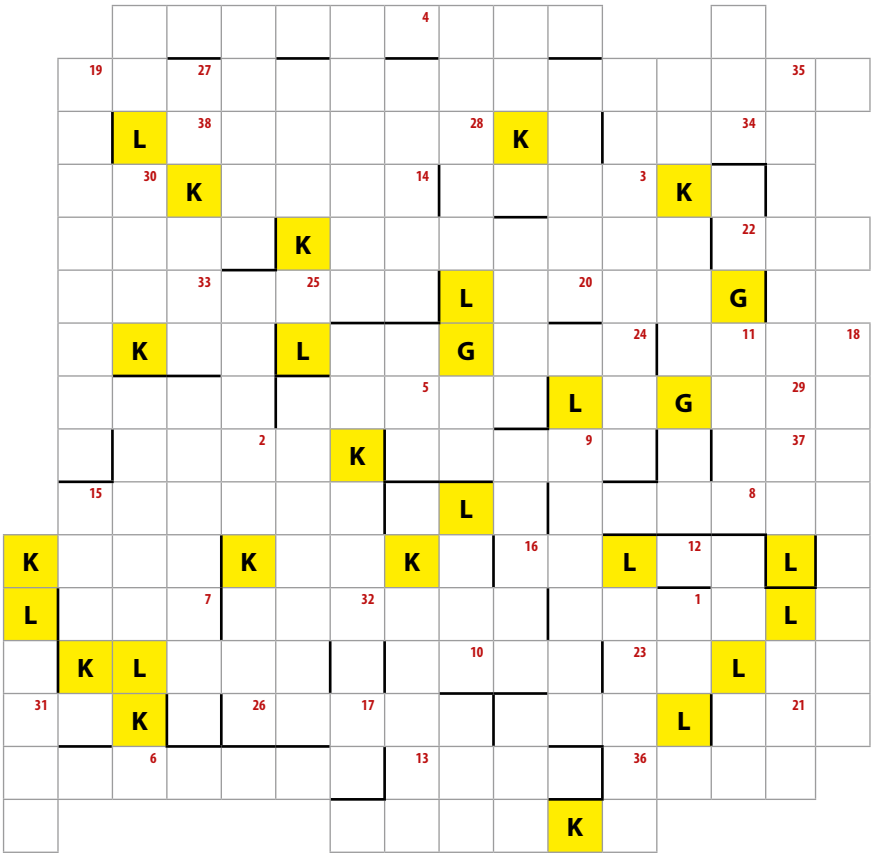
Ogłoszenia

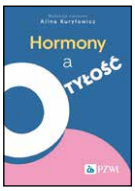
GAZETA LEKARSKA

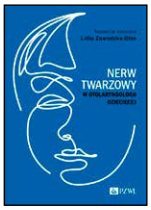
JOLKA LEKARSKA 308

PZWL

**Wydawnictwo Lekarskie PZWL
to specjaliści, wiedza i zaangażowanie.**







**Objaśnienia 75 haseł podano w przypadkowej kolejności.
W diagramie ujawniono wszystkie litery: G, K i L.
Na ponumerowanych polach ukryto 38 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to myśl Alberta Schwietzera, alzackiego lekarza, noblisty.
Hasło należy przysłać na karcie pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres: jolka@gazetalekarska.pl do 20 października 2025 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań wyłonimy laureatów, którzy otrzymają nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).**

* komórka jajowa * obszar lądowania samolotów i helikopterów * ateński mąż stanu (VI wiek p.n.e.) * ogród zwierząt * pozorna śmierć * sławne ruiny Nabatejczyków * kwiat pana Tolibowskiego * obszar pod uprawę * syntetazy * wadi * twórca Profesora Filutka * czarna z mlekiem * jądrowiec * ziomek * żółte auto Okrasy * zakażenie lub infekcja * pieprzniki jadalne * skunks * krewny w linii żeńskiej * na struclę i morfinę * waluta rządząca światem * kraina sudańsko-egipska * przystąpienie do umowy międzynarodowej * wart pałaca * ciężki oddech niemowlęcia * pułkownik lub kapitan * wyspa pod Mumbajem * tytuł Mussoliniego * pierwociny, zarzewie * buddyjska świątynia w Japonii * nasz bank centralny * imię grającego świra * wrażenie * oviducts * między Hondurasem a Kostaryką * grana przez Mazurek w „Wojennych dziewczynach" * skandynawski grosz * azjatyckie włókno na worki * choroba z tęsknoty * filozof z Miletu * szarłat * stolica Mali * ukochana doktora Żywago * wartość w pieniądzach * Stowarzyszenie Tenisa Kobiet * imię oznaczające jasną lub sławną * wieś pod Łęczycą z kolegiatą i grodziskiem * noblista za NMR w 1991 r. * prawe ramię Renu * mała z Natalią Niegodą * szkocka rasa bydła * gród z browarem nad Sołą * spasmophemia * sueska opera Verdiego * wieś na pn.-wsch. granicząca z Gnieznem * drugie miasto Gwinei * pętak, nicpoń * powtarza klonicznie rozpoczęte głoski * stolica Wenezueli * sieć lub bean * klub z Neapolu * eksponat * białko w rogach i paznokciach * narcyz trąbkowy * król Elidy ze stajnią * do wywożenia dyrektorów * śledziona (łac.) * misa z kranem * komunał * rozwój zarodków w błonach jajowych * ciemne piwo angielskie * zespół warunków pogodowych * angielski pan * Adam, sławny szablista przedwojenny * oddział dla pacjentów z zagrożeniem życia

Jerzy Badowski

Rozwiązanie jolki lekarskiej 306
Nie dokonuje odkrycia ten, kto nie bada niemożliwości

Nagrody otrzymują:
Marianna Suska-Cichosz (Lublin), Karolina Stos-Mikołajczyk (Łódź), Olga Trzepiecińska (Poznań), Marcjan Latos (Tąpkowice), Grażyna Ordyniec (Chełm)

Fundatorem nagród jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL, www.pzwl.pl. Nagrody prześlemy pocztą.

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

WYDAWCA

NIL Naczelna Izba Lekarska

Gazeta Lekarska dla członków izb lekarskich bezpłatna

Nakład: 188 030 egz.

Kolegium redakcyjne
Piotr Kościelniak, Jacek Bujko, Paweł Doczekalski, Klaudiusz Komor, Maria Kłosińska, Ryszard Golański, Dariusz Samborski, Mikołaj Sinica, Anna Wojda, Mariusz Tomczak

Redakcja
ul. Jana III Sobieskiego 110,
00-764 Warszawa
tel.: (22) 558 80 40

Dyżur telefoniczny w każdy wtorek w godz. 10.00-14.00
Poza tym terminem prosimy kontaktować się mailowo:
redakcja@gazetalekarska.pl

Piotr Kościelniak
(redaktor naczelny)
piotr.koscielniak@nil.org.pl

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

Lidia Sulikowska
(dziennikarz)
tel.: 698 633 755
lidia.sulikowska@nil.org.pl

Mariusz Tomczak
(redaktor portalu internetowego)
tel. (22) 558 80 40
mariusz.tomczak@nil.org.pl
www.gazetalekarska.pl

Sylwia Wamej
(redaktor portalu internetowego)
sylwia.wamej@nil.org.pl

Reklama i ogłoszenia
Agata Bryk
ogloszenia@gazetalekarska.pl

Stale z nami współpracują
Jerzy Badowski, Adam Czerwiński, Lucyna Krysiak, Zbigniew Kuzyszyn, Jacek Miarka, Agata Morka, Małgorzata Solecka, Jarosław Wanecki

Projekt, projekt okładki
Michał Trusz

Skład
Montownia/Teresa Urawska

Druk
Eurodruk-Poznań Sp. z o.o.

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

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