

WAŻNY TEMAT: OCHRONA ZDROWIA PO WYBORACH

11|2023

ISSN 0867-2164

GAZETA L E K A R S K A

**PISMO IZB
LEKARSKICH**

GDY umiera PACJENT

Naprawmy system kształcenia lekarzy

ŁUKASZ JANKOWSKI
PREZES NACZELNEJ RADY
LEKARSKIEJ



Wciąż domagamy się wprowadzenia kultury bezpieczeństwa leczenia (systemu *no fault*). Naprawy wymaga też zdewastowany system kształcenia lekarzy. System, w którym doprowadzono do sytuacji dopuszczenia do kształcenia również szkół ocenionych negatywnie przez Państwową Komisję Akredytacyjną, a w jednej z tych szkół prodziekanem został nawet lekarz stażysta. Dowiadujemy się na przykład, że w jednej z tych prawie szkół nauczanie odbywa się w bufecie. W jeszcze innej ograniczono nabór do takiej liczby studentów, która zmieści się do autobusu mającego dowieźć przyszłych lekarzy do oddalonego o wieś kilometrów anatomicum. Braki zaplecza, braki kadry czy udokumentowana negatywna kontrola jakości nie były dotychczas przeszkodą w otwarciu wydziału medycznego. Są też przykłady rażącego upolitycznienia uczelni, jak wtedy, kiedy rektor jednej z nich, prywatnie kandydując do parlamentu, przegrał z Naczelną Izbą Lekarską przed sądem pozew w trybie wyborczym, który wytoczył, uważając, że krytyka jakości kształcenia na uczelni jest uderzeniem w niego jako w polityka.

Na naszych oczach zderegulowano system, a o skali dewastacji niech świadczy fakt, że jedna z tych tzw. prawie szkół wciąż ma otwarty nabór i wolne miejsca, nie ma jednak chętnych, żeby się na tej prawie uczelni kształcić na wydziale medycznym. Samorząd lekarski rozpoczął działania prawne, mające na celu zamknięcie nieprzygotowanych do kształcenia kierunków medycznych. Składamy zawiadomienia do prokuratury

w sprawie uczelni, które kształcą pomimo negatywnej opinii PKA. Jesteśmy pryncypialni. Nikt dziś nie pozwoli wyjechać na drogę i wieść pasażerów autobusem z negatywnym badaniem technicznym. Dlaczego więc pozwalamy kształcić na uczelniach negatywnie ocenionych co do jakości, wiedząc, że na końcu tego kształcenia jest odpowiedzialność za życie i zdrowie pacjenta? Jesteśmy również w kontakcie z naszymi partnerami z samorządów lekarskich z Unii Europejskiej, którzy w rozmowach podają w wątpliwość możliwość uznania przez NIL dyplomów takich uczelni za zgodne z wymogami UE.

Na stole jest wprowadzenie przez Izbę dodatkowej weryfikacji wiedzy absolwentów takich prawie uczelni. Pojawia się również pomysł wprowadzenia wymogu oznaczenia ukończonej uczelni na lekarskiej pieczęcie. Nie ustajemy również w dialogu z politykami, przekonując wszystkie opcje polityczne do naszych racji i do konieczności wprowadzenia realnych mechanizmów służących bezpieczeństwu leczenia.

Z tej perspektywy dziś dla samorządu partnerami do dyskusji i wprowadzenia koniecznych zmian są nie tylko władze resortu zdrowia, ale przede wszystkim minister edukacji i minister sprawiedliwości. Potrzebna jest wola polityczna.

Pamiętam, kiedy na początku protestu głodowego znany Państwu dr Krzysztof Bukiel tłumaczył nam

w obrazowy sposób, że „bez zaplecza i wsparcia politycznego minister zdrowia może zdecydować co najwyższej o rozmiarze papierowej recepty”. Choć dziś wiemy, że kompetencje MZ sięgają dalej, to prawda jest taka, że do poprawy warunków naszej pracy i naprawy systemu potrzebne jest polityczne, ponadpartyjne porozumienie.

Za nami wybory parlamentarne. Z satysfakcją przyjmuję, że niezależnie od wyborczych rozgrywek i prowadzonej przez polityków kampanii postulaty samorządu pozostawały i pozostają niezmiennie, a sam samorząd – pomimo prób wciągnięcia nas do kampanii wyborczej – apolityczny.

Skupiamy się na naszych celach. Do załatwienia pozostają, oprócz *no fault* i kształcenia, także postulaty wymienione w tzw. siódmce NIL, wśród których znajdują się m.in. zniesienie obowiązku określania refundacji przez lekarzy, rozwiązanie spraw kontroli NFZ i kar za nienależną refundację czy zablokowanie działania tzw. receptomatów. A mechanizmem naszego działania wciąż przekonywanie opinii publicznej i decydentów do naszych racji.

Choć tę kadencję ze względu na zewnętrzne uwarunkowania i nagromadzenie problemów w ochronie zdrowia uznaję za bardzo trudną, to jednak nieodmiennie patrzę w przyszłość z optymizmem. Życzę sobie i Państwu, aby ten optymizm nie pozostał nieuzasadniony.

- 3 **Naprawmy system kształcenia lekarzy**
Łukasz Jankowski
- 6 **Powiał wiatr zmian**
Klaudiusz Komor

TEMAT NUMERU

- 7 **Dojrzała rozmowa o śmierci**
Odpowiednie przekazanie informacji o śmierci pacjenta to element sztuki komunikacji. A tej przez wiele lat nie uczono ani studentów medycyny, ani lekarzy.
- 8 – 11 **Jak powiedzieć, że umarło dziecko**
Bywa ciężko, ale trudno, żebyśmy płakali razem z rodzicami, gdy umrze dziecko. Musimy ich wspierać – mówi prof. Iwona Maroszyńska.

AKTUALNOŚCI

- 12 **Po wyborach. I co dalej?**
Ochrona zdrowia nie jest dodatkiem do rządzenia, tylko jego clou. Jest tak samo ważna jak obronność, polityka zagraniczna czy finanse państwa.

WAŻNE SPRAWY

- 16 **Zdrowie ponad podziałami**
- 18 **Protest lekarskich związkowców**
- 22 **Roboty na salach operacyjnych**
Coraz więcej polskich szpitali wykonuje zabiegi w asyście robotów chirurgicznych.

PRAWO I MEDYCYNĄ

- 27 **Sąd i rzecznik muszą być zgodni**
- 28 **Jaka umowa, taka praca**
- 30 **Ozonoterapia: czy na pewno jest skuteczna?**

PODATKI I FINANSE

- 31 **Ryczałt mimo odejścia z etatu**
- 32 **Nie każdą nagrodą trzeba się dzielić z fiskusem**
- 33 **Ocieplenie domu – jak odliczyć 53 tys. zł?**



Dojrzała rozmowa
o śmierci

TEMAT NUMERU
STRONY 7 – 11

Mamy zapewnić profesjonalną opiekę. Ale emocje na pewno są. Nie przypadkiem uważa się, że dziecko na intensywnej terapii i śmierć dziecka to dwa najtrudniejsze kryzysy w życiu człowieka w ogóle. Dla nikogo nie jest to więc łatwe.

PRAKTYKA LEKARSKA

- 34 **Przywróćmy blask uczelni medycznej**
Paweł Barucha
- 34 **Zbliżyć się do ideału**
- 36 **Z lekami nie ma żartów. Ale czy wszyscy o tym wiedzą?**
Mariusz Politowicz
- 38 **Nikt już nie chce się poświęcać**
Anna Gołębicka
- 39 **Diagnoza to nie wyrok**
- 42 **Miedzy Wielką Brytanią a Tanzanią**
Jakub Sieczko
- 44 **Kontrola ratuje życie**
- 47 **List do redakcji**
- 48 **Jesteśmy tacy, jakim językiem i jak o sobie mówimy**
- 50 **Czego dowiedzieliśmy się o pracy w szpitalach**
- 52 **Przystanek Makówka**
- 54 **Metoda Karikó i Weissmana**
- 55 **Ze świata**
- 56 **Zawsze można popaść w konflikt z prawem**

SAMORZĄD ZAWODOWY

- 58 **Wystarczy tam nie pracować**
Jakub Kosikowski
- 58 **O tym się mówi**
- 60 **Zapracowany jak innowator**
- 62 **Musi być potrzeba i problem, który chcemy rozwiązać**
- 63 **Kim jest lekarz innowator?**
Artur Drobnik

PO GODZINACH

- 64 **Podróże – Czy tu straszy?**
Yorkshire to wymarzony kierunek dla miłośników Halloween i opowieści z dreszczykiem.
- 67 **Chorus opera**
Jarosław Wanecki
- 68 **Na granicy. Świadczenia**
- 69 **Czytelnia**
- 70 **Błąd malarski – Jak na psie**
- 73 **„PhotoArtMedica 2023” rozstrzygnięta**
- 74 **Kultura**
- 76 **Przychodzi wena do lekarza – TANB 4233**
- 77 **Ogłoszenia**
- 82 **Jolka lekarska**



ZMIENIA SIĘ DLA CZYTELNIKÓW

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

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

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

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

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

TO ZAJMIE TYLKO 1 MINUTĘ

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

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



JEDNYM GŁOSEM

Powiał wiatr zmian

Wszystko wskazuje na to, że w wyniku wyborów parlamentarnych dojdzie do kluczowych zmian również w Ministerstwie Zdrowia, z którym jako samorząd mamy do czynienia najczęściej.

KLAUDIUSZ KOMOR
WICEPREZES NACZELNEJ
RADY LEKARSKIEJ



Z Ministerstwem Zdrowia najczęściej jest nam nie po drodze, gdyż punkt widzenia na najważniejsze problemy ochrony zdrowia ze strony resortu jest zgoła inny od naszego. Trzeba przyznać, że w ostatnim czasie współpraca na linii ministerstwo-samorząd lekarski układała się wyjątkowo źle, co, jak wszyscy wiemy, zakończyło się dymisją poprzedniego ministra. Poza tym, że nigdy wcześniej dymisja ministra nie nastąpiła wskutek działań izb lekarskich, stających w obronie dóbr osobistych lekarza, żadnych innych pozytywów tej sytuacji nie było. Zmiana ministra nie poprawiła relacji, a przez dwa miesiące zrealizowany został tylko jeden postulat z tzw. siódemki NIL (#7NIL), czyli listy zawierającej najpilniejsze działania konieczne dla doraźnego ratowania sytuacji w ochronie zdrowia.

Pytanie, czy teraz będzie lepiej? Mam głęboką nadzieję, że tak. Patrząc jednak wstecz na prawie 22 lata mojej działalności w Naczelnej Izbie Lekarskiej, pamiętam wielu ministrów zdrowia. Jedni z nich, jak Konstanty Radziwiłł, wydawali się naturalnymi partnerami do współpracy, inni, jak Mariusz Łapiński, od początku dystansowali się od samorządu. Przebieg wypadków był zawsze podobny – po powołaniu nowy minister pojawiał się na posiedzeniu NRL, ścisłał dłonie prezesów i deklarował chęć ścisłej współpracy. Czasem nawet udawało się ustalić wspólnie jedną czy dwie sprawy, jednak potem stosunki szybciej lub wolniej się oziębiały, pojawiały się różnice zdań, a w końcu zawsze minister stawał się większym lub mniejszym wrogiem

samorządu. Właściwie o ile pamiętam, podobny scenariusz powtarzał się niezależnie od tego, która opcja polityczna tworzyła rząd. Dlaczego? Najpewniej głównym powodem jest brak jednej wspólnej koncepcji, w jakim kierunku powinna zmierzać ochrona zdrowia w Polsce – każda

Może w fotelu ministra zdrowia zasiądzie ktoś z dalekosiężną wizją reformy. Ktoś, kto będzie miał przebicie i motywację, aby tę wizję realizować. Czasem wbrew innym członkom rządu

zmiana rządu skutkowałą zupełnie nowym pomysłem, nowym planem, czasami zupełnie odwrotnym do poprzedniego, co powodowało tylko nasilenie zamieszania i chaosu.

Zawsze jednak zmiana ma to do siebie, że daje nadzieję na poprawę. Tym razem też tę nadzieję powinniśmy mieć. Może w fotelu ministra zdrowia zasiądzie ktoś z dalekosiężną wizją reformy i rozwoju systemu. Ktoś, kto będzie miał wystarczające

przebicie i motywację, aby tę wizję realizować. Czasem wbrew innym członkom rządu, jak np. minister finansów, który niechętnym okiem patrzy na rosnące wydatki w tym obszarze. Bo niezależnie od tego, jaka ta wizja będzie, jedno jest pewne – na jej realizację będą potrzebne dodatkowe środki finansowe. Przecież wszyscy, zarówno pacjenci, jak i medycy, chcieliby mieć w naszym kraju system podobny do najlepszych na świecie, takich jak np. systemy skandynawskie. Trzeba jednak zauważyć, jak wielkie nakłady względem PKB są przy takich systemach konieczne. Oczywiście, same finanse nie załatwią wszystkich problemów, bo nawet nieograniczonymi środkami nie zapełnimy niedoborów lekarzy specjalistów czy kadry pielęgniarskiej – do tego potrzebne są odpowiednie zmiany prawne i przede wszystkim współdziałanie z reprezentacjami tych zawodów, którymi są samorządy zawodowe. Czy nowy minister będzie to rozumiał? O tym przekonamy się wkrótce. Oby scenariusz z poprzednich lat tym razem się nie powtórzył, czego sobie i Państwu życzę. ●

TEMAT NUMERU

Dojrzała rozmowa o śmierci

KAROLINA KOWALSKA

Odpowiednie przekazanie informacji o śmierci pacjenta to element sztuki komunikacji. A tej przez wiele lat nie uczono ani studentów medycyny, ani lekarzy.

Damian Patecki, specjalista anesteziologii i intensywnej terapii pracujący w szpitalu dziecięcym, nie pamięta swojego pierwszego zmarłego pacjenta. Ani sytuacji, w której informację o śmierci musiał przekazać rodzinie. Pamięta stres. – To zawsze jest ogromny stres, zwłaszcza gdy umiera dziecko, szczególnie takie, które dotychczas było zdrowe. Jak mówiła pewna profesor bioetyki, ludzie traktują życie na równi, ale w przypadku dziecka to życie ma niezrealizowany potencjał. Dlatego staram się być merytoryczny, ale też empatyczny, dawać jak najwięcej oparcia i przestrzeni do wyrażenia emocji. Ale nadal nie wiem, czy robię to właściwie, czy na przykład wolno mi okazać własne emocje i też się rozpląkać, bo mimo zajęć z psychologii na studiach takich rozmów nikt nas nie uczył – mówi lekarz, który medycynę skończył w 2012 r.

Dr Konstanty Szuldrzyński, anesteziolog i internista, absolwent Collegium Medicum UJ z 1999 r., takich rozmów ma za sobą o wiele więcej. Szczególnie odkąd szefuje Klinice Anesteziologii i Intensywnej Terapii Państwowego Instytutu Medycznego (PIM) MSWiA. – W naturalny sposób najtrudniejsze rozmowy spadają na mnie. Czy po tylu latach można się do tego przyzwyczaić? Nie i nie należy się przyzwyczajać, bo wraz z przyzwyczajaniem traci się empatię i czujność. Podczas rozmowy z rodziną o śmierci pacjenta trzeba być ostrożnym, ważyć słowa, być dojrzałym człowiekiem – mówi dr Szuldrzyński.

Cieszy się, że teraz na studiach medycznych stawia się na zajęcia z komunikacji z pacjentem. Sam ich nie miał, ale trafił do miejsca, w którym z pacjentami

i ich rodzinami się rozmawiało i ich szanowało. – Atmosfera wzajemnego szacunku obowiązywała też w relacjach z koleżankami i kolegami z pracy. Myślę, że te dwie rzeczy idą w parze. Bez szacunku między personelem trudno mówić o właściwym stosunku do pacjenta – zauważa dr Szuldrzyński. Jego zdaniem brak umiejętności komunikacji związany jest z lękiem. Jeśli

Wszędzie na świecie na oddziałach istnieją pomieszczenia, w których można porozmawiać z rodziną pacjenta. W Polsce wciąż rozmawia się na korytarzu

ktos nie umie się komunikować, w każdej interakcji z drugim człowiekiem przeżywa stres. Podwójny – z pacjentem, od którego musi uzyskać ważne informacje, mające wpływ na powodzenie leczenia, jeszcze większy, gdy musi poinformować rodzinę o niepomyślnym rokowaniu czy śmierci. Tym bardziej że u niektórych reakcją jest szukanie winnego, a winnym staje się lekarz jako niosący przykre informacje.

Zdaniem dr. Szuldrzyńskiego właściwej komunikacji z rodzinami zmarłych pacjentów nie sprzyja budowa polskich szpitali. – Wszędzie na świecie komunikacja z pacjentami jest sprawą rudymენტarną i to się przekłada na architekturę. W Polsce przed blokami operacyjnymi czy OIOM-ami nie mamy

pokojów, w których można porozmawiać z rodzinami. Najczęściej trudne rozmowy odbywają się więc w korytarzach, co jest rozwiązaniem najgorszym, ewentualnie prowadzi się je w dyżurkach czy w salach chorych. Trudno wówczas zachować prywatność, co moim zdaniem stanowi rażące naruszenie praw pacjenta. Wystarczyłoby na każdym oddziale wydzielić pomieszczenie o powierzchni 12 mkw., ale nie myśli się o tym nawet w nowo budowanych szpitalach – zauważa.

Anna Gołębińska, strateg komunikacji w ochronie zdrowia, zauważa, że to, co w dojrzałych systemach zostało sproceduryzowane, u nas wciąż funkcjonuje na zasadach wolnoamerykańki. – Wiele lekarzy nie uczyło się komunikacji na studiach i przez lata wypracowało własne schematy, nie zawsze optymalne. A ci, którym brakuje empatii, po prostu nie potrafią takich informacji właściwie przekazać, czasem wręcz pogłębiając traumę rodzin. Gdyby działali według procedury, trzymając się odpowiednich sformułowań, może nie staliby się mistrzami empatii, ale przynajmniej nikogo nie naraziliby na dodatkowy stres. Dlatego tak istotne jest, by już na etapie studiów szkolić lekarzy z właściwej komunikacji z pacjentami, innymi lekarzami i członkami personelu szpitalnego. I te szkolenia regularnie powtarzać – mówi Anna Gołębińska.

Niebawem takie warsztaty ruszają w PIM MSWiA. – Chodzi o to, byśmy się nauczyli komunikować z pacjentami i sobą nawzajem. Mam bowiem wrażenie, że w Polsce konsyilia wielodyscyplinarne są zjawiskiem ginącym, a konsultacje z innym specjalistą coraz częściej mają służyć podzieleniu się odpowiedzialnością z drugim kolegą niż próbą znalezienia rozwiązania. Nauka właściwej komunikacji to też element dbania o jakość, bo komunikacja z pacjentem, sposób jego traktowania, wpływa na jego ocenę sposobu leczenia i całego systemu. Jestem przekonany, że system oceniania byłby znacznie lepiej, gdyby pacjenci czuli się w nim traktowani podmiotowo, a personel się do nich uśmiechał. Ludzi należy traktować po ludzku – mówi dr Szuldrzyński. ●

TEMAT NUMERU

Jak powiedzieć, że umarło dziecko

ADAM CZERWIŃSKI
DZIENNIKARZ

Bywa ciężko, ale trudno, żebyśmy płakali razem z rodzicami, gdy umrze dziecko. Musimy ich wspierać. To byłby absurd, gdyby oni się nad nami użalali. To oni są w trudnej sytuacji. My mamy zapewnić profesjonalną opiekę – mówi prof. Iwona Maroszyńska.

Pamięta Pani pierwsze dziecko, które Pani umarło?
Pierwszego nie mogę sobie przypomnieć.

A ile mogło ich być?

Na intensywnej terapii noworodka umiera od 15 do 20 proc. pacjentów. W mojej klinice rocznie mamy około 400 pacjentów. Wychodzi 40-50 zgonów rocznie. Pracuję już ponad 30 lat... Dużo.

Dlatego w pamięci pozostają wyjątkowe sytuacje. Pamiętam na przykład dziecko, które zmarło po tym, jak zostało zdyskwalifikowane z dalszego leczenia. To był pacjent z ciężką, nieoperacyjną wadą serca. W pewnym momencie stwierdziliśmy, że nie możemy już nic więcej dla niego zrobić i że nie będziemy kontynuować agresywnego leczenia ani reanimacji. Akurat miałam dyżur i musiałam powiedzieć mamie o naszej decyzji. Chociaż wiedziała, że ta chwila się zbliża, trudno jej było to zaakceptować. No i tak jak przewidywaliśmy, po kilku godzinach dziecko nie żyło. W każdym szpitalu zwłoki przez dwie godziny po śmierci pozostają w klinice, później są zabierane do sekcji. Mama została z dzieckiem na rękach. Ale gdy minął czas, nie oddawała dziecka. Poszłam jeszcze raz z nią porozmawiać. Posłuchała, spojrzała na mnie i powiedziała, że nie odda mi dziecka. „Tej pani go oddam” – dodała, wskazując na pielęgniarkę, która się dzieckiem zajmowała. Oczywiście, zgodziłam się. Następnego dnia mama

przeprosiła mnie i podziękowała nam za opiekę.

Dla rodzica śmierć dziecka to szok. A dla specjalisty intensywnej terapii noworodka?

We współczesnej intensywnej terapii naprawdę mało co zaskakuje, dlatego nie mówiłabym o stresie czy szoku przy łóżku pacjenta. Oczywiście, nie zawsze możemy powiedzieć w stu procentach, że to dziecko uratujemy albo nie uratu-

Nawet gdy jest bardzo źle, a jest choćby cień szansy na uratowanie dziecka, powinniśmy pokazywać to, co dobre. Staram się mówić, że jest mała poprawa, a jeżeli nic się nie zmienia, stabilizacja dziecka

jemy. Ale wiemy, co mamy robić, i widzimy, czy nasze działania są skuteczne, czy nie. Gdy staję przy dziecku, dokładnie wiem, co mam robić.

Nie boli, kiedy widać, że serce przestaje bić?

U noworodka na intensywnej terapii serce umiera ostatnie. Zazwyczaj gdy nadchodzi kres, kolejne narządy przestają funkcjonować i dopiero na końcu serce przestaje bić. Dla nas ważne jest, żeby dziecko nie cierpiało.

Rzadko się zdarza nagły zgon noworodka. Czasem bywa, że wierzymy, że jeszcze da się coś zrobić i jednak uratujemy to dziecko, a ono umiera. To nie dziwi, gdy człowiek przyzwyczai się do funkcjonowania na pograniczu życia i śmierci. Ale żeby zgon nas zaskoczył zupełnie, bo się go nie spodziewaliśmy? To naprawdę zdarza się niezwykle rzadko. Możliwości intensywnej terapii są jednak dosyć duże.

Oczywiście zdarzają się takie sytuacje, o które pan pyta, ale raczej na innych oddziałach. Na pediatrii – gdy dziecko gwałtownie i ciężko zachoruje. Czy na „zwykłej” dziecięcej intensywnej terapii, gdzie trafiają pacjenci po wypadkach.

Mówi Pani, że wasza praca stoi na fundamencie ogromnej wiedzy. Ale przecież nie jesteście robotami.

Nie tylko Pan tak uważa. Parę lat temu przygotowywaliśmy się do certyfikatu ISO. Przyszła do nas bardzo miła pani. Sprawdzaliśmy procedury, zadawała szereg szczegółowych pytań. Na koniec poprosiła, żebyśmy pokazali jej oddział. Poszliśmy. Oddział wyglądał jak zwykle. Wszędzie inkubatory, a w nich małe dzieci podłączone do aparatury medycznej. W pewnym momencie pani wdycha i pyta, czy mamy psychologa. Wtedy było tylko dwóch psychologów w szpitalu, więc mówimy,

że są tylko dwie panie, ale zawsze gdy potrzeba, do rodziców przychodzą. Na to pani od ISO mówi: „Nie, nie myślę o rodzicach. Myślę o was...”. No cóż, do dziś radzimy sobie bez psychologów. Musimy dawać radę. Trudno, żebyśmy razem z rodzicami płakali. My musimy ich wspierać. Przecież to byłby absurd, gdyby oni się nad nami użalali. To oni są w trudnej sytuacji. My mamy zapewnić profesjonalną opiekę dziecku i rodzicom. Ale emocje na pewno są. Nie przypadkiem uważa się, że dziecko na intensywnej terapii i śmierć dziecka to dwa najtrudniejsze kryzysy w życiu człowieka w ogóle. Dla nikogo nie jest to więc łatwe.

A co jest najgorsze?

Rozmowy z rodzicami. Im dłużej pracuję, tym są dla mnie trudniejsze. Proszę sobie wyobrazić, że zaraz będzie pan musiał iść do ludzi, których zdążył pan poznać, i powie im pan o śmierci dziecka.

Jak to zrobić?

Mówiłam już, że rzadko nas śmierć zaskakuje. Dlatego staramy się wcześniej tłumaczyć, co może się stać. Trochę przygotowujemy rodziców na czarne scenariusze. Ale nie straszymy ich niepotrzebnie. Kiedyś uważało się, że lepiej powiedzieć, że jest źle, żeby w razie czego cieszyć się, że wyszło lepiej. To nie jest dobre podejście. Uważam, że jednak zawsze, nawet gdy jest bardzo źle, a jest choćby cień szansy na uratowanie dziecka, powinniśmy pokazywać to, co jest dobre. Dlatego staram się mówić choćby, że jest mała poprawa, a jeżeli nic się nie zmienia, mówię: stabilizacja. To przecież dobry sygnał. Zawsze można wyjść do rodzica z pozytywną informacją. Jakkolwiek by było, zawsze mówię prawdę. Od początku tłumaczę, na czym polega choroba dziecka, co możemy zrobić, czego nie. Czasem trzeba powiedzieć: niestety nasze postępowanie nie jest skuteczne, nic więcej nie możemy zrobić...

Zazwyczaj rodzice są z umierającym dzieckiem. Od wielu lat rzadko się zdarza, żeby ich nie było przy zgonie noworodka. Jeżeli pacjent się pogarsza i widzimy, że to może się skończyć śmiercią, dzwoniemy do rodziców i mówimy, co się może wydarzyć. Najczęściej przyjeżdżają. Rzadko zdarzają się sytuacje, że nie mogą. Już po, jak rozmawiamy, powtarzamy to, co wcześniej mówiliśmy. To jest



foto: Agnieszka Bohdanowicz

komunikat – informacja merytoryczna. Co się stało, dlaczego, co mogliśmy zrobić, czego nie. Na pewno nie jest to moment, żeby zadawać pytania. To nie jest też czas, żeby rozmawiać o rodzeństwie czy o przyszłości rodziców.

Dla rodziców, jakkolwiek by byli przygotowani na najgorsze, śmierć jest zawsze najgorszą wiadomością. Dlatego staramy się im dawać to,

Czasem mamy pytają, czy można pobrać narządy dziecka do przeszczepu. To ostatni krzyk rozpacz. I ja go rozumiem, ale nie pobiera się narządów od noworodka

czego potrzebują. Dbamy, żeby mogli być przy dziecku, żeby mogli je wziąć na ręce. Żeby się pożegnali. Mamy specjalny pokój pożegnań, w którym rodzice sami mogą zostać na te dwie godziny ze zmarłym dzieckiem.

Jakich pacjentów najczęściej trzeba żegnać na intensywnej terapii noworodka?

Zdarzają się skrajne wcześniaki, czyli dzieci urodzone w 22., 23.

tygodniu ciąży. Ale w klinice, w której pracuję, zdecydowana większość zgonów jest związana z wadami wrodzonymi. Najgorsze są zespoły wad. Jednocześnie mogą dotyczyć serce, przewód pokarmowy czy układ moczowy lub ośrodkowy układ nerwowy.

Czasami od nas wychodzą dzieci z wadami, jeszcze niedawno uznawanymi za letalne, np. z zespołem Patau. Dziś medycyna pozwala tym dzieciom przeżyć kilka miesięcy, a nawet powyżej roku. Ale wciąż wobec wielu wad jesteśmy bezradni. Ostatnio mieliśmy w Klinice dziecko z celosomią, czyli z niezrośniętymi powłokami ciała. Takie narządy jak jelita, pęcherz moczowy mogą być poza jamą ciała, na zewnątrz. To może być też serce... Część tych wad daje się oczywiście operować. Ale są takie, w których nie jesteśmy w stanie pomóc. Jakkolwiek by było, nie można zostawić dziecka z jelitami na zewnątrz. Walczymy więc, czasami ze świadomością, że to tylko poprawi komfort życia, nie uchroni od śmierci. Czy to tylko? Niejednokrotnie nie kończy się na jednym zabiegu. Trzeba robić kolejne, bo żeby dalej pomagać, należy korygować nieprawidłowości w kolejnym układzie. Bo na przykład są problemy z oddawaniem moczu. Trzeba więc założyć stomię do pęcherza, żeby mocz mógł odpływać. Albo jest niedrożne jelito i konieczne staje się wykonanie ileostomii, żeby treść jelitowa mogła się wydostać.

Mamy patrzeć na to wszystko i zdarza się, że przychodzą z pytaniem, czy można chociaż pobrać narządy tego dziecka do przeszczepu. To już jest ostatni krzyk rozpacz. I ja to rozumiem, bo ile można patrzeć na te zabiegi, jeden po drugim, sztuczną wentylację, żywienie dożylnie? Pewnie rodzice szukają sensu w tym cierpieniu i chcą, żeby coś z życia ich dziecka zostało. Ale nie pobiera się narządów od noworodka.

Mierzycie się z problemami, o których jeszcze niedawno nikt nie miał pojęcia.

Musimy podejmować bardzo trudne decyzje dotyczące końca życia. Jeżeli prowadzimy jedną, drugą, trzecią reanimację, to

w końcu trzeba powiedzieć stop, bo zaczynamy terapię uporczywą. Ale jeżeli mamy dziecko, o którym wiemy, że mu nie pomożemy, bo dzisiejsza medycyna nie daje nam takich możliwości, wtedy też nie ma sensu podejmowanie działań interwencyjnych związanych z zabiegami, bo to będzie wiązało się z niepotrzebnym cierpieniem. W takich sytuacjach decydujemy się na odstąpienie od leczenia zabiegowego i przechodzimy do leczenia paliatywnego, czyli nie dążymy do wyleczenia, ale staramy się zapewnić komfort i wsparcie pacjentowi w obliczu nieuleczalnej choroby. Wtedy też rozmawiamy z rodzicami, przedstawiamy opinię wielu specjalistów. Ale to my – lekarze intensywnej terapii – musimy tłumaczyć, dlaczego nie możemy pomóc dziecku. W kolejnych zdaniach dodajemy, że nie pozostawimy dziecka bez opieki, że nie będzie cierpiało, że otrzyma to, czego potrzebuje... To naprawdę niełatwe, zwłaszcza że nierzadko nie potrafimy określić, jak długo będzie to trwało.

Zawsze uważałam, że nie mamy wtedy prawa pytać, czy ratować dziecko, czy nie. Mamy powiedzieć, dlaczego podjęliśmy taką a nie inną decyzję, co w naszej opinii jest lepsze dla dziecka. A rodzic ma naszą decyzję zaakceptować lub nie. Rodzice nie mają wystarczającej wiedzy, aby decydować, czy jego

dziecko ma być ratowane, czy nie. I czy ma mu się dać szansę żyć, czy nie. Śmierć dziecka jest niezwykle trudnym i emocjonalnie bardzo obciążającym doświadczeniem. Dlatego to nie rodzic ma o tym decydować, ale ważne jest porozumienie i akceptacja.

Wszyscy rodzice się zgadzają?

Raz rodzice się nie zgodzili. I przez jakiś czas kontynuowaliśmy leczenie. W tym czasie kontaktowali się z różnymi ośrodkami na świecie z pytaniem, czy można uratować ich dziecko? Wszyscy odpowiadali, że już nic się nie da zrobić. Z niektórych ośrodków uzyskano odpowiedź, że zrezygnowano by z leczenia wcześniej. W pewny momencie powiedzieliśmy: „Koniec. Więcej działań nie będziemy podejmować”. I po takiej batalii, o dziwo, rodzice już nie protestowali. To było dziecko z ciężką wadą układu moczowego. W ogóle się nie wykształciły nerki. W takiej sytuacji nie jesteśmy w stanie utrzymać dziecka przy życiu za pomocą dializy do przeszczepu. Bo jeśli nerki źle funkcjonują, ale pełnią funkcję wydalniczą – dziecko oddaje mocz – wtedy jest na to szansa.

Wad letalnych jest coraz więcej.

Nie robiliśmy statystyk. Nie możemy wskazać związku z tym, że np. w naszym ośrodku jest coraz więcej porodów. Ale faktycznie, pewne zjawiska widać gołym okiem i rzeczywiście dzieci z wieloma wadami trafia do nas coraz więcej. Nie bez wpływu pozostaje obecnie obowiązujące prawo. Co nas ostatnio najbardziej uderza, to to, że część rodziców rezygnuje z opieki nad tak ciężko chorym dzieckiem.

Naprawdę zostawiają dziecko w szpitalu?

Tak. Zazwyczaj dowiadujemy się o tych decyzjach zaraz po porodzie. W takiej sytuacji to oczywiście nie jest decyzja wiążąca. W okresie połogowym prawo na to nie pozwala. Ale jeśli już ktoś powie, że zostawi dziecko, raczej nie zmienia zdania. Tylko w pojedynczych przypadkach zdarzało się, że mimo wcześniejszych deklaracji rodzice zabierali dziecko.

Dlaczego rodzice zostawiają chore dzieci?

Trudno powiedzieć, czym kierują się ludzie w takiej sytuacji. Niektórzy pewnie uważają, że nie są w stanie zabezpieczyć potrzeb dziecka czy nie mają warunków, by je wychować. Sama nie wiem, może lepiej, że tak robią, niż gdyby mieli opiekować się ciężko chorym dzieckiem w skrajnie złych warunkach? Jakkolwiek by nas bolało serce w takiej sytuacji, robimy wszystko, by tym dzieciom pomóc. Te w najcięższym stanie przekazujemy do hospicjum dziecięcego. A tym, które nie umierają, staramy się znaleźć nowe rodziny. I to się na szczęście udaje.

Czy można coś zmienić systemowo, żeby rodzicowi i lekarzowi w tej trudnej sytuacji było lepiej?

Od strony medycznej nie różnimy się od ośrodków europejskich. Sprzęt mamy najnowszy, a w niektórych dziedzinach lepsze wyniki niż wiele lepiej rozwiniętych krajów. Choćby w kardiologii czy są zabiegi, których w innych krajach się nie wykonuje, bo gdy stwierdza się wadę, ciążę są terminowane.

Jeśli chodzi o samą hospitalizację, wszystko idzie w tym



◀ Ostatnio najbardziej uderza, że część rodziców rezygnuje z opieki nad ciężko chorym dzieckiem

foto: Agnieszka Bohdanowicz

kierunku, żeby sale, w których przebywają dzieci, również na intensywnej terapii, wyglądały jak pokoje rodzinne. Jednoosobowe, żeby rodzice mogli pozostawać w dobrych warunkach z dzieckiem. Ale takie warunki mogą stworzyć pojedyncze szpitale na świecie.

Na pewno powinno być więcej psychologów. W wielu szpitalach europejskich jest tak, że jeśli dziecko trafia na oddział, to pierwszą osobą, z którą rodzice mają kontakt, jest właśnie psycholog.

A czy można zrobić coś, żeby lekarzom, nie tylko na intensywnej terapii, było łatwiej, gdy umiera dziecko?

Potrzebne są szkolenia z zakresu rozmowy z pacjentem i rodzicem. Są takie rzeczy, których nie powinniśmy powiedzieć, z czego sobie nie zdajemy sprawy. Kiedyś, na szczęście na początku swojej drogi, dowiedziałam się, że jeżeli rodzicom umiera dziecko, nigdy nie powinnam powiedzieć, że wiem, co państwo czujecie. Chyba że sama przez to przeszłam i jestem gotowa podzielić się swoimi przeżyciami. Jeżeli nie, to będę mówiła nieprawdę. Bo skąd mam wiedzieć, co oni tak naprawdę czują? I są takie zachowania, zwroty, o których można się dowiedzieć i je przećwiczyć.

Oczywiście, dostępne są szkolenia, ale... często brakuje na nie czasu. Dobrze by było, gdyby w szpitalach z personelem medycznym, zwłaszcza w intensywnej terapii, na co dzień współpracowali specjaliści z zakresu komunikacji medycznej.

Żeby nie wpaść w rutynę?

Nie nazwałabym tego rutyną. Chodzi raczej o ciągłe uczenie się. Przecież w klinikach personel się zmienia. Starsi odchodzą, przybywają młodzi. A może nie zawsze wszystko umiemy przekazać.

Wróć do psychologów. Gdy policjant, strażak jadą do wypadku, w którym ktoś zginął, mają później dzień wolny, rozmowy z psychologiem. Może nam też jest to potrzebne? W takim oddziale jak mój psycholog powinien być członkiem zespołu terapeutycznego. Bo gdy pytamy rodziców, czy nie chcieliby skorzystać z opieki psychologa, zazwyczaj odpowiadają, że nie. Natomiast gdy psycholog idzie z nami na obchód i naturalnie podchodzi do rodziców, to jest zupełnie inna jakość. I wtedy bywa tak, że rodzice sami pytają o kolejne rozmowy z psychologiem.

► Na intensywnej terapii dzieją się piękne rzeczy – wyrywamy dzieci śmierci i one do nas przez lata wracają z podziękowaniami



foto: Agnieszka Bohdanowicz

To jasne, że obcowanie ze śmiercią boli. Ale może jednak daje coś dobrego?

Gdy widzi się ten ogrom cierpienia i ludzkie dramaty, człowiek zaczyna cenić to, co ma, i cieszyć się tym, co ma. Na rzeczy mniej ważne przestaje się zwracać uwagę. To chyba nie przypadek, że córka kiedyś wystawiła mi trochę zaskakującą cenzurkę: „Moja mama wszystko ma gdzieś”. Oczywiście, nie chodzi o to, że była kiedykolwiek zaniedbana, tylko zawsze, gdy coś się stało: potłukła się, upadła, przwróciła się czy rozbiła, interesowało mnie, czy nic jej nie jest. Coś się potłukło w kuchni? Jeśli tobie nic nie jest, to OK. Uszkodzony samochód? Ale nic ci nie jest? Więc OK. Raczej staramy się rozwiązywać problemy, niż ich szukać. To chyba jest wspólna cecha ludzi pracujących w oddziałach intensywnej terapii. Miałam kiedyś taką sytuację, że z koleżanką z pracy byłyśmy na szkolnym zebraniu. Akurat była mowa o wyjeździe na pierwszą zieloną szkołę. Wychohawczyni powiedziała, co trzeba spakować, i zaczęły się pytania rodziców. Każde kolejne było dla nas coraz bardziej zaskakujące, no bo jak można zawracać innym głowę drobiazgami bez znaczenia? W pewnym momencie spojrzaliśmy na siebie i którąś z nas rzuciła: czy to

my jesteśmy nienormalne, czy ci ludzie? Znowu spojrzaliśmy i zgodziliśmy się, że chyba jednak my.

A w ogóle to na intensywnej terapii dzieją się piękne rzeczy. Przecież wyrywamy dzieci śmierci i one do nas przez lata wracają z podziękowaniami. Czasem nawet mamy wrażenie, że uczestniczymy w czymś niezwykłym. Choćby historia sprzed wielu lat. Trafił do nas chłopczyk. Już nie pamiętam, co mu było. Pamiętam mamę. Całe dnie siedziała przy inkubatorce i śpiewała. Trochę wbrew naszym przewidywaniom stan dziecka zaczął się poprawiać i wyszło zdrowe. Dla mnie wyglądało, jakby ta mama wyśpiewała dziecku życie. ●

**DR HAB. N. MED., PROF. ICZMP
IWONA MAROSZYŃSKA**

Jest dyrektorem Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki, pediatrą, neonatologiem, kieruje Kliniką Intensywnej Terapii i Wad Wrodzonych Noworodków i Niemowląt.

Pierwsza w Polsce wprowadziła krążenie pozaustrojowe (ECMO) do leczenia niewydolności oddechowej u noworodków.

AKTUALNOŚCI

Po wyborach. I co dalej?

15 października suweren zdecydował. Polityczne trzęsienie ziemi swoje apogeum będzie mieć zapewne dopiero w listopadzie, być może nawet w grudniu, bo trzeba się spodziewać, że obecna ekipa rządząca zrobi wiele, by odsunąć w czasie nieuchronne. Jaki wpływ będzie to miało na ochronę zdrowia?

Wyniki wyborów można uznać za sensacyjne, choćby dlatego że frekwencja w Polsce wyraźnie wyprzedziła średnią w krajach UE, która w wyborach do parlamentów krajowych wynosi 68 proc. Jeszcze na tydzień przed 15 października sukces demokratycznej opozycji wisiał na włosku – wiadomo było, że zależy on nie tyle od tego, czy Koalicja Obywatelska (KO) przegoni Prawo i Sprawiedliwość (PiS) w walce o pierwsze miejsce (choć takie rozwiązanie uprościłoby wiele kwestii), ale przede wszystkim od tego, kto w wyborach zajmie trzecie miejsce, i tego, czy do Sejmu wejdą wszystkie komitety zjednoczonej, choć podzielonej na trzy listy, opozycji. Trzecia Droga musiała przekroczyć barierę 8 proc., a w pierwszym tygodniu października nie było to takie pewne.

PYRRUSOWE ZWYCIĘSTWO

O sukcesie opozycji i porażce PiS zdecydowało – naraz, choć w różnym stopniu – kilka elementów.

Po pierwsze, Marsz Miliona Serc. 1 października Donald Tusk pokazał Polakom, że niemożliwe nie istnieje. W Warszawie rzeczywiście maszerował ponad milion.

Po drugie, paradedbata w TVP. Donald Tusk pokazał, że jest tylko człowiekiem – debaty nie wygrał, wręcz się spalił, ale wypadł i tak bardziej autentycznie od premiera Mateusza Morawieckiego. Na tle obu liderów największych ugrupowań punkty mieli szansę zdobyć reprezentanci Trzeciej Drogi i Lewicy. Oboje wypadli bardzo dobrze, ale zwycięzcą był Szymon Hołownia. Jest zagadką, ile „urwał” w trakcie debaty dużemu koalicjantowi, a ile PiS.

Po trzecie, fatalna kampania PiS, oparta na jednym hasle: Donald Tusk. Parafrazując, zemściło się słynne

MAŁGORZATA SOLECKA
DZIENNIKARKA



powiedzenie „nieważne, jak mówią, byle mówili”.

Po czwarte, afera wizowa. Nie zatopiła PiS, ale niewątpliwie wpłynęła demobilizująco na elektorat, przywiązany do myśli, że PiS broni

Ochrona zdrowia nie jest dodatkiem do rządu, tylko jego dół. Jest tak samo ważna jak obronność, polityka zagraniczna czy finanse państwa

Polski przed zalewem imigrantów obcych kulturowo.

Po piąte, „pomocna dłoń” Janusza Korwin-Mikkego. Notowania Konfederacji spadały na łeb na szyję od końca wakacji, ale na ostatniej prostej jeden z liderów swoimi wynurzeniami na temat dojrzałości do współżycia dwunastoletnich dziewczynek i roli kobiety w społeczeństwie „dorzucił watahę”, za co zresztą został tuż po wyborach ukarany, niezależnie od tego, że czerwoną kartkę pokazali mu wyborcy.

PiS wygrało trzecie wybory parlamentarne z rządu i straciło władzę

– prawdziwe pyrrusowe zwycięstwo. Partia Jarosława Kaczyńskiego wprowadziła do Sejmu zaledwie 194 posłów i mimo rozpaczliwych prób kuszenia Polskiego Stronnictwa Ludowego (PSL) nie ma (raczej na pewno) szans na stworzenie stabilnego rządu. Bezpieczną większość uzyskała potencjalna koalicja partii demokratycznej opozycji – KO, Trzeciej Drogi i Nowej Lewicy. I to liderzy tych komitetów zaraz po ogłoszeniu wyników wyborów przez PKW usiedli do rozmów nad umową koalicyjną i kształtem przyszłego rządu.

W OCZEKIWANIU NA NOWEGO SZEFA RESORTU

– Kto będzie nowym ministrem zdrowia? – to jedno z pytań, które zaczęło krążyć wśród zainteresowanych systemem ochrony zdrowia zaraz po ogłoszeniu wstępnych wyników wyborów. Na odpowiedź przyjdzie jednak poczekać: prezydent Andrzej Duda ma miesiąc na zwołanie pierwszego posiedzenia Sejmu i raczej na pewno nie będzie skracać tego czasu. Wiele wskazuje, że posłowie zbiorą się dopiero 12 listopada, dzień po obchodach Święta Niepodległości. I nawet jeśli koalicja demokratycznej

LEKARZE W SEJMIE I W SENACIE

Czternastu lekarzy zasiądzie w ławach Sejmu, a siedmiu w ławach Senatu po wyborach 15 października 2023 r., w których rekordowa frekwencja wyniosła 74,38 proc. W wyborach do Sejmu PiS uzyskało 194 mandaty, KO – 157, Trzecia Droga – 65, Nowa Lewica – 26, a Konfederacja – 18. Mandat do Sejmu uzyskało czterech lekarzy posłów PiS: Anna Dąbrowska-Banaszek, Czesław Hoc, Bolesław Piecha i Katarzyna Sójka. Z Koalicyjnego Komitetu Wyborczego (KKW) Koalicja Obywatelska PO .N IPL Zieloni: Bartosz Arłukowicz, Krzysztof Bojarski, Alicja Chybwicka, Włodzisław Giziński, Marek Hok oraz Rajmund Miller. Z KKW Trzecia Droga PSL-PL2050 Szymona Hołowni: Rafał Komarewicz, Władysław Kosiniak-Kamysz, Radosław Lubczyk. Natomiast z KW Nowa Lewica Zdzisław Wolski. W wyborach do Senatu kandydaci KO zdobyli 41 mandatów, PiS – 34, Trzeciej Drogi – 11, a Nowej Lewicy – 9 mandatów. W Senacie znajdzie się pięciu senatorów, którzy startowali z własnych komitetów. Spośród lekarzy w Senacie znaleźli się: z KKW Koalicja Obywatelska PO .N IPL Zieloni – Agnieszka Gorgoń-Komor, Tomasz Grodzki, Bogdan Klich, Beata Małecka-Libera, z KW PiS – Stanisław Karczewski oraz Waldemar Kraska, a z KW Nowa Lewica – Wojciech Konieczny.

(obecnej) opozycji będzie już uformowana i potwierdzi swoją zdolność do rządzenia, wybierając marszałka, Andrzej Duda nie musi wcale wskazać kandydata, którego życzyłyby sobie sejmowa większość.

Jest prawdopodobne, że Andrzej Duda wskaże polityka PiS – Jarosława Kaczyńskiego, Mateusza Morawieckiego albo – skrajna, ale nie nieprawdopodobna, wersja – Przemysława Czarnka. Co prawda w pierwszych dniach po wyborach stanowiskiem premiera miał być kuszony lider ludowców Władysław Kosiniak-Kamysz, ale politycy PiS sami nie wierzyli, że ten scenariusz ma szanse powodzenia. Po pierwsze, po drugie i po trzecie, dlatego że wśród polityków nienależących do PiS krąży powiedzenie: „Kto PiS dotyka, ten znika”. Ciągłe żywa jest – zwłaszcza wśród ludowców – pamięć o aferze gruntowej, którą PiS postanowiło

zniszczyć w 2007 r. Andrzeja Lepera. A całkiem świeża – pamięć o losie Jarosława Gowina, którego prezes PiS po prostu politycznie zniszczył.

Są też inne powody, bardziej przyziemne. Polisa, która ubezpiecza koalicję partii demokratycznych, są przyszłoroczne wybory – i to podwójne, samorządowe i europejskie. PSL nie zaryzykuje, że wiążąc się z PiS, przegra swój elektorat w gminach i powiatach, czyli tam, gdzie PiS walczy najostrzej. Nie zmieni tego raczej nawet oferta, którą miał usłyszeć Kosiniak-Kamysz: nie tylko teraz fotel premiera, ale poparcie kandydatury w wyborach prezydenckich w 2025 r. To oferta bajeczna. Tyle że Kosiniak-Kamysz jest dorosłym człowiekiem, a nie chłopcem, który wierzy w bajki i bajeczne oferty. W ostatnich latach mógł się przekonać, jak Jarosław Kaczyński traktuje swoich faworytów, jak rozgrywa ich ambicje i jak często zmienia zdanie.

Przecieki ze spotkania premiera z prezydentem, do którego doszło 18 października (trzeba zakładać – kontrolowane), mówią właśnie o takim scenariuszu: miesiąc na zwolanie posiedzenia Sejmu, dwa tygodnie na desygnowanie przez prezydenta kandydata na premiera, potem dwa tygodnie „formowania rządu” czy też „próby zbudowania większości niezbędnej do uzyskania wotum zaufania”, exposé premiera z PiS, przegrana i oddanie inicjatywy Sejmowi. W tym scenariuszu nowy rząd mógłby być powołany dopiero w okolicach świąt Bożego Narodzenia. Z drugiej strony – Pałac zaprzecza, że takie decyzje zapadły, a prezydent postanowił spotkać się z liderami pozostałych ugrupowań, które będą tworzyć Sejm nowej kadencji. Jeśli zdecydowałby się na wariant skrócony, z pominięciem etapu formowania rządu PiS, proces byłby krótszy o miesiąc – rząd poznalibyśmy więc w drugiej połowie albo pod koniec listopada.

ZDROWIE –
CYWILIZACYJNE WYZWANIE

Tak czy inaczej, przynajmniej dziś odpowiedź na pytanie, kto będzie kierować resortem zdrowia, wcale nie jest kluczowa. Kluczowe jest, czy Donald Tusk zrozumiał, że

ochrona zdrowia nie jest dodatkiem do rządu, tylko jego clou. I że jest tak samo strategicznie ważna jak obronność, polityka zagraniczna czy finanse państwa. Ze ochrona zdrowia traktowana łącznie – zdrowie publiczne, profilaktyka, medycyna naprawcza, opieka długoterminowa – to cywilizacyjne wyzwanie i jedno z najpilniejszych zadań państwa idącego wprost na czołowe zderzenie z demografią, z konsekwencjami gwałtownie i źle starzejącego się społeczeństwa. Źle, czyli z wielochorobowością dotykającą coraz częściej kohorty ludzi w wieku produkcyjnym.

Dostępność do diagnostyki i leczenia, wszechstronna i kompleksowa prewencja i profilaktyka chorób, jakoś rozumiana jako nastawienie na wynik, a nie samo udzielanie świadczeń – tego wszystkiego nie osiągnie się przy obecnym poziomie finansowania systemu, o czym na Forum Rynku Zdrowia przekonywali zgodnie prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Łukasz Jankowski i dr Małgorzata Gałązka-Sobotka z Uczelni Łazarskiego. Plan minimum na przyszły rok to 6,2 proc. PKB (ale według metodologii n-2). Czy partie opozycyjne, które w kampanii zapowiadały radykalne i szybkie podniesienie nakładów na zdrowie do 7 proc. PKB (Trzecia Droga) i 8 proc. PKB (Lewica) będą zdeterminowane, by usunąć z ustawy fałszującą rzeczywistość metodologię, co oznaczałoby konieczność dołożenia do systemu ponad 45 mld zł? Czy Donald Tusk podpisze się pod taką decyzją?

Pierwsze rozmowy koalicyjne, które ruszyły 18 października, wskazują, że być może resort zdrowia weźmie Nowa Lewica, choć zaraz po wyborach żaden z mniejszych koalicjantów, ani Lewica, ani Trzecia Droga, nie wymieniał go wśród swoich „must have”. – To gorący kartofel, nikt nie chce się sparzyć – można było usłyszeć w kulisach hotelu Sheraton, gdzie 16-17 października odbywało się Forum Rynku Zdrowia. Dziennikarze komentujący na rozpoczęcie konferencji wyniki wyborów byli podzieleni – część wskazywała, że KO chętnie odda „ministerstwo kłopotów” mniejszym partnerom, część obstawiała, że ponieważ w zdrowiu



◀ Start potencjalnego nowego rządu będzie odłożony w czasie, niewykluczone, że aż o ponad dwa miesiące

foto: Shutterstock.com

są w tej chwili „duże pieniądze”, główny koalicjant będzie zainteresowany kontrolą nad nimi. Wydaje się jednak, że politycy doskonale znają sobie sprawę z realnej wartości owej góry pieniędzy, która robi wrażenie chyba tylko na części publicystów, i wiedzą, że góra problemów jest znacznie większa.

Brak zainteresowania resortem zdrowia ze strony mniejszych koalicjantów jest o tyle dziwny, że w przeciwieństwie do KO i Trzecia Droga, i Lewica miały dość rozbudowane propozycje programowe. Jednocześnie warto zauważyć, że w przypadku Trzeciej Drogi te propozycje przy bliższej analizie, po zejściu na poziom programów Polski 2050 i PSL, są dość rozbieżne, zaś punktem wspólnym była tylko kwestia nakładów. Niewykluczone więc, że ostatecznie ministerstwo przypadnie rzeczywiście największemu koalicjantowi. Jedną z koncepcji suflowanych liderowi KO i prawdopodobnie przyszłemu premierowi to połączenie ministerstw zdrowia i polityki społecznej. To nawet nie byłoby złe rozwiązanie: o konieczności wprowadzenia daleko posuniętej synergii między systemami ochrony zdrowia i opieki społecznej eksperci mówią od lat. W wielu krajach te dwa obszary traktowane są kompleksowo. Problem polega na tym, że by ta operacja miała sens, musiałaby być drobiazgowo przygotowana. W samej ochronie zdrowia lista problemów do pilnego rozwiązania jest tak długa, że czasu na eksperymenty zwyczajnie nie ma.

Z którejkolwiek strony patrzeć, wniosek nasuwa się jeden. I niestety dość smutny (choć niebędący niespodzianką): podobnie jak w roku 2007 (i w 2011 r.

również) sprawy zdrowia dla przyszłego rządu raczej priorytetem nie będą, przynajmniej na początku kadencji.

PAKUJCI KUWETY

Można to zrozumieć. Start potencjalnego nowego rządu będzie odłożony w czasie, niewykluczone, że aż o ponad dwa miesiące. Tyle czasu może dać prezydent Andrzej Duda swoim kolegom i byłym partyjnym towarzyszom na uporządkowanie i pozamykanie spraw w ministerstwach i instytucjach, przynajmniej tych, które będą mogły zostać przejęte przez następną ekipę (niektóre, jak zwracają uwagę komentatorzy, zostały zabetonowane na lata, w tym przede wszystkim Trybunał Konstytucyjny). Ten czas bez wątpienia wykorzystają też „tłuste koty” w spółkach Skarbu Państwa, do których Szymon Hołownia apelował w trakcie „debaty” w TVP w przedwyborczy poniedziałek: „Pakujcie kuwety”. Te „kuwety” – jak zwracają uwagę niektórzy publicyści – może i zostaną spakowane, ale wcześniej sówicie ożłcone.

Politycy partii obecnej opozycji zwracają tymczasem uwagę na już nawarstwiającą kolejkę problemów do rozwiązania: odblokowanie pieniędzy europejskich, uchwalenie budżetu (zgodnie z zasadą dyskontynuacji projekt skierowany do Sejmu przepada z końcem kadencji, zresztą eksperci spodziewają się, że został przygotowany w sposób niepoprawialny i będzie musiał być stworzony od zera), pilne poprawienie relacji

z partnerami zagranicznymi (w tym z Ukrainą), realizacja zapowiedzianych podwyżek, m.in. dla nauczycieli. Pilnie trzeba rozpocząć naprawę systemu sądownictwa. Samo „odbijanie” mediów publicznych również wymagać będzie uwagi i czasu – a trudno przypuszczać, by nowa władza mogła tolerować sytuację, w której telewizja publiczna pozostaje tubą propagandową poprzedniej ekipy (zakładając, że nikomu nie przyjdzie do głowy, by była tubą propagandową kolejnej władzy). Last but not least, przywrócenie Polski na drogę wzrostu gospodarczego, bo tegoroczne wskaźniki są wręcz fatalne. Gdziekolwiek spojrzeć – problemy. I trzeba przyznać uczciwie, nieobojętne również dla ochrony zdrowia: choćby pęłający wzrost gospodarczy jest fatalnym prognostykiem dla przychodów Narodowego Funduszu Zdrowia czy odblokowanie funduszy unijnych z KPO – na cele związane ze zdrowiem może trafić nawet ponad 20 mld zł.

NADZIEJA NA ZMIANY

Pojawiają się obawy, że ochrona zdrowia może paść ofiarą własnych „sukcesów”, przynajmniej tych wyjętych z przekazu propagandowego PiS. Długie kolejki? Tak, ale przecież się zaczęły skracać. Mało pieniędzy? Tak, ale o ileż więcej niż w poprzednich latach, i przybywa! Kryzys kadrowy? Niewątpliwie, ale młodzi chętnie wybierają kierunki merytoryczne, więc jest nadzieja na zmiany.

Przejęcie retoryki sukcesu na potrzeby maskowania braku rozwiązań dla zdrowia przez nową ekipę to chyba czarny sen wszystkich, którzy doskonale wiedzą, jak intensywnie w zdrowiu trawa była malowana na zielono. I choć rzeczywiście w niektórych obszarach zanotowano znaczący progres, nic nie jest dane raz na zawsze. Postępy w refundacji leków i dostępności do innowacyjnych terapii – bodaj największy realny sukces ośmiu (zwłaszcza zaś dwóch, trzech ostatnich) lat – mogą zostać zatrzymane. To, co udało się zmienić (na plus) w zakresie koordynacji opieki nad pacjentami, może zostać zaprzepaszczone. A nie powinno. – To sygnał, że zaczynamy w ogóle budować system, bo większość tu zgromadzonych zapewne zgodziłaby się, że dziś systemu jako takiego nie

mamy – mówił podczas sesji plenarnej Forum Rynku Zdrowia prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Łukasz Jankowski. Koordynacja opieki na poziomie POZ oraz w wybranych obszarach medycyny (onkologia, kardiologia, neurologia i hematologia) wymaga pogłębienia i utrwalenia, domknięcia etapu pilotażowego i przejścia do rozwiązań systemowych.

Może dlatego w rozmowach z doświadczonymi menedżerami placówek i ekspertami nadzieje związane z nowym rozdaniem mieszały się z obawami. Bo wbrew powiedzeniu „gorzej być nie może”, wydaje się, że przeciwnie – może być. Przekleństwem ochrony zdrowia – wręcz od dekad – jest stwierdzenie: „lepiej już było”.

– Ludziom nie może się zacząć żyć gorzej niż za PiS – tłumaczy liberałom z KO politycy Nowej Lewicy, zapewniając na starcie rozmów o przyszłym rządzie, że nie zgodzą się na politykę zaciskania pasa. Dotyczy to wszystkich obszarów, również ochrony zdrowia, choć spełnianie wszystkich obietnic jednocześnie może wygenerować takie problemy, o których nie śniło się politykom na etapie składania obietnic. Przykład pierwszy z brzegu: jak pogodzić postulat wprowadzenia czterodniowego tygodnia pracy (tudzież skrócenia dnia pracy) ze skracaniem kolejek do świadczeń medycznych, w dodatku bez skokowego wzrostu nakładów? Jeśli placówki zdrowotne przejdą na czterodniowy tydzień pracy, kolejki wydłużą się natychmiast, a koszty szpitali w związku z koniecznością zapewnienia obsady dyżurowej – wzrosną (oczywiście przy założeniu, że skrócenie czasu pracy nie będzie się wiązać – a to przecież logiczne – z niższym wynagrodzeniem, ochrona zdrowia nie może tu być wyjątkiem). Podobna „zagwozdka” to zapowiedź uwolnienia limitów na świadczenia szpitalne – nie dość, że rozwiązanie bardzo kosztowne (23-24 mld zł), to kontrskuteczne, jeśli chodzi o konieczne zmiany w systemie ochrony zdrowia, które muszą zmierzać do przesunięcia ogromnej części świadczeń opieki zdrowotnej do segmentu ambulatoryjnego.

Ludziom nie może się zacząć żyć gorzej niż za PiS. Gorzej niż za PiS nie może też zacząć się działać w systemie ochrony zdrowia – to również jest przesłanie dla tych, którzy przejmą władzę. Jeśli oczywiście chcą ją utrzymać.

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

SIÓDEMKA NIL. MINISTER NIE ZDAŁ EGZAMINU

Dzień po wyborach parlamentarnych Naczelna Izba Lekarska podsumowała stan realizacji tzw. siódemki NIL, czyli listy postulatów, które samorząd przekazał na początku urzędowania minister Katarzynie Sójce. Przez nieco ponad dwa miesiące udało się zrealizować... niewiele.

Postulat: Zniesienie limitów na wystawianie recept nałożonych na lekarzy oraz ustalenie standardów dla teleporad, które uniemożliwią działanie tzw. receptomatów.

Stan realizacji:
NIE ZREALIZOWANO

W ministerstwie powstał zespół ekspertów reprezentujących wszystkie środowiska, w tym m.in. farmaceutów oraz lekarzy, którego zadaniem jest opracowanie reguł dla wystawiania i realizacji recept, także wystawionych zdalnie. Zniesiono także limity recept dla tzw. białej listy placówek. Zniesienie limitów nie dotyczy jednak wszystkich placówek oraz medyków. Lekarze podkreślają także, że nadal brakuje standardów dla teleporad oraz wciąż funkcjonują receptomaty, z którymi walkę podjął były minister zdrowia Adam Niedzielski.

Postulat: Przeprowadzenie kontroli w Ministerstwie Zdrowia oraz Centrum e-Zdrowia dotyczącej e-bezpieczeństwa danych medycznych i ujawnienie wyników zakończonej kontroli.

Stan realizacji:

NIE ZREALIZOWANO

Wyniki nie zostały ujawnione, co może świadczyć o tym, że do tej pory kontrola taka nie została przeprowadzona.

Postulat: Wycofanie się z otwierania kolejnych kierunków lekarskich na uczelniach bez pozytywnej opinii Polskiej Komisji Akredytacyjnej i odpowiedniego zaplecza dydaktycznego, ograniczenie zwiększania naboru na nowo powstałe uczelnie medyczne.

Stan realizacji:

NIE ZREALIZOWANO

Nowe kierunki wciąż są otwierane.

Postulat: Zaostrzenie zasad dotyczących praw wykonywania

zawodu, czyli zaprzestanie wydawania zgód na wykonywanie zawodu w trybie warunkowym czy na określony zakres czynności w przypadku lekarza i lekarza dentystry. Zawody lekarskie powinny być wykonywane jedynie na podstawie dokumentu Prawo Wykonywania Zawodu.

Stan realizacji:

NIE ZREALIZOWANO

Lekarze z zagranicy mogą podejmować w Polsce pracę w zawodzie bez nostryfikacji dyplomu i weryfikacji wiedzy czy też poziomu znajomości języka polskiego.

Postulat: Przekazanie funduszu regionalnym środków na realizację zmian finansowania w stomatologii.

Stan realizacji: ZREALIZOWANO
Przekazano minimum 140 mln zł na realizację celu.

Postulat: Wprowadzenie automatyzacji refundacji i zdjęcie z lekarzy zadania określania jej wysokości.

Stan realizacji:

NIE ZREALIZOWANO

Został powołany Zespół ds. preskrypcji i realizacji recept na leki gotowe i recepturowe, ale zmiany w ustawie refundacyjnej nadal „budzą kontrowersje i chaos w pracy medyków”.

Postulat: Analiza przypadków ukarania lekarzy przez NFZ za nienależną refundację i odstąpienie od egzekwowania kary w przypadku, gdy istniały przesłanki do przepisania środka.

Stan realizacji:

NIE ZREALIZOWANO

Mimo podjętych przez lekarzy działań, czyli przekazania materiałów, pism konsultanta krajowego popierającego lekarzy ukaranych za tzw. nienależną refundację, spotkań i debat nie podjęto kroków w tej sprawie.

WAŻNE SPRAWY

Zdrowie ponad podziałami

REDAKCJA, DZIAŁ KOMUNIKACJI NIL

Czy ponadpartyjne porozumienie w kwestii ochrony zdrowia jest możliwe? – pytał podczas debaty wyborczej NIL prezes NRL Łukasz Jankowski. – Tak, ale nie we wszystkich kwestiach – uznali kandydaci na parlamentarzystów.

O możliwość wspólnej pracy ponad podziałami na rzecz zmian w ochronie zdrowia prezes Naczelnej Rady Lekarskiej (NRL) pytał kandydatów do Sejmu i Senatu, reprezentujących pięć komitetów wyborczych (KW): Beatę Małecką-Liberę z KW Koalicja Obywatelska, Marcelinę Zawiszę z KW Nowa Lewica, Bolesława Piechę z KW Prawo i Sprawiedliwość, Cezarego Pakulskiego z KW Trzecia Droga oraz Przemysława Wiplera z KW Konfederacja Wolność i Niepodległość.

Zdaniem Marceliny Zawiszy, posłanki i kandydatki na posłankę z Lewicy, już sama debata, zorganizowana 27 września w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej (NIL), dowiodła, że opozycja ma podobne pomysły, które udałoby się zrealizować, gdyby utworzyła wspólny rząd. – Duże reformy muszą być wprowadzane jak w krajach skandynawskich, gdzie zaprasza się wszystkich interesariuszy i wszystkie partie, w tym opozycyjne, i próbuje się utworzyć taki konsensus, by zmiana nie była rewolucją, ale zapewniała stabilny system – powiedziała Marcelina Zawisza.

Przemysław Wipler, kandydat na posła Konfederacji, mówił z kolei, że eksperci systemu ochrony zdrowia, z którym się konsultował, są zgodni, że obecnie systemu nie ma. – Trzeba go dopiero zbudować, ale nie da się tego zrobić rewolucyjnie i bez konsensusu, chociażby w kwestii tego, co ma się znaleźć w podstawowym koszyku świadczeń – przekonywał. W jego ocenie doprowadzi to do wspólnych działań mimo różnic w poglądach politycznych.

Według Cezarego Pakulskiego, kandydata do Sejmu z ramienia Trzeciej Drogi, punktem wyjścia dla konsensusu powinna być nowa definicja sposobu komunikacji wszystkich poziomów systemu ochrony zdrowia, który w tej chwili nie tworzy całości. – Takim początkiem może być podstawowa opieka



fot.: Karolina Bartyzel/Dział Komunikacji NIL

zdrowotna połączona z ambulatoryjną opieką specjalistyczną, które należałoby jeszcze bardziej ze sobą spoić – dodał.

Senator Beata Małecka-Libera, kandydatka Koalicji Obywatelskiej do Senatu, stwierdziła, że porozumienie ponad partyjnymi podziałami to wręcz obowiązek, ponieważ sytuacja zdrowotna jest katastrofalna: – Przed nami naprawdę duże wyzwanie i tylko wspólna strategia doprowadzi do poprawy sytuacji – przekonywała senator, zgadzając się, że podczas debaty wybrzmiało wiele punktów wspólnych. Jej zdaniem należy współdziałać przeciwko centralizacji systemu i wykorzystywać potencjał placówek medycznych niezależnie od tego, czy są one prywatne, czy publiczne.

Przedstawiciel koalicji rządzącej poseł Bolesław Piecha odniósł się do wypowiedzi poprzedników: – Wydaje mi się, że mamy zgodę na obecny system. Można go tylko udoskonalać. Nikt z nas nie mówi, że nakłady mają być zamrożone albo stopnieć. Pytanie tylko skąd je wziąć? To wymaga dyskusji, ponieważ interesariuszy jest wielu, a uzgodnienia kto ma za co zapłacić

– nie są proste. Trudno będzie przekonać do współpracy wewnątrz ugrupowań politycznych. Tam są zazwyczaj inne głosy: wolnorynkowy, ten, który uściśla finanse publiczne i ten, który daje zielone światło ochronie zdrowia – powiedział Piecha.

Moderatorka debaty, redaktor naczelna „Gazety Lekarskiej” Karolina Kowalska, pytała uczestników o ich stanowisko w kwestii otwierania kierunków lekarskich na uczelniach niemedycznych, sposobu przejścia z systemu lekarskocentrycznego na pacjentocentryczny, a także o to, jakie hasło wzięliby na sztandary, gdyby przyszło im organizować protest w ochronie zdrowia. Marcelina Zawisza wskazała na radykalne zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia, Cezary Pakulski na finansowanie i lepszą organizację pracy, senator Beata Małecka-Libera poszłaby protestować ze sloganem: „Zdrowie priorytetem rządu”, a Przemysław Wipler i Bolesław Piecha zgodzili się, że priorytetowych haseł w ochronie zdrowia jest wiele i trudno wskazać jedno najważniejsze. ●

WAŻNE SPRAWY

Protest lekarskich związkowców

KAROLINA KOWALSKA

„Decydenci, nie udawajcie, że zależy wam na pacjencie i medyku” – głosił transparent na scenie protestu lekarzy pod resortem zdrowia. Apelowali o poprawę jakości kształcenia lekarzy, ich pracy i jakość systemu.

Ten protest to próba wyegzekwowania zmian w ochronie zdrowia, gwarantujących jakość leczenia i bezpieczeństwa dla pacjentów, ale również dla lekarzy i wszystkich członków personelu szpitali publicznych. Potrzebna jest przeprowadzona na podstawie map potrzeb zdrowotnych reforma ochrony zdrowia. Taka, która będzie gwarantować stabilność podmiotów leczniczych, by mogły przygotowywać do pracy młodych adeptów sztuki lekarskiej tak, by nie wyjeżdżali z kraju – mówiła Grażyna Cebula-Kubat, przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy (OZZL), który zorganizował protest wspólnie z Porozumieniem Rezydentów OZZL (PR OZZL).

► Samorząd lekarski zawsze będzie stał na straży godności zawodu i interesu pacjentów – zapewniał Damian Patecki, członek Naczelnej Rady Lekarskiej



fot.: Karolina Kowalska

DEGRADACJA KSZTAŁCENIA

– Jesteśmy tutaj wszyscy, ponieważ nie zgadzamy się na sytuację w ochronie zdrowia. Chcemy, by polskiego pacjenta leczył lekarz dobrze wykształcony, niewypalony i pracował w dobrze zorganizowanym systemie. Cieszę się, że tu przybyliście! Chciałbym podziękować także wszystkim osobom, które nie są lekarzami, a przyszły, żeby wesprzeć nas swoją obecnością – mówił przewodniczący PR OZZL Sebastian Gonczarz.

Dodał, że protest, podobnie jak zdrowie, nie ma legitymacji partyjnej: – Skierowany jest do społeczeństwa, ale także do decydentów, którzy przez najbliższe cztery lata będą kształtować przyszłość Polski – mówił Sebastian Gonczarz i zachęcał do skandowania: „Decydencie, pomyśl o pacjencie!”.

Po chwili hasło skandował kilkusetosobowy tłum. Lekarze w białych fartuchach i pacjenci nie tracili nadziei, że wyjdzie do nich ktoś z przedstawicieli kierownictwa

resortu (minister Katarzyna Sójka w sobotę 30 września przebywała w Wielkopolsce). Rządzący nie zdecydowali się jednak na rozmowę z protestującymi.

– Tysiące młodych ludzi już teraz stają się ofiarami postępującej degradacji kształcenia. Nawet w klasycznych uczelniach z tradycją mamy problem z liczebnością grup studenckich. Sam miałem szczęście pracować w czteroosobowej grupie klinicznej. To ewenement, bo na innych uczelniach są szóstki, ósemki, a nawet dwunastki kliniczne. A im więcej osób w grupie, tym trudniej dostać się do pacjenta i czełogółwiek nauczyć – mówił wiceprzewodniczący PR OZZL Władysław Krajewski. – Dziś lekarzy kształci 20 nowych

uczelni, w tym uczelnie społeczne i zawodówki. W porównaniu do ubiegłego roku przybyło tysięcy studentów, którzy prawdopodobnie nie będą mieli warunków do kształcenia. Nie chcemy hurtowej produkcji studentów – apelował Władysław Krajewski.

Perspektywę studentów wydziałów lekarskich przybliżyła Ewa Majcherek, przewodnicząca Międzynarodowego Stowarzyszenia Studentów Medycyny IFMSA Poland: – Gdy wybierałam studia, wyobrażałam sobie, że będę uczyć się, jak leczyć. Wraz z upływem czasu myślę, że już niestraszne nam zarwane noce na naukę do egzaminów. Nie boimy się liczby leków, których nazw musimy nauczyć się na farmakologię, za to strasznie boimy

się, że pacjenci nie dostaną tych leków, bo są restrykcje w wystawianiu recept albo leki są niedostępne w szpitalu – mówiła Ewa Majcherek.

JEDEN LEKARZ NA 150 PACJENTÓW

Owacjami powitano Julię Pankiewicz, koordynatorkę ds. praw kobiet i walki z dyskryminacją w Regionie Mazowieckim OZZL i koordynatorkę Komisji ds. przeciwdziałania mobbingowi i dyskryminacji przy Zarządzie Krajowym OZZL: – Jestem rezydentką drugiego roku, pracuję w szpitalu psychiatrycznym i jestem żywym dowodem, że należy wprowadzić normy zatrudnienia. W dwóch liczbach: 2 i 300 zawierają się realia pracy rezydenta na dyżurze w wielospecjalistycznym szpitalu psychiatrycznym. Dwóch lekarzy na 300 pacjentów, czyli jeden na 150. Wyobraźcie sobie, że u dwóch z tych 150 pacjentów występuje zagrożenie życia. Lekarz ma wybierać, którego ratować? Oprócz dyżurów lekarz prowadzi w tygodniu 10 pacjentów i przyjmuje w poradni. Czy myślicie, że długo wytrzyma, nie będąc wypalonym zawodowo, i zostanie na długo w publicznej ochronie zdrowia? – pytała ze sceny Julia Pankiewicz.

Dodała, że to nie jest najgorszy scenariusz, jaki napotkać może lekarz w publicznym systemie, bo są takie,

w których na tych dwóch lekarzy pacjentów jest 700.

– Jestem lekarzem psychiatrą, pracuję od 20 lat i w ciągu tych 20 lat doświadczałam tego, o czym mówiła Julia – 250 chorych, izba przyjęć i ja jedna, bez laboratorium, tomografu i sprawnego sprzętu – mówiła Kamila Benio z Małopolski. – Czy wiecie, że lepiej mieć obrzęk płuc na ulicy niż w szpitalu psy-

Tysiące młodych ludzi stają się ofiarami postępującej degradacji kształcenia, nawet w uczelniach z tradycją

chiatrycznym? Karetka systemu nie dojedzie do szpitala, a tam jest jeden lekarz, często rezydent. Po kilka miesięcy czekaliśmy w moim szpitalu na defibrylator. Prosiłiśmy o adrenalinę do zestawu przeciw-wstrząsowego, o łóżko na dostawki zamiast materacy. Pisaliśmy do organu założycielskiego szpitala, do dyrekcji, do NFZ. Bez skutku. Dziś na konsultację internistyczną w szpitalu, w którym pracowałam, czeka się kilkanaście dni, bo dyrekcja podpisuje pseudoumowy, które

mają zapewniać jakość leczenia, opieki i bezpieczeństwa. Po 15 latach w takich warunkach przestałam udawać, że jestem w stanie zapewnić bezpieczeństwo moim pacjentom. Zaczęłam myśleć o zmianie pracy. Dzisiaj pracuję u siebie, na swoich zasadach, najlepiej jak potrafię, bo wybrałam ten zawód, by pomagać ludziom. Ale żałuję, że nie mogę mojej wiedzy i doświadczenia dawać najcięższym chorym w szpitalach – dodała Kamila Benio.

„Krótki, ale konkretny” wykład z ekonomii wygłosiła Anna Gołębic-ka z Centrum im. Adama Smitha, strateg komunikacji, doradca Zarządu Krajowego OZZL i felietonistka „Gazety Lekarskiej”: – W 2017 r. staliśmy w tym miejscu i krzyczeliśmy: „6,8 proc. PKB na ochronę zdrowia”. Dzisiaj mamy teoretycznie 6,7 proc., a naprawdę 5 proc. Te 1,7 proc. różnicy każdy Polak – emeryt, mama z dzieckiem – musi wyłożyć z własnej kieszeni na prywatną ochronę zdrowia. Dziś mówimy: „8 proc. PKB”. Mówimy tak z wielu powodów. Przede wszystkim, dlatego że kraje OECD mają już średnią powyżej 9 proc. Unia Europejska przekroczyła 8, Niemcy mają 12, a my mamy 5 proc. Czy 8 proc. załatwi sprawę? Nie załatwi nam żadnej sprawy, bo

► Na scenie w pierwszym rzędzie (od lewej) przewodnicząca OZZL Grażyna Cebula-Kubat, przewodnicząca IFMSA Poland Ewa Majcherek, przewodniczący Porozumienia Rezydentów OZZL Sebastian Goncerz oraz wiceprzewodniczący PR OZZL Władysław Krajewski

foto: Damian Patecki





◀ W proteście wzięło udział kilkuset lekarzy z całego kraju

foto: Karolina Kowalska

żyjemy w systemie, który nie jest systemem, ale dziurawym sitem, przez które przeleca każde pieniądze. Najpierw musimy więc ten system uszczelnić – przekonywała Anna Gołębicka.

Dodała, że system dziś nie widzi ani lekarza, ani pacjenta. – Czy te 8 proc. jest nam potrzebne? Tak, bo bez tych pieniędzy nie wyjdziemy z limitu, który powoduje kolejki. Nasze badania pokazały, że pacjent najbardziej boi się kolejki, ona go przeraża. Powiem wam to, co powinien wam powiedzieć każdy ekonomista: darmowe leki jeszcze nikogo nie wyleczyły, ale lekarz, który czuje się dofinansowany, zadbany, wyjątkowy, który czuje się partnerem pacjenta – już tak – dodała ekspertka.

NIEMEDYCZNI WSPIERAJĄ PROTEST

Na scenę zaproszono także Krystiana Krasowskiego, przewodniczącego Ogólnopolskiego Międzyzakładowego Związku Zawodowego Personelu Pomocniczego w Ochronie Zdrowia, który poparł protest: – Kiedy informacja o tym, że dzisiaj tu będziemy, pojawiła się w mediach społecznościowych, zadawano mi pytanie: „A dlaczego? Przecież to jest protest lekarzy”. Otóż nie! To jest protest nas wszystkich. Jako pracownicy niemédyczni każdego dnia pracujemy z państwem na różnych szczeblach, ale w jednym zakładzie pracy i w jednym systemie. Jesteśmy tutaj, bo widzimy waszą ciężką pracę, determinację i bardzo dziękujemy za to, że poświęcacie swój czas dla pacjentów. Widzimy, jaką macie odpowiedzialność. Jesteśmy tutaj także, bo jesteśmy albo będziemy państwa pacjentami. Jako

pracownicy niemédyczni również napotykamy bylejakość. Degraduje się nas, obniża standardy sprzątnięcia, a to wpływa na bezpieczeństwo pacjenta. Chcemy, byście mieli czyste sale, czyste gabinety i mogli spokojnie leczyć pacjentów – dodał Krystian Krasowski.

SAMORZĄD LEKARSKI NA STRAŻY GODNOŚCI ZAWODU

– Chciałem podziękować pani przewodniczącej Grażynie Cebuli-Kubat i Porozumieniu Rezydentów za zorganizowanie tego wydarzenia – mówił Damian Patecki, anestezjolog, współzałożyciel Porozumienia Rezydentów OZZL. – Dzisiaj jestem tu w innej roli, bo jako przedstawiciel samorządu lekarskiego. Chciałem

powiedzieć, że samorząd lekarski zawsze będzie was wspierał i stał na straży godności zawodu, a także interesu pacjentów – zapewnił Damian Patecki, członek Naczelnej Rady Lekarskiej i przewodniczący Komisji ds. Kształcenia NRL.

Na koniec powiedział o lekarzach współorganizatorach poprzednich protestów w ochronie zdrowia: – Pani przewodnicząca ma plaketkę „organizator zgromadzenia”. Ja chciałbym przypomnieć współorganizatorów, których dziś już z nami nie ma. Część kolegów boryka się z problemami. Część osób zżenie, nie będę wymieniał ich nazwisk. Chciałem powiedzieć, że mi ich brakuje – dodał Damian Patecki, wzbudzając owację. ●

► Chciałbym przypomnieć współorganizatorów, których dziś z nami nie ma. Chciałem powiedzieć, że mi ich brakuje – mówił Damian Patecki



foto: Karolina Kowalska

Patronat Gazety Lekarskiej

KAJETANY

O problemach ze słuchem

Jak co roku, również w tym, w Kajetanach specjaliści i eksperci z całego świata będą rozmawiali o problemach otorynolaryngologii dziecięcej w codziennej praktyce podczas XLVI Krajowej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej UCHO 2023. To wyjątkowa możliwość poszerzenia wiedzy, która w codziennej pracy jest potrzebna zarówno lekarzom, jak i terapeutom.

Konferencja potrwa trzy dni (od 19 do 21 listopada). W tym czasie uczestnicy będą mogli wziąć udział w licznych dyskusjach panelowych i debatach. Będą one dotyczyły m.in. leków ototoksycznych, schorzeń alergologicznych w kontekście problemów otorynolaryngologicznych, implantów ślimakowych u dzieci – od badań przesiewowych słuchu do interwencji, genetycznych przyczyn schorzeń otolaryngologicznych, rehabilitacji przed i po zabiegach otolaryngologicznych, zaburzeń przetwarzania słuchowego oraz kierunków rozwoju nowoczesnej diagnostyki w zaburzeniach głosu u dzieci. Uczestnicy będą również mogli wziąć udział w warsztatach dotyczących m.in. trudnych przypadków zaburzeń przetwarzania słuchowego.

WARSZAWA

Onkologia nie jest bezsilna

Już 4 listopada w Narodowym Instytucie Onkologii w stolicy odbędzie się kolejna edycja konferencji „Urodziny Marii Skłodowskiej-Curie”. Organizatorzy chcą odczarować popularną wśród młodych ludzi wizję onkologii jako dziedziny bezsilnej wobec chorób nowotworowych. Celem jest udowodnienie, że praca w tej dziedzinie przynosi ogrom satysfakcji i ma obecnie wiele do zaoferowania – zarówno personalnie (udział w stypendiach, nawiązywanie współprac zagranicznych), jak i pacjentom onkologicznym (prowadzenie badań klinicznych, poznawanie mechanizmów biologii nowotworu w laboratorium).

Uczestnicy będą mogli posłuchać wykładów ekspertów z całego świata, a także wziąć udział w licznych warsztatach umiejętności praktycznych.

PRAKTYKA LEKARSKA

Roboty na salach operacyjnych

KRZYSZTOF JAKUBIAK

DZIENNIKARZ

Coraz więcej polskich szpitali wykonuje zabiegi w asyście robotów chirurgicznych. Zdaniem części praktyków na ich masowe użycie jest jeszcze za wcześnie.

Na koniec 2022 r. takich placówek było 40, obecnie jest ich już ponad 50. W minionym roku wykonano w Polsce ponad 4,8 tys. zabiegów, spośród których 69 proc. stanowiła radykalna prostatektomia wykonywana u chorych na raka stercza. Już ponad 130 polskich operatorów – głównie urologów – wykonuje takie zabiegi. Najefektywniejsi przeprowadzają ich ponad 300 rocznie.

OD START-UPU DO SZPITALA

Z roku na rok zwiększa się liczba i różnicowanie procedur chirurgicznych wykonywanych w asyście robota. Za tradycyjnie dominującą w tej dziedzinie urologią postępuje ginekologia onkologiczna, chirurgia ogólna i kolorektalna, kardiochirurgia, torakochirurgia oraz transplantologia. Według analizy Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) potencjalna przewaga robotyki w chirurgii onkologicznej jest wskazywana m.in. w raku prostaty, jelita grubego, okrężnicy, błony śluzowej macicy, głowy i szyi, krtani i gardła. W kolejnych obszarach dotychczasowe wytyczne wskazują, że metody robotowe są porównywalne do innych metod leczenia takich nowotworów jak rak żołądka, odbytnicy, jajnika, niedrobnokomórkowy rak płuca, gruczołów ślinowych, pęcherza moczowego i nerki.

Dane AOTMiT zebrane w szpitalach, które w 2022 r. wykonywały zabiegi robotowej prostatektomii, potwierdzają zalety chirurgii robotowej, czyli to, że pacjent jest krócej

hospitalizowany i wymaga mniejszej liczby przetoczeń krwi. – Z punktu widzenia pacjenta najważniejszymi korzyściami zabiegu robotycznego są: krótszy czas hospitalizacji pozabiegowej, mniejsza śródoperacyjna utrata krwi oraz stosunkowa łatwość operowania pacjentów z wysokim BMI (body mass index, wskaźnik masy ciała) w porównaniu do innych technik operacyjnych – potwierdza dr Jacek Doniec z Wojskowego Instytutu Medycznego (WIM).

Nie może być dobrym operatorem robota chirurg, który dopiero zaczyna uczyć się chirurgii. Istotne jest doświadczenie w chirurgii laparoskopowej

Pomysł na zastosowanie robotyki w chirurgii pojawił się już w 1967 r. 30 lat później w wyniku współpracy Departamentu Obrony USA z innowacyjnymi start-upami i uznanymi agencjami badawczymi ukończono pierwszy w pełni funkcjonalny wielofunkcyjny robot chirurgiczny. Pierwotnie wielozadaniowe systemy robotyczne konstruowano dla potrzeb chirurgii urazowej. Miały wykonywać operacje

w znacznej, bezpiecznej odległości od linii frontu.

Lata 90. XX w. to czas prototypów i powstawania firm, z których jedna ostatecznie rozpoczęła seryjną produkcję robotów da Vinci. To one stały się standardem klinicznym i monopolistą na rynku. Na całym świecie działa obecnie ponad 8 tys. systemów chirurgii robotowej, najwięcej w USA. Według danych Intuitive Surgical, amerykańskiego producenta robotów da Vinci, w USA działa ich 4668 (czyli 65 proc.). Kolejne 17 proc. przypada na Europę, a 13 proc. na Azję. W 2022 r. Intuitive Surgical sprzedał lub wypożyczył 1264 systemy (w tym 692 na rynku amerykańskim, 280 w Europie i 244 w Azji).

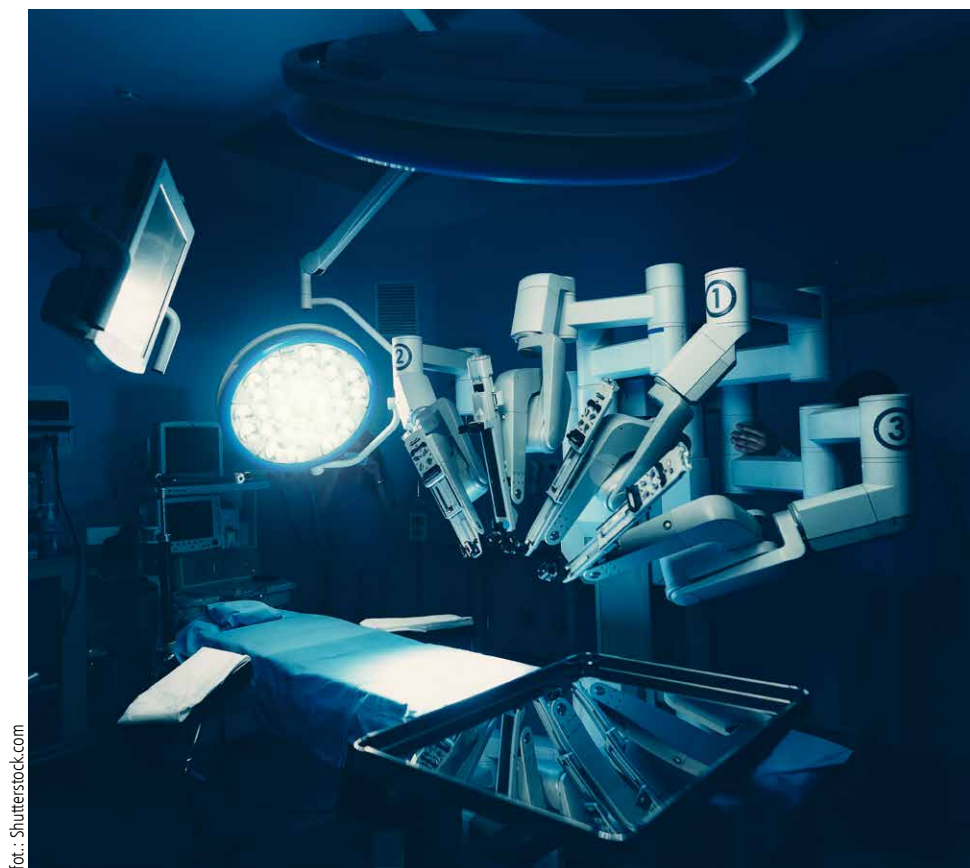
50 ROBOTÓW W POLSCE

W Polsce działa obecnie już ponad 50 robotów chirurgicznych. Szybko nadrobiamy różnicę w stosunku do krajów Europy Zachodniej, ale nasycenie robotami w naszych szpitalach wciąż jest niższe (np. według danych producenta w czerwcu we Francji działało ponad 340 robotów da Vinci, w Niemczech 330, we Włoszech 180, w Wielkiej Brytanii 160, Szwecji 60, Czechach 17, na Słowacji – 4). W Japonii działa obecnie 570 robotów da Vinci, a także już ponad 35 robotów Hi-notori i pierwsze systemy Hugo.



fot.: Shutterstock.com

▲ Mimo że słowo robot kojarzy się z maszyną, która samodzielnie wykonuje swoje działania, roboty chirurgiczne całkowicie uzależnione są od umiejętności operatorów



fot.: Shutterstock.com

W Korei Południowej działa 69 systemów da Vinci, w Indiach – ponad 50.

Wraz z upływem ochrony patentowej na wiele rozwiązań, a także rozwojem prac badawczych, światowy oraz polski rynek robotów chirurgicznych stają się polem walki konkurencyjnej. Dotychczasowy globalny monopolista, producent da Vinci, ma już kilku mocnych rywali, a na rynek wchodzi kolejne firmy. W Polsce już ponad 10 szpitali wykonuje zabiegi przy użyciu systemu Versius, produkowanego przez brytyjską firmę CMR Surgical. Amerykański Medtronic od dwóch lat zapowiada wejście do Polski ze swoim systemem robotowym Hugo, który działa w szpitalach Zachodniej Europy. Dynamicznie rozwija się japońska firma Medicaroid, która od 2021 r. wprowadziła na rynek już kilkadziesiąt robotów Hinotori, a także szwajcarsko-niemiecki koncern Avateramedical GmbH. Gotowe rozwiązania oferują także dwie firmy chińskie Shandong Weigao Group i Shanghai MicroPort MedBot. W sumie już co najmniej 25

podmiotów z całego świata można zaliczyć do producentów robotów chirurgicznych.

Oprócz uniwersalnych systemów typu da Vinci czy Versius stosowane są także roboty specjalistyczne, przeznaczone do

do zabiegów endoprotezoplastyki stawu kolanowego. Szpital Dziekanów Leśny czy Klinika Urologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (WUM) stosują robota Avicenna do kruszenia kamieni nerkowych.

Od 1 kwietnia 2022 r. wprowadzono osobną wycenę prostatektomii robotowej. Jest teraz dwukrotnie wyższa od wyceny zabiegu otwartego czy laparoskopowego

wykonywania wąskiego zakresu zabiegów. Kilka polskich szpitali – na przykład Szpital Wojewódzki w Szczecinie, Szpital Wojewódzki Nr 2 w Rzeszowie, SPZZOZ w Ostrowi Mazowieckiej – wykorzystuje roboty ExcelsiusGPS do operacji kręgosłupa. Szpital w Ostrowi Mazowieckiej stosuje także systemy NAVIO i CORI

CHCĄ KUPIĆ KOLEJNE ROBOTY

Największe polskie szpitale, jak choćby warszawski Wojskowy Instytut Medyczny czy Centrum Onkologii w Bydgoszczy, mają już po dwa roboty i planują zakup kolejnych. W dużych ośrodkach pracuje już po pięciu-sześciu wyszkolonych operatorów wykonujących zabiegi. Podniesienie wycen procedur chirurgicznych oraz osobna, wyższa, wycena zabiegów robotowych sprawiły, że duża część tych świadczeń stała się rentowna. To skłania dyrektorów kolejnych szpitali do zakupu lub dzierżawy robotów.

W 2022 r. najwięcej zabiegów w asyście robota wykonał w Polsce prywatny Szpital Medcover. Było

ich 378, w tym 293 operacje prostatektomii. Ten szpital w minionych latach jako jedyny potrafił wykonać ponad 400 zabiegów za pomocą jednego robota (rekord to 423 zabiegi w 2019 r.). Liczba wykonywanych zabiegów jest bardzo ważna przy ocenie opłacalności zakupu robota. Amerykańskie i niemieckie analizy wskazują, że progiem opłacalności jest wykonywanie co najmniej 300 zabiegów rocznie na jednym systemie. Do tego poziomu nie doszła jeszcze żadna polska placówka poza Szpitalem Medcover. Kolejne prywatne szpitale, które potrafiły wykonać ponad 200 zabiegów robotowych w 2022 r., to warszawska Mazovia i Urovita z Chorzowa.

Spośród szpitali publicznych w 2022 r. najwięcej zabiegów w asyście robota wykonano w SPSK nr 2 Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego (PUM) w Szczecinie, a następnie w Wojсковym Instytucie Medycznym i Centralnym Szpitalu Klinicznym MSWiA.

Od 1 kwietnia 2022 r. wprowadzono osobną wycenę zabiegu prostatektomii radykalnej, wykonywanej w asyście robota – jest ona dwukrotnie wyższa od wyceny zabiegu otwartego czy laparoskopowego. Wywołało to

Na autonomiczne maszyny,
samodzielnie wykonujące zabiegi,
a przynajmniej ich fragmenty, musimy
jeszcze poczekać

prawdziwy boom w tej dziedzinie chirurgii. Z roku na rok mocno wzrosła liczba zabiegów prostatektomii refundowanych przez NFZ. W 2021 r. fundusz zapłacił za 6523

zabiegi radykalnej prostatektomii, a w 2022 r. już za 9033 takie zabiegi, w tym roku – za 2461 zabiegi robotowe. Rok wcześniej sfinansował jedynie 541 zabiegów robotowej prostatektomii.

WYŻSZA WYCENA POMOGŁA ROBOTOM

Co bardzo ciekawe, wskutek podwyższenia wyceny zmalała liczba operacji, za które płacili pacjenci prywatnie – w 2021 r. było ich 1249, a w 2022 r. – tylko 900. Prywatne szpitale zaczęły podpisywać umowy z NFZ i wykonywać operacje robotowe w ramach kontraktów, bezpłatnie dla pacjenta. Nic dziwnego, skoro średnia refundacja zabiegu robotowej prostatektomii w 2022 r. wyniosła ok. 28 tys. zł. Cena zabiegu prostatektomii na rynku prywatnym wynosi od 30 do



**PUBLICZNE SZPITALA
Z NAJWIĘKSZĄ LICZBĄ ZABIEGÓW
ROBOTOWYCH W 2022 R.:**

1. **SPSK NR 2 PUM**
w Szczecinie – 280 (w tym m.in. 167 prostatektomii, 74 zabiegów chirurgii ogólnej)
2. **Wojskowy Instytut Medyczny** – 274 (w tym m.in. 90 prostatektomii, 76 zabiegów w ginekologii, 46 w chirurgii ogólnej, 28 w kardiochirurgii)
3. **Państwowy Instytut Medyczny MSWiA** (dawny CSK) – 263 (w tym m.in. 101 w chirurgii układu pokarmowego, 65 w kardiochirurgii, 49 w ginekologii, 46 prostatektomii)
4. **Wielkopolskie Centrum Onkologii** – 255 (w tym m.in. 162 zabiegi w ginekologii, 60 w chirurgii przewodu pokarmowego, 33 w chirurgii głowy i szyi)
5. **Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wielkopolskim** – 255 (w tym m.in. 200 prostatektomii, 28 w chirurgii przewodu pokarmowego, 25 w ginekologii).

50 tys zł, czyli wyceny NFZ właściwie jej dorównały – biorąc pod uwagę, że za pobyt pacjenta w szpitalu placówka dostaje nie tylko pieniądze za sam zabieg, ale także za hospitalizację i wiele innych procedur wykonanych w tym czasie.

Wraz ze wzrostem liczby szpitali dysponujących systemami robotowymi w naturalny sposób wzrasta liczba operatorów wykonujących zabiegi. W 2022 r. zabiegi wykonywało w Polsce ponad 125 operatorów. Według komunikatów firm dystrybuujących systemy robotowe w połowie 2023 r. w Polsce było ponad 90 certyfikowanych operatorów systemów da Vinci (co jest tożsame z wyszkolonym zespołem, ponieważ

szkoleniu podlega dwuosobowy zespół chirurga konsolowego i asystenta, a także instrumentariuszki, anestezjologów i pracownicy sterylizatorni) oraz około 70 przeszkolonych operatorów systemu Versius.

Kwestie szkolenia operatorów oraz umiejętności potrzebnych do wykonywania takich zabiegów są żywo dyskutowane w środowisku urologów czy chirurgów. Moduł chirurgii robotowej został już wprowadzony do programu szkolenia specjalizacyjnego z urologii. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego (CMKP) zapowiada kolejne takie decyzje w odniesieniu do innych specjalizacji. Planowane jest także utworzenie centrum szkoleniowego w szpitalach CMKP. W czasie debat pojawiają się pomysły wprowadzenia specjalnych licencji uprawniających lekarzy do wykonywania zabiegów w asyście robota.

Profesor Grzegorz Wallner, krajowy konsultant w dziedzinie chirurgii, uważa, że chirurgia robotowa musi stać się częścią szkolenia specjalizacyjnego, a rozwijanie tych umiejętności nie może pozostać domeną producentów robotów. – Doceniając duży wysiłek, jaki wkładają firmy w proces szkolenia chirurgów, który umożliwia rozpoczęcie operacji z użyciem robota, należy stwierdzić, że bez rozwiązań systemowych w zakresie technik minimalnie inwazyjnych, w tym operacji robotowych, i bez formalnego wsparcia ze strony Ministerstwa Zdrowia nie będą one w stanie podołać szybko narastającym potrzebom. Szacując liczbę rezydentów tylko pięciu specjalności realizujących moduły podstawowy i specjalistyczny z chirurgii ogólnej (chirurgia ogólna, chirurgia onkologiczna, chirurgia plastyczna, chirurgia dziecięca, chirurgia klatki piersiowej) na ponad 1,5 tys. lekarzy, trudno sobie wyobrazić, aby firmy robotowe podołały zadaniu wyszkolenia nawet tej liczby rezydentów. Pod uwagę należy wziąć także inne specjalności zabiegowe, przede wszystkim urologię, które również wykorzystują lub będą wykorzystywały systemy robotowe w najbliższej perspektywie

2-5 lat (ponad 10 tys. lekarzy) – uważa prof. Wallner.

CORAZ WIĘCEJ OPERATORÓW

Również prof. Piotr Czauderna podkreśla, że aby zapewnić dalszy racjonalny rozwój chirurgii robotowej w Polsce, konieczna jest standaryzacja ośrodków i operatorów, a także procesu szkoleniowego. Natomiast krajowy konsultant w dziedzinie urologii prof. Tomasz Szydelko jest przekonany, że kluczem do upowszechnienia tej techniki operacyjnej jest kontrola wyników leczenia przez płatnika i system kształcenia lekarzy, dla których robot powinien stanowić jedynie kolejne, nowoczesne narzędzie chirurgiczne.

Prof. Wojciech Zegarski, konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii onkologicznej, zauważa, że krzywa uczenia, czyli liczba zabiegów, które musi wykonać chirurg, by biegle posługiwać się robotem, jest zdecydowanie mniejsza niż w przypadku innych technik. Nie oznacza to jednak, że zabiegi może wykonywać każdy. Aby być biegłym w nowoczesnych technikach chirurgicznych, należy zdobyć wprawę doświadczenie ogólnochirurgiczne. Jego zdaniem nie może być dobrym operatorem robota chirurg, który dopiero zaczyna uczyć się chirurgii. Doświadczenie w chirurgii laparoskopowej jest bardzo istotne dla szybszego opanowania techniki robotycznej.

Operatorzy wykonujący zabiegi w asyście robota podkreślają równocześnie dwie rzeczy – że robot stwarza znacznie lepsze warunki pracy i poszerza możliwości działania operatora. Jak wspomina dr Maciej Matyja, specjaliści wykonujący zabiegi za pomocą robota podkreślają artykulację narzędzi, czyli dodatkowy zakres ruchu narzędzia imitujący ruch nadgarstka, co pozwala na używanie narzędzi w sposób precyzyjny w trudno dostępnych jamach ciała, takich jak np. miednica. Precyzja obrazu uzyskiwana przez system robotyczny pozwala na redukcję drżenia, powiększenie obrazu i stabilizację kamery, co powinno prowadzić do zmniejszenia

urazów tkanek i zmniejszenia śródoperacyjnej utraty krwi. Biorąc pod uwagę szereg wykorzystanych technologii, ich połączenie powinno prowadzić do obniżenia ilości konwersji.

Mimo że słowo robot kojarzy się z maszyną, która samodzielnie wykonuje swoje działania, roboty chirurgiczne całkowicie uzależnione są od umiejętności operatorów. Dlatego zdarzają się również przypadki błędów.

Na autonomiczne maszyny, samodzielnie wykonujące zabiegi, a przynajmniej pewne ich fragmenty, jeszcze musimy poczekać. Choć są już prowadzone eksperymenty, które zmierzają tym kierunku. Niewątpliwie ich rozwój będzie uzależniony od algorytmów sztucznej inteligencji przetwarzających dane z tysięcy przeprowadzonych i zarejestrowanych

zabiegów. Na ich podstawie będą mogły określać optymalny przebieg operacji i sugerować działania operatorowi, a kiedyś – w przyszłości – zacząć go zastępować. Na razie jednak roboty stanowią wprowadzić coraz doskonalsze narzędzia, coraz popularniejsze, ale wszystko jest nadal w rękach chirurgów.



JAKUB KOSIKOWSKI
RZECZNIK NACZELNEJ IZBY
LEKARSKIEJ

Stanowisko Izby jest jednoznaczne: na każdym polu dbamy o jakość. Zanim zaczniesz się masowo kupować roboty chirurgiczne do polskich szpitali jako panaceum na wszystko, powinno się najpierw zadbać o stan polskiej chirurgii, który obecnie jest daleki od ideału. Chirurgów ogólnych jest dziś 8928, ale wielu z nich wykonuje inną, węższą specjalizację. Wśród absolwentów medycyny zainteresowanie specjalizacjami zabiegowymi jest marginalne, o czym świadczą nieobsadzone miejsca rezydenckie podczas kolejnych postępowań. Same roboty tego nie poprawiają. Trudno też mówić o masowym rozwoju chirurgii robotowej, podczas gdy w wielu polskich szpitalach rezydenci nie są w stanie „nabić sobie ręki” na laparoskopii, ponieważ nie wszystkie ośrodki są w stanie dobrze jej nauczyć. Warto, by przed zakupem robota dyrektorzy szpitali dbali najpierw o przeszkolenie zespołów, a nie organizowali go na przemoc, bo robot już w drodze.

RENATA FLOREK-SZYMAŃSKA
SPECJALISTKA CHIRURGII
OGÓLNEJ I NACZYNIOWEJ



fot.: archiwum prywatne

Problemem w polskiej chirurgii nie jest za mała liczba robotów da Vinci w szpitalach, tylko niedostateczna liczba doświadczonych i samodzielnych chirurgów, którzy operowaliby pacjentów między innymi z użyciem takiego robota. Bo to nie robot operuje, ale człowiek – doświadczony w laparoskopii chirurg. Bo chirurgia robotyczna to właśnie taka laparoscopia, gdzie oko chirurga uzbrojone jest w specjalną optykę i technologie umożliwiające wykonanie operacji w dużym powiększeniu i z wyeliminowaniem drżenia ręki operatora. Pamiętajmy też, że na skutek błędów systemowych popełnionych 20-30 lat temu ciągłość pokoleniowa w chirurgii nie jest zachowana. Teraz średnia wieku chirurga to 60 lat. A młodzi lekarze, zastraszeni penalizacją zawodu lekarza, zwłaszcza specjalizacji chirurgicznych i ginekologii, nie garną się do specjalizacji zabiegowych. Teraz największym problemem w szpitalach nie jest brak robotów da Vinci, ale to, by oddział chirurgiczny miał dostateczne zaplecze kadrowe. Możemy kupować kolejne roboty i kolejne

tomografy, i rezonansy, ale nie zastąpi to profilaktyki chorób, promocji zdrowego trybu życia. Powinniśmy dążyć do spadku zachorowalności na choroby uznane za cywilizacyjne, np. cukrzycę, nowotwory, nadciśnienie tętnicze czy miażdżycę. Nawet najbardziej wyposażony robot chirurgiczny nie pomoże, gdy choroba nowotworowa jest zbyt późno wykryta lub pojawiły się powikłania niemożliwe do zoperowania. Martwi mnie też, że bagatelizuje się ryzyko operacji chirurgicznych, że to takie mało-inwazyjne zabiegi, a to nieprawda, bo ryzyko operacji zawsze istnieje.

Muszą powstać wytyczne, kiedy można kwalifikować do operacji z robotem, a kiedy nie. No i ośrodek musi mieć zaplecze w razie powikłań. Przewożenie pacjenta do innego szpitala, na przykład po uszkodzeniu tętnic biodrowych, nie jest dobrym pomysłem i szpital wykonujący operacje robotyczne powinien mieć oddział chirurgii naczyni. Na razie operacje z da Vinci są lepsze tylko w jednym rodzaju – prostatektomii robotycznej. W innych operacjach robot daje gorsze wyniki niż laparoscopia.

PRAWO I MEDYCYNĄ

Sąd i rzecznik muszą być zgodni

Tymczasowych ograniczeń lub zawieszeń prawa wykonywania zawodu lekarza ostatnio przybywa. Może dlatego że sądy są sprawniejsze, a może dlatego że popełniamy cięższe niż poprzednio przewinienia. Może być jeszcze jeden powód: stawiane nam wymagania rosną.

Tymczasowe ograniczenie zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza albo tymczasowe zawieszenie prawa wykonywania zawodu nie jest karą, ale środkiem zapobiegawczym. Sąd lekarski wydaje w tych sprawach postanowienie. Aby wszcząć procedurę, konieczny jest wniosek złożony przez rzecznika odpowiedzialności zawodowej. Może go złożyć, gdy zebrane dowody wskazują z dużym prawdopodobieństwem, że lekarz popełnił ciężkie przewinienie zawodowe, a rodzaj tego przewinienia wskazuje, że wykonywanie przez obwinionego zawodu zagraża bezpieczeństwu pacjentów lub grozi popełnieniem kolejnego przewinienia. Dowodem może być już sama informacja lub skarga, którą rzecznik uznał za w pełni wiarygodną.

NATYCHMIAST WYKONALNE

Środki zapobiegawcze mają na celu, poza oczywistą ochroną potencjalnych pacjentów, umożliwienie przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego, a po złożeniu wniosku o ukaranie – przeprowadzenie w pilnym trybie (poza kolejką) postępowania przed sądem. Określając czas, na jaki należy zawiesić lub ograniczyć obwinionemu lekarzowi prawo wykonywania zawodu, tak rzecznik, jak i sąd, powinni określić potencjalny okres niezbędny na przeprowadzenie postępowania. Trzeba oczywiście brać pod uwagę możliwe odwołanie od orzeczenia wydawanego przez sąd okręgowy do NSL.

By potwierdzić, że przewinienie zagrażające bezpieczeństwu pacjentów jest ciężkie, potrzebna jest pełna zgoda dwóch organów – rzecznika odpowiedzialności zawodowej i trzyosobowego sądu. Wydane przez sąd postanowienie jest natychmiast wykonalne, czyli od chwili jego wydania lekarz nie może wykonywać żadnych (w sytuacji zawieszenia) albo określonych (w sytuacji ograniczenia) czynności lekarskich. Nie zmienia tej sytuacji złożenie zażalenia na postanowienie do Naczelnego Sądu Lekarskiego. Powrót

GRZEGORZ WRONA

SEKRETARZ
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ



do wykonywania zawodu w pełnym zakresie staje się możliwy po upływie czasu, na który zawód zawieszono lub ograniczono, po zakończeniu postępowania prawomocnym orzeczeniem sądu, od dnia uchylenia przez NSL postanowienia sądu I instancji. Rzadko spotykałem się z sytuacją, że postępowanie kończyło się przed upływem tymczasowego zawieszenia lub ograniczenia. Przypominam sobie, że NSL raz, uwzględniając wniosek obrońcy, skrócił okres tymczasowego zawieszenia prawa wykonywania zawodu, uznając, iż lekarz w okresie rozpoznawania zażalenia już nie stwarza zagrożenia dla bezpieczeństwa pacjentów. Warto dodać, że rzecznikowi nie przysługuje prawo do złożenia zażalenia od postanowienia sądu o odmowie uwzględnienia wniosku o zawieszenie lub ograniczenie albo od postanowienia sądu o zawieszeniu lub ograniczeniu na czas krótszy, niż wnosił o to rzecznik.

LICZNE OBOWIĄZKI

Fakt, że na postępowanie wyjaśniające rzecznik ma znacznie krótszy czas niż typowe sześć miesięcy, nie zmienia obowiązków proceduralnych, czyli sporządzenia i doręczenia postanowienia o przedstawieniu zarzutów, sporządzenia wniosku o tymczasowe zawieszenie lub ograniczenie z właściwym uzasadnieniem. Niepełne

uzasadnienie będzie przecież skutkowało odmową uwzględnienia wniosku przez sąd. Sąd ma też obowiązek sporządzić pełne, przekonujące strony postępowania, uzasadnienie do wydawanego postanowienia, i to w trybie niezwłocznym – najlepiej w dniu jego wydania. Konieczne jest też natychmiastowe doręczenie kopii tego postanowienia prezesowi okręgowej rady lekarskiej do wykonania, gdyż postanowienie jest natychmiast wykonalne – od dnia jego wydania. A i przed prezesem stoi zadanie niezwłocznego umieszczenia adnotacji w okręgowym rejestrze lekarzy o zawieszeniu lub ograniczeniu lekarskich uprawnień (informacja ta zmigruje kolejnego dnia do publicznie dostępnego Centralnego Rejestru Lekarzy), powiadomienie ZUS, centrali NFZ, właściwego wojewody, pracodawcy oraz przekazanie właściwej radzie lekarskiej informacji o potrzebie wykreślenia z rejestru praktyk lekarskich. Przeciągnięcie tych czynności na np. następny dzień (postanowienie wydano w piątek po południu) nie zwalnia lekarza, którego postanowienie dotyczy, od obowiązku zastosowania się do jego skutków.

Prezes okręgowej rady lekarskiej powiadamia o zapadłym postanowieniu prezesa NRL, który wzmiankę o tym umieszcza w Rejestrze Ukaranych Lekarzy.



Fot.: pressfoto/FreePik

PRAWO I MEDYCYNĄ

Jaka umowa, taka praca

JAKUB KOSIKOWSKI
LEKARZLESZEK KUBICZ
RADCA PRAWNY

Umowa o pracę to forma zatrudnienia, która z roku na rok traci w oczach lekarzy. Według obecnych szacunków wybiera ją ok. 30 proc. specjalistów.

W ramach przekładania „z prawniczego na lekarskie” w kilku kolejnych numerach przybliżymy prawa i obowiązki lekarzy w zależności od rodzaju umowy, na podstawie której pracują. Wiedza ta to elementarz pozwalający się bronić przed łamaniem praw pracownika. Przypominamy: nieznajomość prawa szkodzi i nie zwalnia z jego przestrzegania. Jeśli lekarz toczy spór prawny z pracodawcą – zawsze może się zgłosić po pomoc do swojej okręgowej izby lekarskiej.

W pierwszej kolejności przedstawiamy umowę o pracę z wyłączeniem rezydentury (o tym będzie odrębny tekst, bo to specjalna forma etatu).

Na umowie o pracę są zatrudnieni wszyscy lekarze stażyści oraz część lekarzy pracująca bez specjalizacji – tę formę

zatrudnienia często wybierają osoby realizujące szkolenie specjalizacyjne w trybie pozarezydentum.

SKŁADKI I PODATKI

Jeśli chodzi o opodatkowanie i oskładkowanie, to obecnie są dwa podstawowe progi i odpowiadające im dwie stawki podatkowe: 12 i 32 proc. Pierwszy próg obowiązuje do 120 tys. zł dochodu rocznie (stawka podatku wynosi 12 proc.). Drugi próg jest stosowany powyżej 120 tys. zł – podatek wynosi wtedy 10 800 zł plus 32 proc. od nadwyżki ponad 120 tys. zł. Dodatkowo obowiązuje tzw. danina solidarnościowa. To dodatkowa stawka 4 proc. podatku od nadwyżki ponad milion złotych dochodu rocznie. Lekarzowi

zatrudnionemu na umowie o pracę przysługuje kwota wolna od podatku w wysokości 30 tys. zł oraz wszystkie przewidziane prawem ulgi i odliczenia, np. na dziecko czy związane z posiadaniem Indywidualnego Konta Zabezpieczenia Emerytalnego, a także możliwość wspólnego rozliczenia z małżonkiem. Podatki i składki, w tym składkę zdrowotną (9 proc.), składki na ZUS (rentowa, emerytalna i chorobowa) oraz dobrowolne składki typu PPK (2 proc.) czy na związek zawodowy pracodawca opłaca z wynagrodzenia brutto lekarza, wypłacając mu pensję netto.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZA SZKODĘ

Jeśli chodzi o odpowiedzialność finansową za błąd medyczny czy uszkodzone mienie, to zgodnie z art. 120 Kodeksu pracy (k.p.) w razie wyrządzenia przez lekarza przy wykonywaniu przez niego obowiązków szkody osobie trzeciej zobowiązanym do jej naprawienia jest wyłącznie pracodawca. W przypadku szkody nieumyślnej pracodawca może jednak dochodzić od lekarza będącego sprawcą szkody kwoty wypłacanej pacjentowi tytułem odszkodowania. Stosownie do treści art. 119 k.p. odszkodowanie ustala się w wysokości wyrządzonej szkody, jednak nie może ono przewyższać kwoty trzymiesięcznego wynagrodzenia przysługującego lekarzowi w dniu wyrządzenia szkody. Pracodawca jest zobowiązany także wykazać okoliczności uzasadniające odpowiedzialność lekarza oraz wysokość powstałej szkody (art. 116 k.p.). Kwotę wynagrodzenia do celów ustalenia wysokości odszkodowania za szkodę wyrządzoną pracodawcy przez lekarza oblicza się według zasad obowiązujących przy ustalaniu ekwiwalentu pieniężnego za urlop. Dotyczy to szkody wyrządzonej pracodawcy przez lekarza nieumyślnie. Jeżeli wyrządził szkodę umyślnie, jest obowiązany do jej naprawienia w pełnej wysokości (art. 122 k.p.).

CZAS PRACY, DYŻURY MEDYCZNE I NADGODZINY

Czas pracy lekarzy wynosi średnio siedem godzin 35 minut na dobę i 37 godzin 55 minut na tydzień w pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym, wynoszącym od jednego do czterech miesięcy. Praca dyżurowa może być planowana również

w zakresie, w jakim będzie przekraczać 37 godzin 55 minut na tydzień. Domyślnie limit wynosi 48 godzin na tydzień, przy czym może być on zwiększony podpisaniem klauzuli opt-out do maksymalnie 78 godzin/tydzień. Ale nawet lekarz nieposiadający podpisanej klauzuli opt-out może np. w danym tygodniu pracować więcej niż 48 godzin, o ile po uśrednieniu przepracowanych przez niego godzin w okresie rozliczeniowym suma ta nie przekroczy limitu 48 godzin/tydzień. Analogicznie wygląda to przy zwiększonym limicie poprzez podpisanie klauzuli opt-out.

Opt-out nie jest obowiązkowa, a pracodawca nie może podejmować działań dyskryminujących wobec lekarzy, którzy nie wyrazili zgody na pracę w godzinach nadliczbowych.

Wypowiedzenie podpisanej wcześniej klauzuli opt-out składa się na piśmie z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia. Niestety dla lekarzy – art. 95 wskazuje, iż zobowiązanie do pełnienia dyżuru medycznego dotyczy się całego podmiotu leczniczego, a nie wyłącznie komórki organizacyjnej (oddziału), w którym jest zatrudniony. Stąd daje to możliwość w sytuacjach nadzwyczajnych do formalnego zmuszenia lekarza do pełnienia dyżuru medycznego w dowolnym oddziale szpitala, o ile prawo i NFZ dopuszczają dyżurnego danej specjalizacji.

Za pracę w godzinach nadliczbowych, oprócz normalnego wynagrodzenia, przysługuje dodatek w wysokości:

- 100 proc. wynagrodzenia – za pracę w godzinach nadliczbowych przypadających: w nocy; w niedziele i święta niebędące dla pracownika dniami pracy, zgodnie z obowiązującym go rozkładem czasu pracy; w dniu wolnym od pracy udzielonym pracownikowi w zamian za pracę w niedzielę lub w święto, zgodnie z obowiązującym go rozkładem czasu pracy;
- 50 proc. wynagrodzenia – za pracę w godzinach nadliczbowych przypadających w każdym innym dniu niż określony powyżej.

Lekarzowi przysługuje w każdej dobie prawo do co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku. Dyżurnemu okres odpoczynku powinien być udzielony bezpośrednio po zakończeniu pełnienia dyżuru. Lekarzowi przysługuje w każdym tygodniu prawo do co najmniej 35 godzin nieprzerwanego odpoczynku, obejmującego co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku

dobowego. W przypadku uzasadnionym organizacją pracy lekarzowi pełniącemu dyżur przysługuje w każdym tygodniu prawo do co najmniej 24 godzin nieprzerwanego odpoczynku udzielanego w okresie rozliczeniowym nie dłuższym niż 14 dni. W związku z tym, z wyłączeniem sytuacji wyjątkowych, za dyżur w sobotę przysługuje „zejście”

Pracodawca nie może podejmować działań dyskryminujących wobec lekarzy, którzy nie wyrazili zgody na pracę w godzinach nadliczbowych

w poniedziałek. W większości szpitali zasada ta jest ignorowana przez dyrekcję i kierujących oddziałami – warto się o to upomnieć.

URLOP

Wymiar urlopu wypoczynkowego lekarza zatrudnionego na umowie o pracę wynosi:

- 20 dni – jeżeli jest zatrudniony krócej niż 10 lat,
 - 26 dni – jeżeli jest zatrudniony co najmniej 10 lat,
- przy czym studia liczą się za osiem lat zatrudnienia.

Wymiar urlopu dla lekarza zatrudnionego w niepełnym wymiarze czasu pracy ustala się proporcjonalnie do wymiaru czasu pracy, biorąc za podstawę wymiar urlopu określony dla pełnego wymiaru. Niepełny dzień urlopu zaokrągla się w górę do pełnego dnia.

ZLA I INNE ŚWIADCZENIA

ZLA przysługuje w kwocie 70 proc. wynagrodzenia wraz ze średnią dyżurową za okres pobytu w szpitalu oraz 80 proc. za ZLA za „chorowanie w domu”. ZLA na daną jednostkę chorobową przysługuje do 182 dni, następnie przysługuje świadczenie rehabilitacyjne lub renta. Lekarzowi zatrudnionemu na umowie o pracę przysługują również urlopy: macierzyński, ojcowski, rodzicielski oraz wychowawczy, ZLA na opiekę nad członkiem rodziny, dwa dni wolnego na dziecko, urlop na opiekę czy urlop z powodu siły wyższej.

MIEJSCE PRACY

Wypowiedzenie dotychczasowych warunków pracy lub płacy nie jest wymagane w razie powierzenia lekarzowi w przypadkach uzasadnionych potrzebami pracodawcy innej pracy niż określona w umowie o pracę, na okres nieprzekraczający trzech miesięcy w roku kalendarzowym, jeżeli nie powoduje to obniżenia wynagrodzenia i odpowiada kwalifikacjom pracownika – art. 42 par. 4 k.p. Stąd lekarz mający umowę o pracę może być oddelegowany przez pracodawcę z miejsca pracy zawartego w umowie do dowolnej jednostki danego szpitala na okres do trzech miesięcy w roku.

OKRES WYPOWIEDZENIA

Okres wypowiedzenia umowy o pracę zawartej na czas nieokreślony i umowy o pracę zawartej na czas określony jest uzależniony od okresu zatrudnienia lekarza u danego pracodawcy i wynosi:

- dwa tygodnie, jeżeli był zatrudniony mniej niż sześć miesięcy,
- miesiąc, jeżeli był zatrudniony dłużej niż sześć miesięcy,
- trzy miesiące, jeżeli był zatrudniony dłużej niż trzy lata.

INNE WAŻNE INFORMACJE

- Wynagrodzenie minimalne wynosi 9201,92 zł dla lekarza specjalisty, 7551,92 zł dla lekarza bez specjalizacji i 6028,84 zł dla lekarza stażysty. Pracodawca może przyznać różne dodatki i premie, z czego dodatki dzielą się na wliczane i niewliczane do podstawy. To istotne, gdyż dodatki wliczane do podstawy podnoszą wynagrodzenie za dyżury i nadgodziny.
- Lekarz w przypadku pełnienia funkcji w samorządzie lub związku zawodowym jest chroniony przed zwolnieniem.
- Wynagrodzenie wypłacane jest pomiędzy ostatnim dniem miesiąca a 10. dniem następnego.

PRAWO I MEDYCyna

Ozonoterapia: czy na pewno jest skuteczna?

Przybywa przykładów biznesowego, bezkrytycznego wykorzystywania ciężko chorych pacjentów poddawanych zabiegom całkowicie niezwyfikowanym naukowo.

Określowy sąd lekarski (OSL) uznał lekarza X winnym tego, że pracując w tzw. Klinice Dermatologii i Medycyny Estetycznej, wykonywał u pacjentów zabiegi ozonoterapii, które są całkowicie niezwyfikowane naukowo, czym naruszył art. 57 Kodeksu Etyki Lekarskiej (KEL). OSL wymierzył mu karę pieniężną.

Naczelny Sąd Lekarski (NSL) utrzymał to orzeczenie w mocy, natomiast Sąd Najwyższy (SN) w drodze kasacji skierował sprawę ponownie do NSL z zaleceniem powołania biegłych dla oceny, czy wobec przedstawionych argumentów obrony metoda ta rzeczywiście jest całkowicie niezwyfikowana naukowo.

NSL po powołaniu biegłych zawęził wniosek o ukaranie do ozonoterapii dożylniej, autohemotransfuzji, tzn. przetaczania krwi własnej po ozonowaniu lub naozonowanej soli fizjologicznej, i ponownie utrzymał orzeczenie w mocy.

PSEUDOKLINIKI

W istocie sprawy chodziło o jedno słowo: całkowicie. Zastosowanie ozonu do dezynfekcji, np. przy ozonowaniu wody w basenie oraz wykorzystaniu jego działania bakteriobójczego i grzybobójczego przy leczeniu zewnętrznym, np. niegających się ran, owrzodzeń na różnym tle, w zakażeniach jamy ustnej w stomatologii, jest znane i uznane w medycynie od wielu lat. Czymś zupełnie odmiennym jest natomiast zastosowanie ozonoterapii dożylniej w chorobach, co do których brak jest dowodów skuteczności, np. nowotworach, ciężkich zakażeniach wirusowych: HIV, WZW B i C, polio, stwardnieniu rozsianym i boreliozie, bo takie choroby obiecano leczyć w materiałach promocyjnych firmy nazywanej kliniką. Jak wynika z definicji, klinika to specjalistyczny oddział szpitalny działający przy uniwersytecie

JACEK MIARKA
PRZEWODNICZĄCY
NACZELNEGO SĄDU LEKARSKIEGO



lub instytucie naukowym, w którym oprócz leczenia chorych prowadzi się szkolenie studentów, podyplomowe szkolenie lekarzy oraz prace naukowo-badawcze. Niestety, brak ochrony prawnej, mimo apeli środowiska lekarskiego i naukowego, powoduje masowe rejestrowanie przez urzędy państwowe prywatnych gabinetów i firm używających tej nazwy dla celów komercyjnych.

Brak znajomości prawa nie zwalnia z odpowiedzialności, o czym powinni pamiętać lekarze firmujący swoim dyplomem podejrzane przedsięwzięcia

ZDOBYWANIE PIENIĘDZÓW ZA WSZELKĄ CENĘ

NSL powołał biegłego, profesora z zakresu hematologii i onkologii klinicznej, który po analizie piśmiennictwa obrony i współczesnych publikacji stwierdził, że efekty tej terapii są podobne do placebo i nie widzi podstaw merytorycznych do odpłatnego stosowania we wskazanych przypadkach.

Biegły z zakresu transfuzjologii natomiast, oprócz krytycznej analizy piśmiennictwa, podkreślił, że pobranie krwi lub jej składników od danej osoby z przeznaczeniem do kolejnego przetoczenia, a więc

W MYŚL PRZEPISÓW

- Art. 57 Kodeksu Etyki Lekarskiej:

1. Lekarzowi nie wolno posługiwać się metodami uznanymi przez naukę za szkodliwe, bezwartościowe lub niezwyfikowane naukowo. Nie wolno mu także współdziałać z osobami zajmującymi się leczeniem, a nie posiadającymi do tego uprawnień.
2. Wybierając formę diagnostyki lub terapii, lekarz ma obowiązek kierować się przede wszystkim kryterium skuteczności i bezpieczeństwa chorego oraz nie narażać go na nieuzasadnione koszty.

autohemotransfuzja, w świetle ustawy o publicznej służbie krwi to procedura, którą można wykonać tylko i wyłącznie w Centrach Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa. Art. 30 wspomnianej ustawy przewiduje odpowiedzialność karną za nieuprawnione pobieranie lub przetaczanie krwi (Kto w celu uzyskania korzyści majątkowej lub osobistej, wbrew przepisom ustawy, nabywa lub zbywa krew lub jej składniki, pośredniczy w ich nabyciu lub zbyciu albo bierze udział w przetaczaniu pozyskanej krwi lub jej składników, podlega karze pozbawienia wolności do lat trzech). Brak znajomości prawa nie zwalnia z odpowiedzialności, co dedykuję wszystkim lekarzom firmującym swoim dyplomem takie przedsięwzięcia.

NSL zwrócił się także na piśmie z prośbą o opinię do Prezesa Polskiego Towarzystwa Ozonoterapii. Odnosimy się do tej opinii z pełnym szacunkiem, jako obiektywnej i uczciwej. Potwierdzono



fot.: Shutterstock.com

w niej korzystne efekty miejscowego stosowania mieszanki ozonowo-tlenowej, ale także to, że przy podawaniu dożylnym nie ma możliwości

uzyskania skutecznego stężenia bójczego, a w wymienionych przez NSL chorobach brak dowodów naukowych na skuteczność takiego leczenia. Jedyny wyjątek stanowi SM, gdzie przy braku badań z podwójną ślepą próbą istnieją doniesienia sugerujące zastosowanie tej metody jako uzupełniającej, co wymaga dalszych badań.

Ozonoterapia nie jest jedynym przykładem biznesowego, bezkrytycznego wykorzystywania ciężko chorych pacjentów. Spektakularnym przykładem jest borelioza, leczona nie tylko ozonem, ale także długotrwałą antybiotykoterapią, z powikłaniami. Polskie Towarzystwo Ozonoterapii wspólnie z specjalistami chorób zakaźnych i klinicystami uznało, że ozonoterapia nie nadaje się do leczenia boreliozy.

Zdobywanie pieniędzy za wszelką cenę jest niezgodne z etyką lekarską. ●

PODATKI I FINANSE

Ryczałt mimo odejścia z etatu

ANNA WOJDA

Jeśli zmiana umowy o pracę na kontrakt jest konsekwencją zakończenia szkolenia specjalizacyjnego i wygaśnięcia okresu trwania umowy rezydenckiej, ginekolożka może wybrać ryczałt ewidencjonowany.

Potwierdził to dyrektor Krajowej Informacji Skarbowej w interpretacji z 29 września 2023 r. (0115-KDST2-2.4011.301.2023.4.MS).

Lekarka specjalista położnictwa i ginekologii pracowała najpierw w ramach rezydentury (jako lekarz w trakcie specjalizacji) na umowie o pracę na czas określony. Potem, od czerwca 2023 r., zaczęła na tym samym oddziale pracować na umowę-zlecenie jako lekarz specjalista, i to wyłącznie w ramach dyżurów medycznych. Od 1 lipca umowę-zlecenie zastąpiła umową kontraktową, gdyż lekarka założyła działalność gospodarczą. Zastanawiała się, czy ma prawo do opodatkowania w formie ryczałtu ewidencjonowanego.

Fiskus nie miał nic przeciwko. Przypomniał, że zgodnie z art. 8 ust. 2 ustawy o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne podatnik traci prawo do opodatkowania ryczałtem, jeżeli uzyskuje przychody ze świadczenia usług na rzecz byłego lub obecnego pracodawcy, odpowiadające czynnościom, które wykonywał w roku poprzedzającym rok podatkowy lub w roku podatkowym w ramach stosunku pracy.

Zdaniem fiskusa, choć umowa kontraktowa jest zawarta z poprzednim pracodawcą, to zmieniło się stanowisko pracy lekarki z lekarza

rezydenta (w trakcie szkolenia specjalizacyjnego) na lekarza specjalistę. Zmiana formy zatrudnienia nie była zmianą umowy o pracę na kontrakt w obrębie tej samej działalności, lecz była konsekwencją zakończenia szkolenia specjalizacyjnego i wygaśnięcia umowy rezydenckiej. Dodatkowo zakres świadczonych usług na rzecz byłego pracodawcy jest obecnie odmienny (z uwagi na zmianę tytułu zawodowego, stanowiska pracy i zakresu pracy). Lekarka nie jest już w trakcie szkolenia specjalizacyjnego, lecz – jako lekarz – wykonuje wszystkie czynności sama i może nadzorować innych lekarzy w trakcie specjalizacji. Ponadto obecna umowa obejmuje pracę jedynie w trybie dyżurowym, nie zakłada zatem wykonywania np. planowych zabiegów.

Skoro zatem usługi na rzecz szpitala prowadzone w ramach działalności gospodarczej nie są tożsame z tymi, które lekarka wykonywała w szpitalu w trakcie rezydentury, może rozliczać się w formie ryczałtu ewidencjonowanego. Jest tylko jeden warunek: trzeba w terminie złożyć oświadczenie o wyborze tej formy opodatkowania (należało to zrobić do 20. dnia miesiąca następującego po tym, w którym lekarka uzyskała pierwszy przychód w 2023 r.). ●

PODATKI I FINANSE

Nie każdą nagrodą trzeba się dzielić z fiskusem

ANNA WOJDA

Lekarz nie zapłaci podatku od wygranej, której wartość nie przekracza 2 tys. zł, a konkurs został zorganizowany przez prasę, radio lub telewizję – mówi Agnieszka Wnuk, doradczynie podatkowa i partnerka w Quidea.

Gazeta Lekarska” organizuje konkursy dla swoich czytelników. Nagrody to książki ufundowane przez różne wydawnictwa.

Czasami lekarze mają wątpliwości, czy o takiej wygranej muszą powiadamiać urząd skarbowy. Rzeczywiście powinni?

Niekoniecznie. W przypadku wygranych w konkursach może się pojawić podatek, ale nie w każdym przypadku. Jeśli chodzi o nagrody w konkursie organizowanym przez „Gazetę Lekarską”, czyli przez prasę, mamy możliwość skorzystania ze specjalnego zwolnienia. Zgodnie z przepisami ustawy o PIT zwolniona od podatku jest m.in. wartość wygranych w konkursach organizowanych i emitowanych przez środki masowego przekazu, czyli prasę, radio, telewizję, pod warunkiem że ich jednorazowa wartość nie przekracza 2 tys. zł.

Jest jeszcze jedno zastrzeżenie. Zwolnienie nie dotyczy sytuacji, gdy nagroda jest związana z działalnością gospodarczą, czyli np. lekarz dentysta wygrywa nagrodę od dostawcy w związku z zakupem produktów potrzebnych do prowadzenia działalności i gabinetu. W takim wypadku nagroda będzie opodatkowana.

W „Gazecie Lekarskiej” jeden z konkursów to konieczność rozwiązania krzyżówki, drugi zaś polega na porównaniu dwóch obrazów i znalezieniu kilku różnic. Nie są to zatem konkursy związane z działalnością gospodarczą prowadzoną przez lekarzy. W jednym z nich wygraną jest weekendowy pobyt w hotelu. W ramach pobytu, poza noclegiem, zapewnione jest wyżywienie i pakiet zabiegów SPA. Jak potraktować taką sytuację?

W tym wypadku można założyć, że wartość nagrody przekroczy 2 tys. zł

fot.: archiwum prywatne



i w zwolnieniu się nie zmieścimy. W grę wchodzi wtedy opodatkowanie 10-proc. podatkiem od wygranej. W przypadku nagród niepieniężnych płatnik, czyli organizator tego konkursu, a kto nim jest, powinien wskazywać regulamin konkursu, ma obowiązek odprowadzić podatek od wygranej. W takich przypadkach jest możliwość, by organizator konkursu przyznał dodatkową wygraną pieniężną, by nie narażać tego, kto wygrywa, czyli na przykład lekarza, na konieczność zapłacenia podatku od nagrody. Kwota ta jest wtedy przeznaczana na podatek, co również powinno być wskazane w regulaminie konkursu.

A gdyby nasz czytelnik – lekarz – wygrał w „Milionerach” w TVN główną nagrodę? Będzie musiał podzielić się nią z fiskusem?

Niestety, w tym przypadku obowiązuje 10-proc. podatek od nagrody. Wygrana pieniężna będzie o ten podatek pomniejszona.

Czy gdy pojawia się konieczność rozliczenia z urzędem skarbowym,

lekarz ma obowiązek powiadomienia o wygranej, czy też wszystkie niezbędne formalności załatwia organizator konkursu?

To organizator załatwia wszelkie formalności. Gdy uczestnik wygra nagrodę rzeczową w konkursie, musi uiścić na rzecz organizatora kwotę należnego podatku i dopiero po dopełnieniu tego obowiązku może otrzymać swoją nagrodę. Oczywiście w praktyce stosowane są rozwiązania pozwalające zwycięzcy nie płacić dodatkowo podatku – tzw. ubruttowienie wygranej.

A gdyby lekarz, który bierze udział w konkursie prowadził działalność gospodarczą, ale nie na takiej zasadzie, jak mówiła Pani wcześniej, czyli że kupuje sprzęt, lecz bierze udział w konkursie jako przedsiębiorca rozwiązujący krzyżówkę. Czy w takiej sytuacji rozliczenia podatkowe się różnią?

Nie, jeśli udział w konkursie nie jest związany z prowadzoną przez nas działalnością, lecz polega na przykład na znalezieniu różnic na dwóch obrazach, a wygraną jest pobyt w SPA, a nie np. materiały wykorzystywane w gabinecie lekarza w ramach jego działalności, trudno byłoby mówić, że wiąże się to z działalnością. Podobnie wygrana w „Milionerach”. Sam fakt, że lekarz ma zarejestrowaną działalność gospodarczą, niczego tu nie zmienia. Przepis wyłącza możliwość zastosowania zwolnienia jedynie w przypadku, gdy nagroda jest otrzymana przez podatnika w związku z prowadzoną przez niego działalnością gospodarczą. ●

PODATKI I FINanse

Ocieпление domu – jak odliczyć 53 tys. zł?

ANNA WOJDA

Jeśli lekarz przed końcem roku poniesie wydatki m.in. na wymianę okien, drzwi czy zakup paneli fotowoltaicznych albo na ocieпление budynku – zarówno ścian, jak i fundamentów – będzie mógł skorzystać z ulgi termomodernizacyjnej.

Ulga pozwala odliczyć od podstawy opodatkowania wydatki poniesione na termomodernizację domu i dzięki temu zapłacić niższy podatek. Odliczenie możliwe jest w rocznym PIT. By jednak móc skorzystać z ulgi przy okazji składania PIT za 2023 r., trzeba ponieść wydatki przed końcem tego roku. Konieczne jest też spełnienie dodatkowych warunków.

Prawo do odliczenia mają zarówno lekarze płacący PIT według skali podatkowej lub opodatkowani 19-proc. stawką liniową, jak i ci, którzy płacą ryczałt od przychodów ewidencjonowanych. Z ulgi mogą jednak skorzystać tylko właściciele i współwłaściciele domu jednorodzinnego. Jeśli lekarz posiada dom na podstawie umowy najmu czy użyczenia – z ulgi nie skorzysta.

Odliczyć można maksymalnie 53 tys. zł. W przypadku małżonków

będących współwłaścicielami domu odliczenie wyniesie aż 106 tys. zł, bo każdemu z nich przysługuje oddzielnie ulga w wysokości 53 tys. zł.

Podatnik może odliczyć wydatki poniesione w roku podatkowym na materiały budowlane, urządzenia i usługi związane z realizacją przedsięwzięcia termomodernizacyjnego. Przedsięwzięcie to musi zostać zakończone w okresie trzech kolejnych lat, licząc od końca roku podatkowego, w którym poniesiono pierwszy wydatek. Jeśli zatem część kosztów związanych z termomodernizacją lekarz poniesie w 2024 r., będzie mógł je odliczyć w PIT za 2024 r. (byłaby kwota odliczenia nie przekroczyła łącznie 53 tys. zł).

Termomodernizacja to zmiany w budynku, których efektem jest

zmniejszenie jego zapotrzebowania na ciepło lub zmniejszenie strat energii potrzebnej do jego ogrzania. Można zatem wymienić na przykład stare okna lub drzwi na nowe, ocieплić dom czy zamontować urządzenia wykorzystujące energię odnawialną. Co ciekawe, odliczyć można nie tylko wydatki na zakup samych materiałów czy urządzeń, ale również koszty robocizny (w tym m.in. na demontaż starych okien). I jeszcze jedno ważne zastrzeżenie: w przypadku nowych domów odliczenie jest możliwe jedynie, gdy prace termomodernizacyjne zostaną wykonane po wybudowaniu budynku.

Co konkretnie można odliczyć, lekarz znajdzie w rozporządzeniu ministra inwestycji i rozwoju z 21 grudnia 2018 r. (tekst jedn. Dz.U z 2023 r., poz. 273). Jest tam bardzo obszerna lista. Jeśli danego wydatku na niej nie znajdziemy, nie możemy go odliczyć.

Aby skorzystać z ulgi, wydatki muszą być udokumentowane fakturą VAT. Nie mogą być też pokryte za pomocą bezzwrotnego dofinansowania (np. z wojewódzkich funduszy ochrony środowiska). Nie ma natomiast przeszkód, by skorzystać z ulgi termomodernizacyjnej, jeśli podatnik otrzymał dotację z programu „Czyste powietrze”. W takiej sytuacji lekarz może odliczyć wkład własny poniesiony na inwestycje, nie może natomiast odliczyć wydatków sfinansowanych przez państwo w ramach wspomnianego programu. ●

DOSTĘPNE ULGI PODATKOWE

Skala podatkowa (stawki 12 i 32 proc.)	Stawka liniowa 19 proc.	Ryczałt od przychodów ewidencjonowanych
• odliczenie od dochodu niektórych darowizn na cele dobroczynne, • ulga rehabilitacyjna, • ulga na internet, • ulga termomodernizacyjna, • wpłaty na IKZE, • wydatki poniesione w ramach tzw. ulgi na zabytki, • ulga na działalność badawczo-rozwojową, • ulga na terminal, • ulga na robotyzację, • ulga na prototyp, • ulga na ekspansję, • ulga na sponsoring, • ulga na powrót, • ulga dla rodzin 4+, • ulga dla pracujących seniorów, • ulga na dziecko, • wspólne rozliczenie z małżonkiem.	• odliczenie od dochodu zapłaconych składek na ubezpieczenie zdrowotne do 10 200 zł, • wpłaty na IKZE, • odliczenie od dochodu niektórych darowizn na cele dobroczynne, • ulga termomodernizacyjna, • ulga na działalność badawczo-rozwojową, • ulga na terminal, • ulga na robotyzację, • ulga na prototyp, • ulga na ekspansję, • ulga na sponsoring, • ulga na powrót, • ulga dla rodzin 4+, • ulga dla pracujących seniorów.	• odliczenie od przychodów 50 proc. zapłaconych składek na ubezpieczenie zdrowotne, • wpłaty na IKZE, • ulga rehabilitacyjna, • ulga na internet, • odliczenie od przychodu niektórych darowizn na cele dobroczynne, • ulga termomodernizacyjna, • ulga na zabytki, • ulga na powrót, • ulga dla rodzin 4+, • ulga dla pracujących seniorów.

Przywróćmy blask uczelni medycznej

Uczelnia powinna zapewniać takie warunki, by każdy lekarz chciał na niej zostać i nie tylko mógł zrobić specjalizację i rozwijać się naukowo, ale także godnie zarobić.

PAWEŁ BARUCHA
WICEPREZES NACZELNEJ
RADY LEKARSKIEJ



Przestawiciel Naczelnej Rady Lekarskiej – w mojej skromnej osobie – został wybrany na przewodniczącego Rady ds. Stomatologii przy Ministrze Zdrowia na kolejne pół roku. To ogromny sukces Samorządu Lekarskiego i dowód na to, że nasza dotychczasowa działalność została doceniona. Rok działalności Rady udowodnił potrzebę jej powstania. Może się ona pochwalić sporymi osiągnięciami. Przypomnijmy, że dzięki staraniom Rady wspieranym przez Komisję Stomatologiczną NRL resort zdrowia przekazał 140 mln zł ze środków publicznych na nadwykonania w stomatologii. Niebagatelną rolę odegrał tu wiceminister zdrowia Piotr Bromber, który wysłuchał naszych postulatów i się do nich przychylił. Ze strony prezesa NFZ, Pana Filipa Nowaka, możemy również liczyć na zrozumienie potrzeby zwiększania nakładów na stomatologię. Nie byłoby sukcesu Rady ds. Stomatologii przy Ministrze Zdrowia, gdyby nie konsultanci krajowi w dziedzinach stomatologicznych. Ich współpraca w ramach Rady przynosi spektakularne rezultaty. Przez najbliższe sześć miesięcy Rada zajmie się uczelniami medycznymi kształcącymi przyszłych lekarzy dentyków, a ściślej rolę kadry nauczającej. Obecnie asystenci, którzy

pełnią niebagatelną, wręcz kluczową, rolę uczących praktycznej strony naszego zawodu, a więc leczenia jamy ustnej, traktowani są przez pracodawców tylko jako nauczyciele. Nie bierze się pod uwagę, że są również lekarzami ze specjalizacją, którzy przy okazji przekazywania tajników zawodu studentom leczą przecież pacjentów. Ich wynagrodzenie zupełnie nie odzwierciedla ich zaangażowania. Niedawno znajomy asystent na wydziale lekarsko-dentystycznym zdradził mi, że zarabia miesięcznie... 4,5 tys. zł brutto. Tyle, ile zgodnie z ustawą zarabia personel niższy... Gdyby był traktowany nie jako asystent, ale jako lekarz specjalista, zarobiłby o wiele więcej. Dlatego też tak niewielu specjalistów decyduje się na związanie swojej kariery zawodowej z uczelniami medycznymi.

A przecież wszystkim nam powinno zależeć, by ambitni, doskonale wykształceni specjaliści kształcili przyszłe pokolenia. Dlatego uczelnia powinna zapewniać takie warunki, by każdy lekarz chciał zostać na uczelni, gdzie nie tylko będzie mógł zrobić specjalizację i rozwijać się naukowo, ale także godnie zarobić. Przywróćmy uczelni medycznej jej dawny blask! W ten sposób zapewnimy sobie doskonale wyszkolone kadry, a naszym pacjentom – świetnie wykształconych lekarzy.

Leczenie protetyczne opiera się na działaniu zespołowym ze wsparciem innych specjalistów – zauważa prof. Teresa Sierpińska, kierownik Zakładu Protetyki Stomatologicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, krajowy konsultant w dziedzinie protetyki i prezydent Europejskiego Towarzystwa Protetycznego (EPA). – Musi to jednak uwzględniać indywidualne potrzeby pacjenta. Potrzebny jest plan leczenia spełniający standardowe wymogi, a jednocześnie uwzględniający drogę leczenia – tłumaczy i przypomina, że udane leczenie protetyczne powinno zachować hierarchię ważności.

Priorytetem jest zdrowie pacjenta, czyli eliminacja stanów nagłych: bólu, próchnicy oraz zapalenia przyzębia. Następnie przywraca się funkcje narządu żucia (okluzja, uzupełnienie braków wchodzących w zakres tego pojęcia i fonetyka, bez której nie ma poprawnej funkcji), a na końcu podejmuje leczenie estetyczne z kompozycją twarzową, twarzowo-zębową i dziąsłową, co nierzadko kłóci się z oczekiwaniami pacjentów, którzy na pierwszym miejscu stawiają efekt estetyczny. Po szczegółowym wywiadzie i badaniu jamy ustnej powinno się wykonać zdjęcie pantomograficzne, umożliwiające ocenę kondycji uzębienia oraz tkanek otaczających.

Zgodnie z najnowszymi trendami w planach leczenia uwzględnia się minimalną interwencję w układ stomatognatyczny, by jak najmniej naruszać zdrowe tkanki. – Planowania leczenia wciąż trzeba się uczyć. Lekarze dentyści pozyskują tę wiedzę na ostatnim roku studiów, ale powinni stale się doszkalać, bo różnorodność przypadków w gabinecie wymaga wiedzy z różnych dziedzin. Rosną też oczekiwania pacjentów, jeśli chodzi o efekt estetyczny – konkluduje prof. Sierpińska.

ZANIM WKROCZY PROTETYK

Od początku leczenia endodontycznego dąży się do zachowania zębów, by nawet w odległej perspektywie mieć bazę do odbudowy protetycznej. Sprawdzamy, czy nie ma chorobowych zmian okółowierzchołkowych i czy ząb nadaje się do leczenia protetycznego. Odbudowa musi być stabilna i służyć

STOMATOLOGIA

Zbliżyć się do ideału

LUCYNA KRYSIAK
DZIENNIKARKA

Dynamiczny rozwój protetyki dotyczy nie tylko materiałów oraz technik, ale także nowoczesnego myślenia o protetyce jako dyscyplinie powiązanej z endodoncją, ortodoncją, chirurgią stomatologiczną czy gnatologią.

przez lata. W endodoncji tkwi potencjał dla protetyki – zapewnia dr n. med. Aleksandra Palatyńska-Ulatowska, kierownik Zakładu Endodoncji w Katedrze Stomatologii Zachowawczej i Endodoncji Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Ważne jest przygotowanie do leczenia protetycznego. Część pacjentów to młodociani z wrodzonymi brakami zawiązków zębów stałych oraz urazami zębów i ich następstwami. Ortodonta musi ustalić, jakie czynniki decydują o planowanych przemieszczeniach zębów, ze szczególnym uwzględnieniem twarzowej części czaszki.

Dr hab. n. med. Izabela Szarmach, kierownik Zakładu Ortodoncji Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, zauważa, że u dorosłych ważna w planowaniu leczenia kompleksowego jest stabilna pozycja kłykcia w stawach skroniowo-żuchwowych. Nim pacjent podejmie leczenie protetyczne, musi zadbać o prawidłowe relacje międzyszczękowe i prawidłową okluzję. Trudno je planować bez przygotowania chirurgicznego. – Zarówno podczas leczenia uzupełnieniami stałymi, jak i ruchomymi w obrębie tkanek miękkich i twardych występują stany patologiczne lub niedobory tkanek wynikające z toczących się procesów chorobowych – wyjaśnia dr n. med. Krzysztof Gronkiewicz z Zakładu Protetyki Stomatologicznej Instytutu Stomatologii Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. Przekonuje, że w celu zachowania nawet części, na której będzie można zrekonstruować cały ząb przy zastosowaniu zabiegów hemisekcji, radektomii czy premolaryzacji, ważne jest wykorzystanie wszystkich możliwości. To bowiem techniki

zarezerwowane dla pacjentów, u których nie da się wszczepić implantów.

U użytkowników protez ruchomych trzeba zbadać o stan błony śluzowej jamy ustnej pod kątem patologii, np. rozrośniętych fałdów włóknistych, rozrostu brodawkowego lub ostrych brzegów wyrostka zębodołowego czy zgrubień na podniebieniu, które

W planowaniu protetycznym trzeba pogodzić dwa podejścia: umiejętność cząstkowe i holistyczne spojrzenie na uzębienie pacjenta

mogą świadczyć o wystąpieniu łagodnego nowotworu (kostniaka). To przeszkadza w przywróceniu funkcji żucia i uzyskaniu efektu estetycznego.

WOKÓŁ GNATOLOGII

Stomatologia dąży do wyodrębnienia wyraźnych umiejętności cząstkowych, ale też holistycznego spojrzenia na uzębienie pacjenta. W planowaniu protetycznym trzeba pogodzić te dwa podejścia. Wpisuje się w nie gnatologia, czyli kompleksowe leczenie zaburzeń narządu żucia. Do najczęstszych objawów należą bóle głowy, mięśni narządu żucia i stawów skroniowo-żuchwowych, objawy akustyczne w stawach, przeszkody podczas ruchów żuchwy, ograniczenie

odwodzenia lub zablokowanie stawów, niestabilny zgryz powodujący dyskomfort oraz bruksizm, czyli mimowolne, nieświadome zaciskanie lub zgrzytanie zębami.

Dr hab. n. med. Aleksandra Nitecka-Buchta z Katedry Dysfunkcji Narządu Żucia Śląskiego Uniwersytetu Medycznego mówi, że bruksizm sygnalizuje nieprawidłowości w funkcjonowaniu organizmu lub reakcję na stres. Wywołuje napięcia w obrębie głowy i szyi, bóle w okolicy skroni lub policzków, przerost mięśni i kości żuchwy, nadmierne starcie zębów, ich rozchwylenie, pęknięcia szkliwa, powstawanie ubytków klinowych, zwyrodnienia stawów skroniowo-żuchwowych i szereg innych dolegliwości. Zadaniem lekarza dentysty jest ustalenie, które są następstwem problemów gnatologii jako pochodna dysfunkcji narządu żucia, a które mają inne podłoże. – Od weryfikacji i właściwego leczenia zależy powodzenie dalszych czynności. Najważniejsze to ustalić, czy pacjent jest dysfunkcyjny. Jeśli tak, należy go prowadzić wieloetapowo, by nie wykonywać tzw. szybkiej przebudowy zwarcia, co może prowadzić do nasilenia objawów dysfunkcji. Trzeba działać ostrożnie, odwracalnie, stosując np. szynoterapię czy tymczasowe wypełnienia kompozytowe – tłumaczy dr n. med. Bartosz Suliborski z Zakładu Stomatologii Ogólnej i Zakładu Zaburzeń Czynnościowych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. ●

Z lekami nie ma żartów. Ale czy wszyscy o tym wiedzą?

Nie dowierzam, by osoby nielegalnie handlujące lekami przez internet robiły to z zachowaniem zasad stosowanych w aptekach. Łatwy zakup e-recept w internecie wygenerował nowe rodzaje patologii.

MARIUSZ POLITOWICZ
CZŁONEK NACZELNEJ
RADY APTEKARSKIEJ



Troska o środowisko jest jedną ze zdobyczy współczesnego świata. Zbyt dobrze pamiętam szarość i brud PRL-u, by nie zauważać przemian. Widzę je każdego dnia. Obrót lekiem też podlega przemianom mentalnym i prawnym. Inspekcja Farmaceutyczna kontroluje, czy apteka ma dokumenty potwierdzające poprawne zdjęcie ze stanu i przekazanie do utylizacji leków przeterminowanych. Każda apteka co miesiąc wykonuje takie działania. Im większy asortyment, tym większe straty.

Gdy lek jest u pacjentów, sytuacja się zmienia. Pacjent odpowiedzialny nie wyrzuca leków do śmietnika, ale do pojemników na leki przeterminowane, m.in. w aptekach. Do pojemników na leki pacjenci wrzucają wszystko. Również stłuczone termometry rtęciowe i leki z substancjami opioidowymi. Niektórzy wrzucają opioidy po zmarłych. Inni chcieliby przekazać je np. do hospicjum lub innemu choremu. Nie mają świadomości, że mogliby mieć problemy z powodu... nielegalnego obrotu narkotykami. Zarówno ci, którzy chcą je oddać, jak i skłonni je przyjąć.

Na szczęście wśród pracowników hospicjów lub DPS-ów świadomość prawna rośnie. Inaczej wśród reszty społeczeństwa.

Choć wydaje się to niemożliwe lub absurdalne, są osoby, które starają się odzyskać leki przeznaczone do utylizacji. Gdy im się to uda, albo sami je zużywają, albo nielegalnie nimi handlują. Nie zauważam, by organy ścigania widziały w tym zagrożenie. Ani tego, by media szerzej zajmowały się tym niszowym – dla nich – tematem. Fakt faktem, nielegalny obrót lekiem kwitnie, zwłaszcza w internecie.

Powstaje pytanie, czy bardziej niebezpieczne są leki opioidowe, czy może ostatnio popularne iniekcje obniżające masę ciała? W przypadku

Warto pacjenta ostrzec, że gdy sam będzie decydował o przyjmowaniu leków, zwłaszcza z niepewnego źródła, będziemy go wspominać 1 listopada, zamiast widzieć na żywo i w dobrym zdrowiu

tych ostatnich kolosalne znaczenie ma niska temperatura przechowywania. Jakoś nie dowierzam, by osoby nielegalnie handlujące lekami przez internet robiły to z zachowaniem zasad stosowanych w aptekach. Na dodatek łatwy zakup e-recept w internecie wygenerował nowe rodzaje patologii.

Niedawne przypadki prowokacji dziennikarskich pokazały, że osoby spoza grona lekarzy lub farmaceutów, handlujące (!) receptami lub lekami, nie mają żadnych oporów lub dylematów moralnych. I nigdy nie będą ich mieć.

Jak z tym walczyć?

Cóż, z jednej strony mamy prawo zabraniające takich zachowań. Z drugiej – brak jego egzekucji.

Zagrożenia są poważne i niebezpieczne dla wszystkich. Wiadomo, że uzależniony od narkotyków „na głódzie” zrobi wszystko, by je zdobyć. A gdy zdobędzie, choćby na siłę wyszarpując z pojemnika na leki przeterminowane, gotów jest przeżuwać (!) systemy transdermalne, by odurzać się zawartym w nich opioidem.

Profesjonaliści szybko zauważą, że narkotyki to jedno, a pozostałe leki drugie, równie niebezpieczne zjawisko. Dla wielu pacjentów antybiotyki lub leki przeciwbólowe są „tylko” kolorowymi tabletkami.

Daleki jestem od twierdzenia, że za edukację zdrowotną odpowiedzialni są pracownicy ochrony zdrowia. Jednak jej niski poziom wśród pacjentów oznacza, że nikt tego wcześniej nie zrobił. O ile już w dużej części wiedzą, że powinni segregować śmieci, w tym leki, to ich kupowanie z niepewnego źródła i dalsze przyjmowanie nie budzi żadnej refleksji.

Może więc w natłoku obowiązków każdy z nas znajdzie chwilę, by pacjenta ostrzec, że gdy sam będzie decydował o przyjmowaniu leków, zwłaszcza z niepewnego źródła, będziemy go wspominać 1 listopada, choć wolelibyśmy widzieć go na żywo i w dobrym zdrowiu? ●

Nikt już nie chce się poświęcać

COVID minął. Pamięć po „bohaterach”, którzy nie chcieli okłasków jak dla rzymskich gladiatorów, przeminęła szybciej niż sama epidemia, a po korytarzach szepcze się, że najlepiej wyszli na tym generałowie, którzy oglądali bitwę z wysokiego wzgórza.

Wróciliśmy do tak zwanego normalnego świata, który jest jednak coraz mniej normalny...

Nikt już nie ma zamiaru się poświęcać. Liczy się tu i teraz. Większość ma swój własny „sposób na” i nie ogląda się na innych. Podobno największym wyzwaniem jest to, by żerować, a nie żeby na tobie żerowali. Zresztą sam fakt istnienia słowa „żerowanie” jest już wymowny.

Podczas gdy korporacje starają się tworzyć leadership, inwestują w przywództwo, chcą wykorzystywać talenty pracowników, tworzyć im warunki do rozwoju (dają przestrzeń do przychodzenia z psem, na poważnych konferencjach prowadzi się rozmowy o urlopie menstruacyjnym i czy przychodzenie do pracy nie jest zbyt stresujące), pracownik szpitala funkcjonuje w klimacie zależności na miarę feudalizmu.

Poprzeczka zarządcza, podniesiona przez Uniwersyteckie Centrum Kliniczne (UCK) w Gdańsku, sprawiła, że stworzone przez nie rozwiązania chcą dziś wdrażać wszyscy ambitni szefowie. Tyle że udaje się to jak kopia iPhone’a w Tajlandii. Z wierzchu niby podobne, ale w środku ni hu, hu. Wygląda to zwykle tak, jakbyśmy tłoki z Porsche spawowali do Syrenki. W UCK mają wynik, to róbmy wynik, który stał się jedynym synonimem dobrze prowadzonego szpitala (choć w UCK nie o sam wynik chodzi). Tak na marginesie, w przeciwieństwie do firm, w których wszystko opiera się na celach i zwykle znana jest definicja tego, co działa, w szpitalach nikt nie stworzył powszechnie obowiązującego, konkretnego paradygmatu dobrze działającego szpitala (bo przecież nie są nim ani akredytacje, ani przepisy

ANNA GOŁĘBICKA,
EKONOMISTKA,
STRATEG KOMUNIKACJI



ustawy o jakości). Przez długi czas funkcjonowała narracja, że jeśli szpital wykazuje stratę, to znaczy,

W pogoni za zyskiem lub brakiem straty produkuje się procedury. Pacjent jest narzędziem do ich realizacji, a lekarz na etacie – tanią siłą roboczą

że leczy pacjentów, nie oglądając się na rygory systemu, który daje za mało. Nawet bym to kupiła, gdyby nie fakt, że raju w tych szpitalach też nie było, a przynajmniej nie dla wszystkich.

Zatem aktualnie w ambitnych miejscach wyciskamy, ile się da, z tego co można rozliczyć w NFZ. W pogoni za zyskiem albo brakiem straty produkuje się procedury. Pacjent jest po prostu nieodzownym narzędziem do ich realizacji, a lekarz na etacie tanią siłą roboczą. Oczywiście jest to uogólnienie, które jak każde uogólnienie jest krzywdzące, ale ten właśnie obrazek zostaje w głowie, gdy rozmawia się o zarządzaniu placówkami z medykami z całej Polski.

Na to wszystko składa się słynna tabelka ze wskaźnikami minimalnego wynagrodzenia. Fantastycznie, że inne zawody medyczne dobrze zarabiają, ale sprowadzeni do parteru płacowego lekarze specjaliści („bo przecież mogą sobie dorobić”) powoli ewakuują się z publicznej ochrony zdrowia i niedługo będziemy leczyć tych, którzy mają dobrze wyceniane choroby samymi zabiegowcami, rozliczającymi się właśnie za procedurę.

Ale, ale, nie martwcie się! Ministerstwo Zdrowia specjalizuje się w szybkim rozwiązywaniu problemów. Szkoda tylko, że objawowo. Nie ma lekarzy – doprodukujemy! Kogo obchodzi jakość – sztuka jest sztuka. I zastanawiam się, dlaczego reklamujący to rozwiązanie urzędnik o mediolańskim looku nie chciał wziąć pod uwagę, że lekarz to kapitał, który jest przepalany na papiery i dezorganizację i że gdyby wyposażać go w pomoc sekretarki medycznej, miałby więcej czasu na lekarzowanie. A może właśnie jestem w błędzie? Bo tabelka z minimalnymi wynagrodzeniami to wcale niedrogi sposób na te papiery. O naiwności... Tak z perspektywy myślę, że rację mieli ci, którzy nie chcieli, by im klaskano. ●

PRAKTYKA LEKARSKA

Diagnoza to nie wyrok

LIDIA SULIKOWSKA
DZIENNIKARKA

Trudne rozpoznanie, przewlekłe choroby somatyczne i ból mogą zwiększać ryzyko samobójstwa. Jak dostrzec sygnały alarmowe i spróbować ustrzec pacjenta przed zachowaniami autodestrukcyjnymi?

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) na świecie co roku dochodzi do ponad 700 tys. samobójstw. W Polsce życie odbiera sobie ponad 5 tys. osób rocznie – wynika z danych Komendy Głównej Policji. Wśród powodów policyjne statystyki rozróżniają nie tylko chorobę psychiczną, przemoc w rodzinie czy stratę bliskiej osoby, ale też chorobę fizyczną, trwałe kalectwo i pogorszenie lub nagłą utratę zdrowia.

PRZYŁĄCZAJĄCE ROZPOZNANIE

Wyniki wielu badań potwierdzają, że ryzyko śmiertelnych zachowań samobójczych wzrasta u pacjentów z chorobą nowotworową. – Jest nawet 85 proc. wyższe w stosunku do populacji ogólnej. Takie dane wynikają z dużej metaanalizy opublikowanej w kwietniu 2022 r. w „Nature Medicine”, która objęła w sumie 28 badań naukowych i 22,4 mln ludzi po diagnozie nowotworu złośliwego na całym świecie – informuje dr Irmina Michałek z Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie Państwowego Instytutu Badawczego (NIO-PIB) w Warszawie.

Wysokość wskaźnika ryzyka samobójstwa zależy m.in. od dalszych rokowań, stopnia zaawansowania nowotworu, czasu od rozpoznania, a także czynników demograficznych, takich jak płeć, wiek czy region zamieszkania. Jest wyższa w przypadku chorujących na najgorzej rokujące nowotwory złośliwe i te w zaawansowanym stadium rozwoju, a także u pacjentów niebędących w związku małżeńskim i – co ciekawe – wśród mieszkańców USA (w porównaniu z Europą, Azją i Australią).

– Można przypuszczać, że chorowanie na raka w USA może wiązać się

z dużymi wydatkami po stronie pacjenta ze względu na specyficzną strukturę ubezpieczeń zdrowotnych w tym kraju. Europejskie systemy zdrowotne są pod tym kątem bezpieczniejsze – wyjaśnia dr Michałek.

W Polsce u pacjentów po diagnozie nowotworu złośliwego także wzrasta ryzyko śmiertelnego zachowania samobójczego w porównaniu do populacji ogólnej. W analizach przeprowadzonych przez dr n. med. Irminę Michałek wraz z grupą badaczy z Krajowego Rejestru Nowotworów (KRN) dowiedziono tego bezspornie. W ramach projektu Suicidality in Cancer Patients (PolSCa) zrealizowano dotychczas cztery badania na podstawie danych KRN z lat 2009-2019 obejmujących około 1,4 mln pacjentów z rozpoznaniem nowotworu złośliwego. W tej grupie

Wśród pacjentek onkologicznych w wieku 15-39 lat ryzyko odebrania sobie życia było cztery razy wyższe niż u ich zdrowych rówieśniczek

odnotowano ponad 800 ofiar samobójstw, a zdecydowaną większość stanowili mężczyźni. – Badanie kohortowe wykazało, że ryzyko odebrania sobie życia wśród chorych onkologicznie było o 34 proc. wyższe w porównaniu do populacji ogólnej, ale jeśli wziąć pod uwagę pierwsze pół roku od usłyszenia

diagnozy, było ono wyższe aż o 94 proc. To pokazuje, że pierwsze półrocze po rozpoznaniu raka jest kluczowe dla podjęcia działań zapobiegawczych – podkreśla dr Michałek.

CO JESZCZE POKAZAŁY POLSKIE BADANIA

Ryzyko samobójstwa było istotnie wyższe (wzrost aż o 200 proc. w stosunku do populacji ogólnej) u pacjentów ze zdiagnozowanym rakiem przełyku, żołądka, szyjki macicy i nowotworem w obrębie głowy i szyi. Co ciekawe, wśród pacjentek onkologicznych w wieku 15-39 lat ryzyko odebrania sobie życia było cztery razy wyższe niż u ich zdrowych rówieśniczek. W przypadku mężczyzn w tej samej grupie wiekowej było ono dwa razy wyższe, z kolei wśród pacjentów po 75. roku życia zwiększało się tylko u płci męskiej.

– W przypadku mężczyzn do 39 r. ż. z nowotworem jądra ryzyko samobójstwa było 2,5 raza wyższe niż u ich zdrowych rówieśników. Z kolei u mężczyzn po 75 r. ż. największe ryzyko odnotowano u chorujących na chłoniaka. Te dane szczególnie niepokoją, bo nowotwory, o których mowa, nie należą do najgorzej rokujących. Być może trzeba zwiększyć świadomość pacjentów w tym zakresie – uważa dr Michałek.

W grupie podwyższonego ryzyka samobójstwa są też ozdrowieńcy, którzy w dzieciństwie przeszli chorobę nowotworową. – W 2022 r. w „Lancet Oncology” opublikowano wyniki badania na temat ryzyka



◀ Lekarze prowadzący swoich pacjentów mogą wpływać na złagodzenie negatywnych skutków emocjonalnych choroby. Wymaga to jednak czujności

foto: Shutterstock.com

zaburzeń psychicznych u osób młodych, które w dzieciństwie chorowały onkologicznie. Okazało się, że 5-12 proc. ozdowieńców ma w wieku dorosłym myśli samobójcze, 1-4 proc. podejmuje próby samobójcze, a 0,1-1,6 proc. pozabawia siebie życia. Badania pokazały także, że ryzyko samobójcze wzrasta, jeśli po zakończonym leczeniu utrzymują się następstwa neurologiczne – zwraca uwagę dr hab. n. med. Marzena Samardakiewicz, kierownik Katedry Psychospołecznych Aspektów Medycyny i psycholog kliniczny, psychoonkolog w Klinice Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

NIE TYLKO RAK

W grupie osób o podwyższonym ryzyku zachowań samobójczych są też osoby niepełnosprawne fizycznie, a także cierpiący na przewlekłe choroby somatyczne, np. zespół wieńcowy, przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, epilepsję, choroby neurodegeneracyjne czy cukrzycę. Potwierdzają to różne badania,

jak choćby opublikowane w „The Lancet Regional Health - Europe” na początku 2023 r.

Dlaczego u osób zmagających się z różnymi chorobami dochodzi do samobójstw? Długotrwałe leczenie, przewlekły ból fizyczny i ograniczenia wynikające z choroby mogą istotnie obniżyć jakość

Coś, co dla nas jest
zwyczajne, dla drugiego człowieka
może być ekstremalne

życia i wpływać na zdrowie emocjonalne. Pojawia się złość, brak akceptacji, stres, lęki, niepewność o przyszłość, a w końcu brak siły do życia. Czasem objawy bardzo się nasilają i mogą doprowadzić do pojawienia się depresji, myśli samobójczych, a nawet do kryzysu psychicznego zakończonego

samobójstwem. Czasem emocje są bardzo intensywne i wywołują duże obciążenie psychiczne, wynikające nawet – wydawałoby się – z niezbyt ciężkiego schorzenia.

– W zasadzie każda dolegliwość może być zbyt trudnym wyzwaniem dla pacjenta. Każdy człowiek jest inny, więc powody odebrania sobie życia również będą przeróżne. Często do samobójstwa dochodzi w wyniku choroby psychicznej, w tym w głównej mierze depresji. Czasem pacjenci podejmują – ich zdaniem – racjonalną decyzję o pozabawieniu siebie życia. Choć w medycynie doszło do rewolucji w walce z bólem fizycznym, to nadal mamy stany chorobowe, gdzie ból trudno jest opanować lub pacjent nie dostaje właściwej pomocy. Twórca ruchu hospicyjnego w Polsce, nieżyjący już prof. Jacek Łuczak, mówił, że pacjenci wyznawali mu, że z powodu bólu nie chcą już dalej żyć. Nie można takich kwestii lekceważyć. Oczywiście nie tylko ból fizyczny jest czynnikiem ryzyka zachowań samobójczych. To samo dotyczy chorób przewlekłych, które są uciążliwe dla pacjenta, a często wymagają też zaangażowania rodziny do opieki, a czasem całkowitego podporządkowania życia rodzinnego choremu. U niektórych chorych pojawia się postawa w pewnym sensie altruistyczna. Chory nie chce być dla kogoś ciężarem i dlatego postanawia odebrać sobie życie – zwraca uwagę dr hab. Adam Czabański, certyfikowany suicydolog, wiceprezes Polskiego Towarzystwa Suicydologicznego i ekspert w Biurze ds. Zapobiegania Zachowaniom Samobójczym w Instytucie Psychiatrii i Neurologii (IPiN) w Warszawie.

– Biologicznie uwarunkowane zawężenia poznawczo-emocjonalno-behawioralne sprawiają, że nie jest w stanie ocenić, jaką traumą jest dla bliskich jego samobójstwo – uważa dr n. med. Anna Baran, psychiatra, certyfikowany suicydolog, wiceprzewodnicząca Sekcji Edukacji i Szkoleń w Prewencji Samobójstw Międzynarodowego Towarzystwa Prewencji Samobójstw (International Association for Suicide Prevention, IASP).

– Im więcej obciążeń somatycznych i strat niesie ze sobą

choroba, tym większe ryzyko pogorszenia zdrowia psychicznego, w tym także wystąpienia zachowań samobójczych. Do tego dochodzą czynniki społeczne, jak uczucie osamotnienia, odizolowania. To widać chociażby u pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego i schorzeniami neurologicznymi, w tym udarami – dodaje dr hab. n. med. Marzena Samardakiewicz.

ŚMIERĆ NA RATY

Dr hab. Adam Czabański zwraca uwagę na opisywane w literaturze anglosaskiej i amerykańskiej zjawisko tzw. cichego odchodzenia seniorów. Chodzi o pewne zachowania maskujące wśród osób starszych, którzy oszukują swoich opiekunów – rodzinę, bliskich, lekarza, pielęgniarkę etc. – Te osoby nie odbiorą sobie życia w sposób niebudzący wątpliwości, że to było samobójstwo, bo wówczas dodatkowo zraniliby swoich najbliższych. Umierają w wyniku doprowadzenia do skrajnego wycieńczenia własnego organizmu. Na przykład udają, że spożywają posiłki, a tak naprawdę je wyrzucają. Oszukują, że przyjmują leki. Pacjent w końcu umiera, a rodzina nawet nie podejrzewa, że to zgon samobójczy. A przecież ten człowiek zadał sobie tę śmierć, tyle że na raty. Warto uczyć bliskich pacjenta, że takie sytuacje się zdarzają. Wówczas można próbować interweniować, np. poprzez wsparcie psychologiczne – tłumaczy Adam Czabański.

Lekarze prowadzący swoich pacjentów – interniści, onkolodzy, neurologi i specjaliści innych dziedzin medycznych – mogą wpływać na złagodzenie negatywnych skutków emocjonalnych choroby. Wymaga to jednak czujności, a także prowadzenia takiego dialogu, który sprawia, że pacjent czuje się całościowo zaopiekowany.

– W ramach podstawowego wywiadu lekarskiego czy to onkologa, neurologa, czy lekarza rodzinnego powinno paść

pytanie o samopoczucie psychiczne pacjenta. Pytając o to z autentyczną troską, dajemy choremu szansę na otworenie się. Trzeba też zwrócić uwagę na zmiany w zachowaniu pacjenta, na przykład przygnębienie, nagłą zmianę nastroju, ale też nieradzenie sobie z leczeniem, diagnozą, skutkami ubocznymi leków itp. czy problemy ze snem, co będzie punktem wyjścia do dalszej rozmowy i ewentualnego

Im więcej obciążeń somatycznych i strat niesie ze sobą choroba, tym większe ryzyko pogorszenia zdrowia psychicznego

pokierowania do psychiatrii – informuje dr Anna Baran. – Wyobraźmy sobie młodego człowieka, który otrzymuje diagnozę padaczki. Przy obecnych możliwościach leczenia to nie koniec świata. A jednak chłopak, o którym mówię, odebrał sobie życie. Dla niego choroba oznaczała koniec kariery sportowej, o której marzył. Dlatego tak ważne jest, aby lekarz pytał o stan psychiczny swojego pacjenta, o to jak radzi sobie z diagnozą, z leczeniem, jak ta sytuacja wpływa na jego codzienne funkcjonowanie, na plany zawodowe etc. Bo coś, co dla nas jest zwyczajne, dla drugiego człowieka może być ekstremalne – dodaje Anna Baran.

PLAN BEZPIECZEŃSTWA

– W tym wszystkim chodzi o uważność i dobrą komunikację. Zaczynając od tego, jak przekazywać informacje o trudnej diagnozie, aż po szczerą troskę o pacjenta w trakcie jego choroby. Żeby rzeczywiście

wysłuchać się w to, co chory do nas mówi. Tylko podczas rozmowy możemy wychwycić alarmujące sygnały, a jeśli mamy wątpliwości, skontaktujmy się z rodziną chorego, aby dopytać o pewne zachowania – tłumaczy dr hab. Adam Czabański.

Lekarz, który podejrzewa u pacjenta problemy psychiczne, może go skierować do psychiatrii i psychologa. Wiadomo jednak, że czas oczekiwania na konsultację nie jest krótki, nie oznacza to jednak – jak podkreśla dr Anna Baran – że „zrobiliśmy swoje” i od tej pory zostawiamy pacjenta samemu sobie. – Do czasu objęcia pacjenta pomocą psychiatryczną / psychologiczną jesteśmy za niego odpowiedzialni. Nie wolno się nam od niego odciąć. Opracujmy razem z pacjentem, a najlepiej także z udziałem jego rodziny, plan bezpieczeństwa będący rodzajem gotowego scenariusza na wypadek pogorszenia stanu psychicznego, uwzględniający techniki rozpraszania negatywnych emocji i myśli samobójczych. Jeśli pacjent jest w kryzysie samobójczym i bezpośrednio zagraża swojemu życiu, trzeba zadzwonić po pogotowie i upewnić się, że ktoś może przebywać razem z nim do czasu jego przyjazdu – wyjaśnia. ●

GDZIE SZUKAĆ POMOCY W KRYZYSIE PSYCHICZNYM?

800 70 2222 – telefon Centrum Wsparcia dla osób dorosłych w kryzysie (bezpłatny, czynny całą dobę siedem dni w tygodniu)

116 123 – Kryzysowy Telefon Zaufania (dla dorosłych, codziennie od 14.00 do 22.00, bezpłatny)

116 111 – Telefon Zaufania dla Dzieci i Młodzieży (bezpłatny, działa siedem dni w tygodniu przez całą dobę)

112 – numer alarmowy w razie bezpośredniego zagrożenia życia

Na kanale Biura ds. Zapobiegania Zachowaniom Samobójczym na YouTube dostępny jest 4-godzinny webinar na temat profilaktyki zachowań samobójczych w praktyce pracowników ochrony zdrowia. Nagranie powstało w ramach Programu Zapobiegania Zachowaniom Samobójczym, realizowanego przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. 12-Stopniowy Plan Bezpieczeństwa utworzony w ramach grantu Unii Europejskiej Erasmus+ jest dostępny na <https://12stepsplan.com/> lub <https://ellipse.12stepsplan.com>.

FELIETON

Między Wielką Brytanią a Tanzanią

Nasz system ochrony zdrowia jest dokładnie w połowie drogi między rozwiniętymi systemami zachodnimi a krajami Afryki Subsaharyjskiej.

Magazyn „CeoWorld” od lat tworzy ranking krajowych systemów ochrony zdrowia. Ocenie podlegają m.in. infrastruktura, kompetencje personelu medycznego, środki przeznaczane na zdrowie na mieszkańca, dostępność do leków, skuteczność programów profilaktycznych, stan środowiska. W najnowszym rankingu (sierpień 2023 r.) za najlepszy został uznany system na Tajwanie (na 100 możliwych punktów zdobył 78,72). Kolejne miejsca na podium zajęły Korea Południowa i Australia, ranking zamykały zaś Honduras i Salwador (18,6). Polska znalazła się prawie idealnie w środku stawki – na pięćdziesiątym dziewiątym miejscu z wynikiem 37,71. Sprawdziłem, jakie kraje otrzymały dziesięć punktów więcej i mniej od nas – to odpowiednio Wielka Brytania (47,15 – dwudzieste siódme miejsce na świecie) i Tanzania (27,6, co dało dziewięćdziesiątą czwartą pozycję).

Zestawienie to wydało mi się sympmatyczne – tak właśnie czuję. Tu jest nasz system ochrony zdrowia – między Wielką Brytanią a Tanzanią. Dokładnie w połowie drogi między rozwiniętymi systemami zachodnimi a krajami Afryki Subsaharyjskiej.

Tu powinno nastąpić rytualne narzekanie – że to skandal, że nie takie powinny być nasze aspiracje, że powinniśmy patrzeć na Zachód, że autostrady to mamy takie (a często i lepsze) jak w Wielkiej Brytanii, a kardiomonitorzy dalej kleimy na bandaże i plaster. Ze politycy powinni wreszcie, szczególnie po pandemii, sprawy ochrony zdrowia wziąć sobie do serca, jak tak można, ludzie cierpią, umieralności na wiele chorób największe w Europie, kolejki,

JAKUB SIECZKO
ANESTEZJOLOG



toniemy w papierach. Znamy, prawda? Słyszeliśmy to setki razy, pewnie miliony liter wydrukowano na łamach „Gazety Lekarskiej” z postulatami podobnymi do powyższych. Ja jednak proponuję

To, jak wygląda system ochrony zdrowia, to rezultat tego, jacy jako naród jesteśmy – ani lepsi, ani gorsi od Brytyjczyków czy Tanzańczyków. Jesteśmy inni

dziś Państwu nieco inne podejście. Proponuję się z tym faktem – że jesteśmy tu, gdzie jesteśmy – pogodzić i uznać, że za naszego zawodowego życia znacząco lepiej nie będzie. Tak, jak się między Wielką Brytanią a Tanzanią urodziliśmy – w kraju z takim systemem ochrony zdrowia będziemy też pracować do samej emerytury, w takim kraju przyjdzie nam umierać.

Kilka lat temu znieczulałem chorego do dużego zabiegu onkologicznego. Kolejno w trakcie operacji popsuły się: pulsoksymetr,

kapnometr, termometr i parownik do podawania anestetyku, a na koniec pod operującym chirurgiem zламаł się stółek. Postanowiłem wówczas – dość złości, czas na akceptację. Jesteśmy pośrodku pomiędzy światem medycyny nowoczesnej i rozwiniętej a tej prostej, raczkującej. To się nie zmieni. Jeśli chcę tu zostać i w tym systemie pracować, to na więcej nie powinienem liczyć. Szkoda nerwów.

Państwem zarządzają politycy, ale tworzą je obywatele – ich marzenia, aspiracje, lęki, światopoglądy, postawy i cechy charakteru. Polityka rozumiana jako sztuka utrzymywania się przy władzy jest w gruncie rzeczy ciągłą próbą jak najlepszej odpowiedzi na to, czego wyborcy, czyli naród, chcą. Moja opinia, niech będzie, że kontrowersyjna, jest następująca: Polaków dobra publiczna ochrona zdrowia nie bardzo obchodzi. Nie obchodzi, bo niespecjalnie w nią wierzą, nie bardzo na nią liczą, nie bardzo wymagają od sprawujących władzę, żeby do zbudowania takiej ochrony zdrowia się przyłożyli. Polak nie wierzy bowiem w nic, co państwowe. Polak wierzy w siebie,

a państwu i innym Polakom nie ufa. Dowody? Bardzo proszę.

Oto wyniki Eurobarometru – badania opublikowanego zimą 2022 r.: Polacy charakteryzują się rekordowo niskim zaufaniem do instytucji. Sądom nie ufa 59 proc. z nas, przy europejskiej średniej 43 proc., policji – 57 proc. (Europa – 27 proc.), personelowi medycznemu – 33 proc. (w Europie to 20 proc.). W marcu 2022 r. badano z kolei zaufanie pomiędzy obywatelami w kilkudziesięciu krajach świata, zadając proste pytanie: „Czy ogólnie rzecz biorąc większość ludzi można ufać?”. Średnia odpowiedzi pozytywnych wynosiła 30 proc., w Polsce wynik był czwarty najniższy spośród badanych państw – 16 proc. (gorsze były tylko Turcja, Malezja i Brazylia).

Jeśli te wszystkie dane przełożymy na codzienne życie społeczne, oznaczać to będzie, że większość naszych współobywateli uważa, że nie warto powierzać swoich ważnych spraw instytucjom publicznym. Że władza, jakkolwiek by była, wspólne pieniądze może rozkradnie lub roztrwonii. Polacy uważają też, że sąsiad czy daleki znajomy to raczej kombinator i za bardzo lepiej się z nim nie spoufalać. Typowy światopogląd polskiego obywatela, wyborcy, jest więc taki, że podatki to złodziejstwo, co państwowe to nigdy działać dobrze nie będzie, a drugi Polak to raczej darmozjad czy szemrany typ niż partner do współpracy.

Nie wierzymy więc w nic, co wspólne i państwowe, co niespecjalnie dziwi, gdy przyjrzymy się ostatnim dwustu pięćdziesięciu latom polskiej historii. Państwo było zwykle obce, opresyjne, nieprzyjazne – nasza krucha samodzielność ma nieco ponad trzy dekady. Wcześniej zaś kibitki, Syberie, obozy, pałowanie, internowanie. Nie było kiedy nauczyć się wspólnego budowania struktur państwa. Nie było wreszcie kiedy nauczyć się zaufania do drugiego Polaka, bo przecież mógł się okazać choćby współpracownikiem wrogiego reżimu.

Dlatego Polacy kombinują na własną rękę. Jedną z może zabawnych, ale i zawierających część prawdy definicji klasy średniej jest taka, że jej przedstawiciel to człowiek, który ma w swoim telefonie zapisany numer do choć jednego znajomego lekarza. Znacnie te połączenia, prawda? „Pomógłbyś ze skierowaniem na tomografię”, „Dałoby się coś przyspieszyć?”, „Słuchaj, boli mnie z prawej strony, podjechałbym do ciebie, będzie

for.: Shutterstock.com



szybciej niż na SOR”. Dlaczego ci wszyscy ludzie dzwonią do nas, zamiast udać się do najbliższej poradni albo szpitala? Bo nie wierzą, że drugi człowiek – inny Polak tam pracujący – zajmie się nimi uprzejmie i kompetentnie. Nie wierzą wreszcie, że państwowe instytucje są wydolne oraz sprawne (i często mają rację). Lepiej zadzwonić do kumpla. Ogarnie.

Istnieje też taka teoria, że do realnej zmiany dotyczącej usług publicznych dojść może wtedy, gdy naciska na nią właśnie klasa średnia, niezadowolona z poziomu tych usług. Polskiej klasie średniej – jak pokazałem powyżej – system ten jednak nie bardzo doskwiera, bo w sprawniejszym poruszaniu się w nim pomoże znajomy lub znajoma, ewentualnie odpowiednio opłacane wizyty prywatne. Cierpią więc najbardziej ci, którzy nie mają do kogo zadzwonić (lub których nie stać na dopłacanie do leczenia), ale też nie są specjalnie sprawczy. Mamy więc pat.

Gdy czytają państwo ten tekst, jest już po wyborach parlamentarnych. Ja piszę go jeszcze przed nimi, za to kilka dni po debacie przedstawicieli wszystkich komitetów. Podczas niej politycy mówili o migracji, drożyznie, obronności, rosyjskim wazonie, dwuzłotówce i muzyce Krzysztofa Krawczyka.

O ochronie zdrowia padło jedno zdanie – wypowiedział je Szymon Hołownia. Nie zdziwiło mnie to ani trochę. Politycy mówią bowiem w tak kluczowych momentach o tym, co najbardziej emocjonuje wyborców. Polskiej medycyny na tej liście nie ma.

Do potrzeby stworzenia nowoczesnej, sprawnej i przyjaznej obywatelom ochrony zdrowia nie przekonała Polaków pandemia COVID-19. Nie przekonała ich ponad sto tysięcy zgonów, karetki stojące po kilkanaście godzin przed szpitalami i tlen kończący się na oddziałach. Jeśli to nie zmieniło światopoglądu naszych współobywateli, to nie zmieni go już nic. Polak w przyjazną państwową ochronę zdrowia nie uwierzy, nie będzie skłonny poświęcić na nią większego procenta swoich zarobków, nie będzie wreszcie rozliczał polityków z prób uczynienia systemu przyjaźniejszym. To, jak ten system wygląda, to rezultat tego, jacy jako naród jesteśmy – ani lepsi, ani gorsi od Brytyjczyków czy Tanzaniańczyków. Jesteśmy inni – o innej historii i mentalności. Pogódźmy się z tym. Próbuje małych zmian, bo na te duże przez długie lata nie widzę tu szansy. Nie będziemy mieli Londynu w Warszawie.

Napisz do autora:
sieczko.gazetalekarska@gmail.com

PRAKTYKA LEKARSKA

Kontrola ratuje życie

LUCYNA KRYSIAK
DZIENNIKARKA

Włączenie hipertensjologii na listę specjalizacji miało na celu przejęcie trudniejszych chorych, np. z nadciśnieniem wtórnym czy prawdziwie opornym, by poddać ich rozszerzonej diagnostyce i spersonalizowanemu leczeniu – wyjaśnia dr hab. n. med. Jacek Wolf, prezes Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego (PTNT).

Nadciśnienie tętnicze (NT) jest najczęściej występującą chorobą wśród Polaków, niestety atakuje również dzieci. Jakie są najnowsze dane na ten temat?

W populacji dorosłych problem ten dotyka 11 mln Polaków. U osób w wieku od 0 do 16 lat nadciśnienie tętnicze rozpoznaje się, odwołując do tzw. siatek centylowych, które są metodą obiektywnej oceny rozwoju fizycznego dzieci. Pokazują one m.in. jaki procent dziewczynek lub chłopców w danym wieku osiągnęło taki sam wzrost, wagę, poziom BMI (body mass index, wskaźnik masy ciała) oraz jakie ciśnienie tętnicze krwi (BP) występuje w tej grupie wiekowej. Na tej podstawie oraz badań OLAF i OLA przeprowadzonych na reprezentatywnej próbie populacyjnej podwyższone wartości BP stwierdzono u 6,9 proc. dzieci w wieku 3 lat, 7,7 proc. w wieku 6-10 lat i 6,2 proc. młodzieży w wieku 10-20 lat. Z innych badań, w tym badań własnych, wynika, że częstość rozpoznawania NT u nastolatków w wieku 14-18 lat jest zbliżona do częstości występowania NT u młodych dorosłych i wynosi 10-13 proc. Wtórne NT notuje się częściej u dzieci młodszych przed skokiem powitaniowym. Nadciśnienie tętnicze pierwotne (NTP) rośnie gwałtownie w okresie dojrzewania i dotyczy głównie chłopców, co spowodowane jest fizjologicznym wzrostem BP u nastolatków płci męskiej. W tym okresie NT stwierdza się trzy-, czterokrotnie częściej u chłopców niż u dziewcząt. Ze względu na galopujący wzrost nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży wzrasta także częstość NTP, które

stanowi ok. 50 proc. wszystkich rozpoznanych NT u dzieci.

Co nauka wie o tej chorobie?

O nadciśnieniu tętniczym wiemy bardzo dużo, chociaż wciąż pojawiają się nowe informacje. Najważniejsze i najtrudniejsze jest podejście do zapobiegania i leczenia tej choroby, ponieważ należy uwzględnić fakt, że NT jest zaburzeniem wieloczynnikowym. W ujęciu epidemiologicznym głównym czynnikiem ryzyka nadciśnienia jest otyłość – im więcej otyłych, tym więcej pacjentów z rozpoznaniem nadciśnienia tętniczego. W wieloletniej perspektywie nieleczonej otyłości pojawiają się konsekwencje w postaci cukrzycy typu 2 czy zaburzeń gospodarki lipidowej, a są to czynniki przyspieszające starzenie się naczyń krwionośnych i promujące uszkodzenia narządowe typowe dla nadciśnienia tętniczego. Obecnie wykrywanie subklinicznych zmian narządowych jest możliwe za pomocą prostych testów klinicznych (albuminuria, przerost mięśnia lewej komory serca) i powinniśmy być zobligowani do ich poszukiwania. Tylko w ten sposób zidentyfikujemy pacjentów podwyższonego ryzyka sercowo-naczyniowego w możliwie najwcześniejszym, nierzadko odwracalnym, stadium choroby. Obecnie dysponujemy nowoczesnymi lekami o działaniu hipotensyjnym, co pozwala skutecznie leczyć 90 proc. chorych,

pamiętając jednak o 5-10 proc. chorych z nadciśnieniem wtórnym, będącym powikłaniem innych chorób, np. nerek, bezdechu sennego czy zaburzeń hormonalnych. W grupie tej leczenie polega nie tylko na ordynowaniu leków hipotensyjnych, ale także leczeniu przyczynowym, np. eliminowaniu bezdechów przy zastosowaniu protezy powietrznej.

Jednak na nadciśnienie tętnicze chorują także osoby szczupłe, które nigdy nie miały problemu z nadwagą czy otyłością.

Najczęściej są to pacjenci, u których dochodzi do nadmiernej stymulacji układu współczulnego, żyjący w permanentnym stresie z uwagi np. na wykonywaną pracę, co wiąże się z wyrzutem hormonów takich jak adrenalina, noradrenalina czy kortyzol. Stanowią oni coraz większy odsetek wszystkich chorych dotkniętych nadciśnieniem tętniczym. W dalszym ciągu jednak u większości pacjentów przyczyną choroby są wieloletnie złe nawyki żywieniowe i otyłość oraz brak regularnej aktywności fizycznej, z którymi należy walczyć. Niestety, bez wsparcia rządu i samorządów, z położeniem akcentu na włączenie w te działania szkół, mają one niewielkie szanse powodzenia.

Czy potrafimy zapobiegać NT?

Potrafimy, ale jest to bardzo trudne. Profilaktyka polega na kontroli wszystkich czynników ryzyka

występowania nadciśnienia tętniczego. W ujęciu populacyjnym nasza skuteczność, a właściwie jej brak, sprowadza się do tego, na ile potrafimy kontrolować naszą populację głównie pod kątem otyłości. I z tym jest największy problem, o czym donosi ubiegłoroczny raport Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) na ten temat. Teoretycznie wiemy więc, jak to zrobić, ale praktyka tego nie odzwierciedla.

Czyli medycyna skupia się raczej na leczeniu objawów tej choroby w dążeniu do osiągnięcia bezpiecznych wartości NT.

Leczenie przyczynowe powinno być wdrożone z chwilą potwierdzenia NT wtórnego, natomiast niezależnie od postaci NT (pierwotne czy wtórne) zawsze postępowanie uwzględnia terapię farmakologiczną i niefarmakologiczną (kontrola czynników ryzyka). Celem objawowego leczenia NT jest redukcja ciśnienia do wartości określonych dla wieku pacjenta. Inne normy są określone np. dla 40 i 60-latków, inne dla 80-, 90-latków. Dla większości chorych, tj. w wieku 18-79 lat, docelowe wartości ciśnienia tętniczego wynoszą poniżej 130 mm Hg dla skurczowego i 80 mm Hg dla rozkurczowego (<140/90 jeżeli <130/80 nie jest dobrze tolerowane). Dla starszych pacjentów cele leczenia są bardziej liberalne i indywidualizowane ze względu na współchorobowość. Optymalna i trwała kontrola ciśnienia tętniczego skutecznie zapobiega powikłaniom ze strony naczyń i narządów (udary mózgu, zawał mięśnia sercowego, choroby nerek). Aktualne wytyczne wskazują, że niezależnie od wieku i wyjściowego poziomu ryzyka sercowo-naczyniowego powinniśmy zawsze rozważyć (i finalnie wdrożyć) farmakoterapię hipotensyjną, ponieważ tylko w ten sposób jesteśmy w stanie realnie zapobiec rozwinięciu powikłań NT. Oczywiście, w wyjątkowych sytuacjach istnieje możliwość pozostawienia chorych bez leczenia. Niemniej decyzja ta podejmowana jest indywidualnie np. u pacjentów z zaawansowanym zespołem kruchości, współchorobowości, sytuacjach szczególnych. Dysponujemy zaktualizowanymi algorytmami, które podpowiadają, jak postępować od momentu podejrzenia nadciśnienia tętniczego, w chwili jego rozpoznania i kiedy zaordynować terapię



fot.: archiwum prywatne

hipotensyjną. Jednorazowe odnotowanie w gabinecie lekarskim wzrostu ciśnienia tętniczego u pacjenta nie upoważnia lekarza do rozpoznania tej choroby, chyba że istnieją typowe powikłania lub wartości ciśnienia są bardzo wysokie. Incydent ten obliuguje jednak lekarza do przyjrzenia się pacjentowi pod tym kątem i uzupełnienia pomiarów ciśnienia poza gabinetem lekarskim (wystandaryzowane monitorowanie domowe, 24-godzinny

Lekarze wszystkich specjalności powinni przy każdej wizycie lekarskiej przeprowadzić pomiar ciśnienia tętniczego i zdecydować, czy pacjent potrzebuje leczenia

automatyczny pomiar) podczas kolejnej wizyty. Pamiętajmy, że każdy dorosły po 40. roku życia powinien mieć zmierzone ciśnienie przynajmniej raz w roku, aby uchwycić NT na możliwie najwcześniejszym etapie

Problem jest na tyle poważny, że do walki z NT włączono farmaceutów.

Od tego roku farmaceuci w Polsce są zobligowani, by przy realizacji recepty zapytać pacjenta, czy cierpi na NT, czy i w jaki sposób kontroluje ciśnienie lub zaproponować przeprowadzenie pomiaru w aptece. Próbuje się wszelkimi możliwymi sposobami wylapać pacjentów z NT na wczesnym etapie choroby, by

zminimalizować ryzyko wystąpienia powikłań. Badania NATPOL i WOBASZ wskazują, że zaledwie u 40 proc. chorych, u których rozpoznano NT i podjęto leczenie farmakologiczne, jest ono skuteczne. Ale wiele osób nie jest świadomych tej choroby i związanych z nią zagrożeń. A wsparcie farmaceutów może to zmienić.

Nadciśnienie przeważnie jest rozpatrywane w kontekście innych chorób. Jakich?

Głównie otyłości, ale też obturacyjnego bezdechu sennego, kiedy nawracające bezdechy wywołujące zapadanie się górnych dróg oddechowych uruchamiają kaskadę zdarzeń prowadzących do niebezpiecznego wzrostu ciśnienia tętniczego, nie tylko w nocy, ale także w ciągu całej doby. Taką grupą schorzeń są także endokrynopatie związane z autonomicznym wydzielaniem aldosteronu (zespół Conna, czyli hiperaldosteronizm pierwotny), hiperkortyzolemia objawiająca się wysokim poziomem kortyzolu, niedoczynność i nadczynność tarczycy, niekontrolowane autonomiczne wydzielanie amin katecholowych, patologie przytarczyc, zaburzenia w wydzielaniu hormonu wzrostu. Ważną grupą schorzeń prowadzących do NT i niedostatecznej kontroli wartości ciśnienia tętniczego są choroby nerek, np. przewlekła choroba nerek (PChN), patologie naczyń nerkowych, wielotorbielowość. Z rzadszych przyczyn wymienia się choroby zapalne naczyń, niektóre schorzenia reumatologiczne czy dermatologiczne. Także wiele leków i substancji skutkuje wzrostem ciśnienia tętniczego – alkohol, napoje energetyczne czy stymulujące układ adrenergiczny narkotyki (kokaina, amfetamina). Jest coraz więcej osób pragnących doskonaląc sylwetkę na siłowni, które wspomagają się różnymi preparatami, także hormonalnymi (hormony anaboliczne, hormon wzrostu, różne leki, nawet weterynaryjne, często niewiadomego pochodzenia). Dbając jedynie o wzrost masy mięśniowej, wyrządzają sobie krzywdę. U tych pacjentów także trudno kontrolować nadciśnienie.

W 2006 r. na liście specjalizacji znalazła się hipertensjologia. Kto zatem powinien leczyć nadciśnienie: lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), kardiolog, nefrolog, diabetolog czy hipertensjolog?

Wszyscy lekarze wymienieni w pytaniu, a także lekarze innych specjalności, przy każdej wizycie lekarskiej powinni przeprowadzić pomiar ciśnienia tętniczego i zdecydować, czy pacjent potrzebuje leczenia. Włączenie hipertensjologii na listę specjalizacji miało na celu przejęcie trudniejszych chorych, np. z nadciśnieniem wtórnym czy nadciśnieniem prawdziwie opornym, by poddać ich rozszerzonej diagnostyce i bardziej spersonalizowanemu leczeniu. Hipertensjologia realizowała te cele w poradniach kardiologicznych. Nie stworzono wtedy czysto hipertensjologicznych procedur, które można by realizować w ramach niezależnego kontraktu z NFZ, co tak naprawdę wiązało ręce tym specjalistom. Z chwilą wprowadzenia zmian w finansowaniu szpitali łatwiej realizować takie wysokospecjalistyczne procedury. Do POZ wszedł także program opieki koordynowanej i pacjent chory na nadciśnienie tętnicze, które wymaga pogłębionej diagnostyki, np. ze względu na podejrzenie uszkodzenia narządowego, może być konsultowany przez zakontraktowanego hipertensjologa bez konieczności wystawiania skierowania do poradni specjalistycznej. Ważną zmianą systemową, wprowadzoną zaledwie dwa miesiące temu i dotyczącą nas wszystkich, jest uwolnienie refundacji leków hipotensyjnych w tzw. formule SPC (ang. *single pill combination*), stanowiących podstawę farmakologicznego leczenia nadciśnienia tętniczego od pierwszej preskrypcji (u ok. 90 proc. chorych na nadciśnienie tętnicze pierwszy lek hipotensyjny powinien być lekiem złożonym).

Co się z tym wiąże?

Formuła SPC zapewnia terapię hipotensyjną przy podaniu jednej tabletki, w której są skojarzone co najmniej dwie substancje o różnym mechanizmie działania. Obecnie 85-90 proc. pacjentów z nadciśnieniem tętniczym wymagających postępowania farmakologicznego powinno być leczonych zgodnie z SPC. Jedną z przyczyn niepowodzeń w leczeniu nadciśnienia tętniczego jest brak współpracy

ze strony pacjentów, którzy nie przyjmują leków regularnie lub przyjmują jeden z zaordynowanych medykamentów. Obciążenie dużą ilością leków zniechęca ich do leczenia. Terapia SPC rozpoczęta od mniejszych dawek już na początku leczenia zwiększa szanse powodzenia, prowadząc do szybszej normalizacji wartości ciśnienia tętniczego. Z innych zalet terapii SPC, począwszy od farmakokinetycznych poprzez poprawę adherencji, można wy-

Walka z nadciśnieniem tętniczym ma wymiar przede wszystkim pozamedyczny. Dotyczy m.in. uwarunkowań środowiskowych, reklam, szkół i polityki państwa, co wykracza poza kompetencje lekarza w gabinecie

mienić istotne obniżenie kosztów całościowego leczenia chorych na nadciśnienie tętnicze. Z tym argumentem zawsze był problem, ponieważ w medycynie perspektywa korzyści odległych zazwyczaj była dłuższa niż kadencja decydentów. Tym bardziej cieszy deregulacja refundacji leków SPC od lipca 2023 r.

PTNT wydaje wytyczne dotyczące zasad postępowania w nadciśnieniu tętniczym.

Wytyczne są aktualizowane średnio co pięć lat i dostosowujemy je do wytycznych sygnowanych przez Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne i Europejskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego. Pozyskujemy też wyniki różnych badań klinicznych, rejestrów, dostępności nowych technologii, które uwzględniamy w aktualizacjach. Niektóre z nich zmieniają poziom rekomendacji pewnych wskazań, inne wpływają na modyfikacje algorytmów postępowania np. w zakresie farmakoterapii. Formuła SPC, czyli łączenie leków hipotensyjnych w jednej tabletkę, które staje się standardem, także zostało uwzględnione w tych wytycznych. Inne zmiany dotyczą np. sposobu pomiaru

ciśnienia tętniczego, także tzw. pomiarów oportunistycznych (np. u fryzjera). Podnosi się w nich również rolę pomiaru ciśnienia w domu pacjenta, w naturalnych warunkach. Uaktualniane są wskazania dotyczące leczenia niefarmakologicznego.

Dokąd zmierza światowa hipertensjologia?

Wprawdzie hipertensjologia dotyczy jednego rozpoznania, jednak swoimi kompetencjami obejmuje cały szereg różnych chorób i problemów medycznych. Ma więc charakter interdyscyplinarny. Powiedziałbym, że znajduje się na kursie kolizyjnym z epidemią otyłości. Obecnie walka z tą chorobą ma wymiar przede wszystkim pozamedyczny, choć działania medyczne są bardzo ważne w indywidualnym podejściu do pacjenta otyłego. Dotyczy m.in. uwarunkowań środowiskowych (u mnie w rodzinie wszyscy są korpulentni), trendów społecznych (opacznie pojmowany ciałopozytywizm, używki), producentów żywności (sól, cukier, ulepszacze niekorzystnie zmieniające metabolizm), reklam (słodczyce, alkohol, energetyki, fast foody), szkół (wszystkie powyższe) i polityki państwa (alkohol). Słowem, dotyczy licznych aspektów wykraczających poza kompetencje lekarza w gabinecie. ●

DR HAB. N. MED. JACEK WOLF

Na co dzień pracuje w Klinice Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. W 2010 r. uzyskał tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych, w 2015 r. – hipertensjologii. Od października 2022 r. jest prezesem Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego. Interesuje się wpływem bezdechu sennego na regulację pracy układu krążenia oraz jego związkiem ze schorzeniami kardiometabolicznymi.

List do redakcji

Mea culpa, czyli nieżnośna lekkość bytu interny

Z zainteresowaniem przeczytałem wywiad Lucyny Krysiak z prof. Janem Duławą, obecnie prezesem Zarządu Głównego TIP, poruszający wszystkie przyczyny instytucjonalne mizernego stanu specjalności, która nie tak dawno uważana była za królową nauk medycznych („Gazeta Lekarska”, wrzesień 2023, str. 40). Oczywiście, skandaliczne podejście decydentów, ograniczenia finansowe, minimalizują jakąkolwiek winę internistów za opłakane status quo interny, jednak może nie do końca, może wypadaloby uderzyć się również we własną pierś. (...).

Kilkadziesiąt lat wstecz współczesna medycyna zachłysnęła się wąskimi specjalizacjami. Trend był ogólnoswiatowy, ale w Polsce przybrał monstrualne rozmiary, ponieważ sprzyjały mu niesłuszne opinie decydentów, m.in. o nadmiernych kosztach utrzymywania pozornie zbędnych oddziałów internistycznych, nowych zasadach rozliczania hospitalizacji, na co zwraca uwagę prof. Duława. Wydawało się, że pacjent poddany po kawałku ocenie wąskich specjalistów będzie najlepiej zaopiekowaną osobą w historii medycyny, a internę można odłożyć do lamusa jako specjalność zupełnie nieprzydatną.

W tym czasie nastąpiło największe sponiewieranie naszej specjalności, (...) interna stała się, używając słów klasyka, specjalnością drugiego sortu. Otrzeźwienie przyszło dość szybko, ponieważ rychło okazało się, że każdy wąski specjalista, którego cenię, szanuję i podziwiam, według swojej najlepszej wiedzy i empatii dla pacjenta w zaleceniach po konsultacji przepisuje mu sporą garść leków. Problem w tym, że pacjent z jedną chorobą przewlekłą ma obligatoryjnie jeszcze co najmniej dwie dodatkowe, co wymusza w tym algorytmie – dobrze jeśli tylko kilka – dodatkowych konsultacji. Działanie leków się sumuje, pojawiają się niebezpieczne objawy niezgodności farmakologicznej, nietolerancji i kaskady lekowej, a w konsekwencji konieczność uporządkowania terapii.

W tym czasie w piśmiennictwie światowym pojawiły się publikacje wskazujące na wielką szansę dla interny, która powinna zagospodarować zjawisko wielochorobowości, mówilo się nawet o renesansie specjalności. (...) W Polsce niechęć decydentów do racjonalnych rozwiązań, pauperyzacja specjalności i internistów nadwerżyła kręgosłupy najwytrwalszych, sprzyjała frustracji i wypaleniu zawodowemu. Pojedyncze publikacje zachęcające środowisko do wysiłku i poprawy warunków pracy, zadbania o swoje sprawy, a przede wszystkim o jakość interny (...) nie zmieniły sytuacji. (...)

Profesor Duława bardzo trafnie definiuje aktualny obraz interny, jej niezbywalną konieczność i potrzebę funkcjonowania oraz rolę, jaką powinna odegrać w nowoczesnym systemie ochrony zdrowia. Przekaz wywiadu powinien dotrzeć do tych internistów, którzy jeszcze nie stracili nadziei na lepszą przyszłość, o którą jednak, obawiam się, będą musieli również sami zadbać i zabiegać, aby nie dopuścić do ulokowania interny w ciężarówce, do której wsiedli bohaterowie powieści Milana Kundery, i podzielenia ich losu. Są przecież dobre przykłady, jak skierować wysiłek intelektualny

i organizacyjny całego społeczeństwa we właściwym kierunku. Można z podziwem obserwować, jak udało się tego dokonać kolegom anestezjologom i intensywiście. Najpierw wyszli do społeczeństwa z szeroką, racjonalną informacją o znaczeniu ich specjalizacji, która nie może być marginalizowana przy stole operacyjnym i jest niezbędna w stanach zagrożenia życia, i na tym gruncie zmusili decydentów do stworzenia im odpowiednich warunków do w miarę bezpiecznej pracy i przyzwoitego wynagrodzenia. W tej dyplomacji nie może być złudzeń, ponieważ dyrektor szpitala, w tym uniwersyteckiego, o mentalności feldfebla, jeśli wejdzie w porozumienie z rektorem uczelni medycznej lub innym decydemem o mentalności szefa orwellowskiego folwarku zwierzęcego, będzie dążył do zlikwidowania niedochodowego oddziału internistycznego, katedry i kliniki chorób wewnętrznych i wypchnięcia poza listę plac internistów. Z całym szacunkiem dla wszystkich dyrektorów, rektorów i decydentów, ale przypadki takich pięknych umysłów wcale nie należą do rzadkości, a nawet jeśli są to tylko wyjątki potwierdzające regułę, nie będzie litości. A wtedy pojawi się egzystencjalny niepokój przewijający się również w pytaniach profesjonalnej dziennikarki, znającej na wskroś blaski i cienie służby zdrowia (...), przepytującej profesora Duławę – świadomość przyszłej pacjentki, że któregoś dnia może obudzić się w kałkowskiej, mrocznej, beznadziejnej rzeczywistości, w której nie będzie ani oddziałów internistycznych, ani internistów. W moim przypadku taka sytuacja będzie nieubłaganym sygnałem, że pora umierać, a jedyną obawą – żebym zdążył uderzyć się w pierś i mógł powiedzieć mea culpa. •

Prof. zw. dr hab. n. med. Bernard Panaszek, alergolog, ale nadal i przede wszystkim internista akademicki profesor Collegium Witelona Uczelnie Państwowa w Legnicy

Cała treść listu na gazetalekarska.pl



foto: Shutterstock.com

PRAKTYKA LEKARSKA

Jesteśmy tacy, jakim językiem i jak o sobie mówimy

LIDIA SULIKOWSKA
DZIENNIKARKA

Komunikacja nie może być zdawkowa, ale też i rozgadana. Zalew słów utrudnia rozumienie sensu. Zwracając się do pacjenta, po prostu mówmy tak, aby rozmówca nas zrozumiał – mówi dr n. med. Piotr Müldner-Nieckowski, lekarz i językoznawca.

Jak poprawnie posługiwać się językiem polskim w świecie medycznym? Na co zwrócić uwagę?

Najważniejsze to dostosować komunikat do odbiorcy, czyli najprościej rzecz ujmując, trzeba odpowiednio dobrać słowa i wyrażenia w zależności od adresata przekazu. Inaczej używamy języka, pisząc artykuł naukowy, inaczej w rozmowie z innym lekarzem, a jeszcze inaczej komunikujemy się z pacjentem. Ba, nawet rozmowa z chorymi różni się w zależności od ich kompetencji językowych. Zwracając się do pacjenta, po prostu mówmy tak, aby rozmówca nas zrozumiał. Wypowiadajmy się konkretnie i upewniamy co jakiś czas, że nasz komunikat jest czytelny. Na przykład informacja o przyjmowaniu leku „Trzy razy dziennie w dawce podzielonej” nie dla każdego będzie jasna. A konsekwencje złego zrozumienia komunikatu mogą być poważne. Wieloznaczność jest wrogiem medycyny.

Czasem też źle sprecyzowane pytanie może dać niepoprawną odpowiedź.

Oczywiście. Co innego znaczy „ręka” dla pacjenta, a co innego dla lekarza. Podobnie jest ze słowem „dłoń” i tysiącami innych. Zadając pytania, musimy pamiętać, że chory może inaczej rozumieć znaczenie poszczególnych słów. Te niuanse są bardzo istotne również wtedy, kiedy informujemy o chorobie. Dla wielu pacjentów kaszel i gorączka oznaczają grype, a przecież sprawa jest bardziej skomplikowana.

Każdy chory jest inny, trzeba więc umieć ocenić umiejętności językowe



fot.: Mira Müldner

danego pacjenta. Z jednym będziemy mogli prowadzić całkiem profesjonalny dialog, ale w rozmowie z innym lepiej używać bardziej potocznych zwrotów. Nie każdy pacjent zrozumie, co to jest „niewydolność krążenia”, ale na pewno trafi do niego przekaz, że ma „słabe serce”. Czasem działa metafora, która lepiej zobrazuje stan kliniczny. Części pacjentów dotyczą podstawowe bariery

komunikacyjne, bo niedosłyszają, bo są osobami starszymi i wolniej budują myśli. Moi nauczyciele uczyli, że prosty i czytelny zapis zaleceń na kartce dla pacjenta – jakie badania mają wykonać, jak przyjmować leki – to lekarski obowiązek. Komunikacja językowa nie może być zdawkowa, ale też i rozgadana. Zalew słów utrudnia rozumienie sensu.

Lekarze mają niewiele czasu dla chorego. Trudno jest zebrać dokładny wywiad, wszystko wytłumaczyć i jeszcze upewnić się, czy pacjent na pewno zrozumiał, gdy wizyty są krótkie, a kolejka w poczekalni długa.

Tylko że tu oszczędność czasu bywa pozorna, bo pacjent, który nie wszystko zrozumiał, zaraz do nas wróci na kolejną wizytę albo będzie próbował dostać się do innego lekarza. W ten sposób kolejki nie rozładujemy. Szkoda, że decydenci systemu tego nie widzą.

Uważam, że dla lekarza celem nadrzędnym powinno być przekazanie pacjentowi informacji tak, aby nie było żadnych wątpliwości, bo tylko wtedy jest szansa na prawidłową realizację zaleceń.

Zupełnie inaczej użyjemy języka w rozmowie pomiędzy lekarzami.

Zdecydowanie tak. Precyzja i czytelność przekazu co innego oznacza w przypadku pacjenta, a czym innym jest w dialogu

z profesjonalistą takim jak my. Na przykład w rozmowie z chorym całkiem odpowiednie będzie użycie słowa „piers”. Z kolei w artykule naukowym lub dialogu między lekarzami powinniśmy rozróżniać nazwy. „Sutek” to część „piersi”, która jest nazwą przedniej ściany klatki piersiowej. To są sytuacje, w których trzeba dbać o precyzję wypowiedzi i unikać języka potocznego i wieloznacznego. Inaczej narazimy się na zarzut niedokładności treści, a nawet na śmieszność. Jeśli lekarz używa języka niechłujnie, to niestety jego myślenie też jest uważane za niechłujne. Wprawę w posługiwaniu się profesjonalnym językiem medycznym daje lektura pism ściśle naukowych.

Mamy jeszcze język informacji medycznej, który ma trafiać do ogółu społeczeństwa. Powinien być w miarę dokładny, a jednocześnie czytelny dla szerokiego grona odbiorców. Kiedy się nadaje przekaz do szerokiej publiczności, nie można używać języka hermetycznego ani potocznego. Często spotykam kartki wywieszone w przychodniach dla pacjentów z różnego rodzaju informacjami, które są naszpikowane wyrażeniami medycznymi, a przez to zbyt skomplikowane. To powoduje różne nieporozumienia. Z kolei język potoczny jest niedokładny...

Na sposób wysławiania się muszą też uważać wykładowcy uczelni medycznych. Kiedy byłem studentem pierwszego roku, nie rozumiałem, co do mnie mówi jeden z profesorów, bo używał

strasznie skomplikowanego języka. Studenci to kolejna grupa, do której warto dostosować swój przekaz. Są to ludzie chłonni i krytyczni, a wykłady, wskazówki i rozmowy z nauczycielami sztuki lekarskiej pamiętają do końca życia.

Co Panu się nie podoba w języku polskim związanym z medycyną?

Na pewno razi wprowadzanie do języka medycyny urzędniczego słownictwa typu świadczeniobiorca, kontrakt, osobodzień. Rozumiem potrzebę używania takich słów w sferze administracyjnej, ale nie wychodzimy z nimi do pacjenta. Postrzegajmy siebie jako lekarzy, a nie bezdusznych biurokratów. Jesteśmy tacy, jakim językiem i jak o sobie mówimy.

Niedawno ukazało się drugie, zaktualizowane wydanie „Wielkiego słownika frazeologicznego języka polskiego”. Napisał go Pan wspólnie z synem, także lekarzem. Czy korzystamy jeszcze ze słowników?

Oczywiście, wciąż są potrzebne. Szczegrze do tego zachęcam. Najnowsze wydanie tego słownika odzwierciedla duże zmiany języka, które zaszły w ostatnim czasie, uwzględnia nowe pojęcia i związki frazeologiczne. To dobre narzędzie dla wszystkich świadomych użytkowników naszej mowy.

Co ciekawego medycy mogą znaleźć w tej publikacji?

To jest słownik między innymi do czytania. Nasz język jest piękny i bogaty. Jest tam też wiele wyrazów związanych z medycyną, co tu dużo mówić: królową życia. Musi być obecna w naszym języku na co dzień. ●



DR N. MED. I DR HAB. N. HUM. PIOTR MÜLDNER-NIECKOWSKI

Lekarz (specjalista chorób wewnętrznych), pisarz, językoznawca, tłumacz, wydawca, prof. nadzw. językoznawstwa i literatury Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie (na emeryturze), b. kierownik Zakładu Edytorstwa i Krytyki Tekstu w Instytucie Filologii Polskiej, członek współzałożyciel Stowarzyszenia Pisarzy Polskich, członek Komisji Frazeologicznej Komitetu Językoznawstwa PAN, członek Zespołu Języka Medycznego Rady Języka Polskiego, autor powieści, opowiadań, zbiorów wierszy, słuchowisk Teatru Polskiego Radia oraz publikacji z zakresu medycyny i lingwistyki, laureat nagród literackich.

Gazeta Lekarska poleca

Psychologia

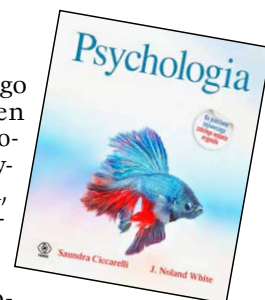
Saundra Ciccarelli, J. Noland White

„W tej książce widać wyraźnie, że psychologia – choć z wielu korzeni wyraza – ma już jasno określony i ciągle doskonalony obszar badań, pomiarów, diagnoz i zastosowań. I co więcej, ma ciągle powab nowości, oferując wiele jeszcze nieotwartych drzwi” – pisze prof. emer. US Waldemar Domachowski we wstępie do najnowszego polskiego wydania.

Oparte na szóstej edycji amerykańskiej, zostało rozszerzone o nowe treści i omówienia aktualnych badań zarówno

z obszaru psychologii, jak i neuronauki. Tematyka ujęta w tym najpopularniejszym podręczniku psychologii na świecie obejmuje: biologiczne podstawy procesów psychicznych, czucie i spostrzeganie, świadomość, proces uczenia się, pamięć, poznanie, rozwój w toku życia, motywację i emocje, seksualność, płęć kulturową, stresy i ich wpływ na funkcjonowanie człowieka, zagadnienia psychologii społecznej, teorie osobowości, zaburzenia psychiczne i terapie psychologiczne.

Uzupełniają go dodatki: jeden obejmujący zastosowanie statystyki w psychologii, a drugi poświęcony obszarom, w których pracują psychologowie. Autorzy zachęcają korzystających z podręcznika do krytycznego myślenia i refleksji nad tym, w jaki sposób stykają się z koncepcjami psychologii w swoim życiu.



PRAKTYKA LEKARSKA – DIAGNOZA SZPITALNA 2023

Czego dowiedzieliśmy się o pracy w szpitalach

Z doświadczenia, rozmów czy szczytkowych danych wywodziliśmy wnioski o złą kondycję polskiego szpitalnictwa. Teraz potwierdziły to wyniki ankiety prowadzonej w ostatnich tygodniach przez Wielkopolską i Nacelną Izbę Lekarską.

Diagnoza Szpitalna 2023 jest inicjatywą Komisji ds. Szpitalnictwa Nacelnej Rady Lekarskiej, której przewodniczy wiceprezes Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej (WIL) lek. Marcin Karolewski. Zrealizowana we współpracy z Centralnym Ośrodkiem Badań, Innowacji i Kształcenia Nacelnej Izby Lekarskiej (NIL) stanowi jeden z pierwszych kroków do uzyskania pełnego i prawdziwego obrazu sytuacji polskich szpitali, a konkretnie realiów pracy lekarzy w tych placówkach. Na ankietę odpowiedziało blisko 500 osób, co pozwala wyciągnąć konkretne wnioski. – Uzyskaliliśmy bardzo ciekawe dane. Chcieliśmy się dowiedzieć, jakie nastroje panują wśród szpitalników, i widzimy, że w ogólnym ujęciu są bardzo złe. Dostrzegamy przemęczenie, wypalenie zawodowe i frustrację. Pamiętajmy jednak, że nie jest to metodologiczne badanie naukowe i nie traktujemy go jako podstawy do formułowania jednoznacznych tez. Niemniej obraz, jaki wyłania się z blisko pół tysiąca wypełnionych formularzy, nie napawa optymizmem – zauważa Marcin Karolewski.

BEZ LEKARZY?

72 proc. ankieterów rozważa odejście z pracy w szpitalu. Najwyższy odsetek – ponad 80 proc. – odnotowaliśmy wśród lekarzy w trakcie specjalizacji. A to na ich barkach cięższe będzie przyszłość funkcjonowania systemu. 77,5 proc. jest niezadowolonych z warunków pracy. Wśród czynników składających się na ten stan rzeczy najczęściej wskazywano kolejno: przemęczenie, nadmiar

PRZEMYSŁAW CIUPKA

RZECZNIK

WIELKOPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ



pracy administracyjnej, finanse, braki kadrowe, zbyt duże obciążenie dyżurami, roszczenia ze strony pacjentów oraz złą atmosferę pracy.

A jak przepracowanie i braki kadrowe wyglądają w liczbach? 40 proc. badanych dyżuruje częściej niż sześć razy w miesiącu (czasami

sposób odbija się na czasie bezpośredniej pracy z pacjentem. Ponad połowa ankieterów wskazuje, że trudno im wygospodarować na ten cel więcej niż jedną piątą czasu pracy.

PIENIĘDZY W SYSTEMIE CIĄGŁE BRAKUJE

Finanse to zagadnienie wieloaspektowe. Z jednej strony to poczucie uzyskiwania wynagrodzenia nieadekwatnego do charakteru i czasu wykonywanej pracy, zwłaszcza w zestawieniu z innymi formami wykonywania zawodu lekarza. Na pierwszy plan wybija się jednak problem niedofinansowania procedur przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) oraz zadłużenie placówek i problemy infrastrukturalne. Wskazując na patologie jątrzące system, jeden z uczestników ankiety odpowiedział: „Nieadekwatne wyceny procedur przez NFZ, co pociąga za sobą pozostałe: brak możliwości należytej diagnostyki, kiepską atmosferę na oddziale (np. oskarżanie położnych, że przez ich

95 proc. respondentów było świadkami agresywnych zachowań pacjentów lub ich bliskich, a ponad 80 proc. doświadczyło ich na własnej skórze

znacznie częściej), a jedna trzecia nie ma możliwości odpoczynku bezpośrednio po dyżurze.

Zmora szpitalników jest też powszechna w systemie ochrony zdrowia papierologia. Aż jedna czwarta uczestników ankiety zadeklarowała, że obowiązki administracyjne pochłaniają pomiędzy 80 a 100 proc. ich czasu pracy. To w naturalny

pensje oddział może być zamknięty ze względów finansowych), skrajny brak specjalistów, przez co na ginekologii i położnictwie dyżury samodzielne mają rezydenci oraz lekarze bez specjalizacji". Inny lekarz, będący w trakcie specjalizacji, pisał o „bardzo nisko opłacanych procedurach, braku efektu lepszej pensji w przypadku większej wiedzy i umiejętności – wykonywaniu tych samych zadań co specjalista za znacznie mniejsze pieniądze, braku wysyłania na dodatkowe szkolenie, chyba że za swoje pieniądze, sztywności pracy – w trakcie rezydentury praca tylko na swoim oddziale, oraz o braku możliwości regularnej pracy w innym szpitalu w godzinach normalnej pracy”.

HEJT NASZ POWSZEDNI

Narastającym problemem jest roszczeniowość pacjentów i ich rodzin. – Lekarze pracujący w szpitalach są szczególnie narażeni na to zjawisko. Wśród moich koleżanek i kolegów nie znam chyba nikogo, kto by się z nim nie zetknął. Pełnię też funkcję rzecznika praw lekarza i na co dzień widzę, że hejt, z jakim stykają się lekarze, a zwłaszcza szpitalnicy, staje się nie do zniesienia – podkreśla Marcin Karolewski. Co widzimy w ankiecie? 95 proc. respondentów było świadkami agresywnych zachowań pacjentów lub ich bliskich, a ponad 80 proc. doświadczyło ich na własnej skórze. – Pamiętajmy, że jeśli udzielamy świadczeń w placówce posiadającej kontrakt z NFZ, przysługuje nam ochrona należąca funkcjonariuszowi publicznemu. Pracujemy nad



foto: Shutterstock.com

tym, żeby również pacjenci mieli tę świadomość i nie czuli się bezkarni, kierując w naszą stronę obelgi – dodaje przewodniczący Komisji ds. Szpitalnictwa NRL.

Kolejną kwestią, która negatywnie wpływa na atmosferę pracy i która została wskazana przez dużą

część ankietowanych, jest zachowanie przełożonych i relacje między lekarzami. Wśród odpowiedzi otwartych najczęściej padały: „mobbing”, „bezkarność profesorów” oraz „feudalna struktura zarządzania”. 80 proc. ankietowanych zadeklarowało, że spotkało się w szpitalach z zachowaniami o charakterze mobbingu/prześladowania. Ponad połowa uważa, że doświadczyła takich zachowań osobiście. Jednocześnie aż trzy czwarte respondentów odpowiedziało, że nie jest zainteresowanych objęciem stanowiska ordynatora lub kierownika oddziału.

TO DOPIERO POCZĄTEK

Na ankietę składało się 57 pytań i odpowiedzi otwarte dotyczące patologii zaobserwowanych przez lekarzy w szpitalach. W tym krótkim opracowaniu skupiliśmy się jedynie na ogólnym obrazie wyłaniającym się z odpowiedzi. Dalsze, bardziej zniuansowane prace w oparciu o uzyskane dane będzie prowadziła Komisja ds. Szpitalnictwa NRL. Ankieta będzie też udoskonalana i kontynuowana w przyszłym roku. – Potrzebujemy tych informacji, by skuteczniej walczyć o poprawę warunków pracy lekarzy szpitalników, a co za tym idzie o polepszenie jakości leczenia w szpitalach. Szpitale to fundament systemu ochrony zdrowia, jeżeli nie będzie to fundament solidny i stabilny, cała konstrukcja po prostu się zawali – uważa Marcin Karolewski. ●



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



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

Nr konta: 31 1240 6263 1111 0010 4779 2541

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

Mariusz Janikowski, prezes zarządu Fundacji Lekarze Lekarzom

PRAKTYKA LEKARSKA

Przystanek Makówka

LIDIA SULIKOWSKA
DZIENNIKARKA

Walczymy o godne starzenie się i umieranie na wsiach – mówi Paweł Grabowski, specjalista medycyny paliatywnej i założyciel Fundacji Hospicjum Proroka Eliasza prowadzącej wiejskie hospicjum domowe i stacjonarne na Podlasiu.

Niedawno ukazała się książka „Nie przyszedł do mnie anioł”. To wywiad rzeka, w którym opowiada Pan reportażystce Agacie Puścikowskiej o walce o dobro pacjentów i masie innych spraw.

To coś więcej niż opowieść o lekarzu, który założył hospicjum na podlaskiej wsi. Chciałem pokazać realia tej pracy, codzienne problemy, i dać impuls do zmian na lepsze. Tak, aby każdy człowiek na ostatnim etapie swojego życia nie był pozbawiony opieki paliatywnej i godnego umierania, tylko dlatego że mieszka na wsi. Pomyślałem też, że dzięki tej książce więcej osób dowie się o działaniach Fundacji Hospicjum Proroka Eliasza, a niektórzy nawet zechcą nas wesprzeć.

Co ciekawego mogą w tej publikacji znaleźć lekarze?

Na pewno inspirację, że czasem warto jest zaryzykować i zrobić coś lekko szalonego, żeby mieć z życia prawdziwą satysfakcję. 13 lat temu rzuciłem wielkomiejskie życie i wyjechałem na wschodnie Podlasie, by pomagać pacjentom z obszarów wiejskich u kresu życia. Marzenia się spełniają, trzeba być tylko wytrwałym.

Najpierw powstało wiejskie hospicjum domowe, potem stacjonarne. Makówka stała się słynna na całą Polskę, bo udało się tu stworzyć coś, co patrząc racjonalnie, miało minimalne szanse powodzenia.

Początki były dramatycznie trudne. Tutejsi urzędnicy NFZ nie widzieli sensu tworzenia kontraktu dla hospicjum domowego na wsi – bo przecież były już hospicja domowe świadczące usługi w powiecie białostockim. Wszystkie w mieście. Na papierze

fot.: Archiwum Fundacji Hospicjum Proroka Eliasza



wszystko się zgadzało – są trzy i wystarczy. Właśnie nie wystarczy. Do staruszki mieszkającej we wsi 60 km od Białegostoku nikt nie przyjedzie z miasta, bo się to nie opłaca. Długo jednak nie widziano problemu. Kontrakt z NFZ na prowadzenie hospicjum domowego podpisałem po pięciu latach działania. Do tamtego czasu funkcjonowaliśmy wyłącznie dzięki darczyńcom. Nie zraziłem się jednak i mimo trudności udało się stworzyć świetny zespół – lekarzy, pielęgniarek, fizjoterapeutów, psychologa i opiekunów. Pomagamy mieszkańcom pięciu gmin. Zamarzyłem, by na terenie wiejskim działało też hospicjum stacjonarne, bo choć jestem zdania, że najlepszym miejscem do

umierania jest własny dom, to są sytuacje, gdy jest to niemożliwe. Udało się zebrać fundusze na ten cel – kupić ziemię w Makówce, postawić budynek i go wyposażać.

Od naszej ostatniej rozmowy minęło ponad rok. Wówczas działało jedno skrzydło hospicjum.

Obecnie działają już oba skrzydła budynku, w sumie mamy 27 miejsc. Na otwarcie czeka jeszcze ostatnia część. Fundacja, którą założyłem i prowadzę, nie ogranicza się jednak do działalności strictly hospicyjnej. Nasza opieka w hospicjum domowym wykracza poza te ramy, ale ja nie umiem działać inaczej. Uważam że nie konkretna jednostka chorobowa, ale stan zaawansowania choroby powinien wystarczać do objęcia opieką hospicyjną. Jak ja mam powiedzieć kobiecie, która umiera na niewydolność nerek czy serca i wymaga naszej pomocy, że jej nie przyjmę do hospicjum domowego, bo NFZ na to nie pozwala? Dlatego rozszerzyliśmy zakres wskazań do przyjęcia, a opiekę dla tych pacjentów finansujemy z datków. Rozwijamy też inne działania, by pomóc najsłabszym, schorowanym mieszkańcom.

Jakie?

Fundacja wraz z partnerami realizuje nasz autorski projekt „Dać to, czego naprawdę potrzeba” dla pięciu gmin woj. podlaskiego, w obrębie obszaru działania naszego hospicjum domowego. Chodziło nam o zapewnienie skutecznej pomocy osobom zależnym, nieuleczalnie i przewlekle chorym oraz

ich opiekunom. Aktywizujemy więc organizacje sektora publicznego i NGO, a także sąsiadów, lokalne społeczności, do pomocy w załatwianiu zwyczajnych spraw, jak np. podwiezienie do kościoła czy porąbanie drewna na opał. Tę sieć spina zatrudniony u nas koordynator opieki osób zależnych.

Już w 2018 roku we współpracy z Pracownią Badań i Innowacji Społecznych „Stocznia” testowaliśmy stworzony przez nas nowy model hospicjum domowego na terenach wiejskich. Udało się utworzyć grupę wsparcia działającą przy hospicjum w postaci opiekunek medycznych, które wykonują zabiegi higieniczne, pielęgnacyjne, ale też robią zakupy. Ten model opieki dla chorych u kresu życia był do września 2023 roku testowany w 21 obszarach wiejskich w innych częściach kraju.

Widzę chorego w szerokim kontekście społecznym. Na szczęście udaje się zarażać naszym pomysłem coraz więcej osób. Walczymy o godne starzenie się i umieranie na wsiach. Cieszę się, że działając lokalnie, oddziałujemy coraz bardziej globalnie.

Mieszkańcy Makówki i okolicznych wsi są szczęściarzami. Dlaczego wybór padł na Podlasie? Jaki magnes przyciągnął Pana pod tę białoruską granicę?

To była jedna z białych plam na mapie Polski, jeśli chodzi o zapewnienie domowej opieki hospicyjnej. Dlatego tu przyjechałem.

Dlaczego wciąż są miejsca, gdzie trudno o takie świadczenia?

Problem dotyczy regionów wyludniających się – tam, gdzie nie ma pracy, więc ludzie emigrują za chlebem. Tak jest właśnie na Podlasiu. W takich wsiach zostają osoby starsze, schorowane. Zostają, bo gdzie mają iść? Tu jest ich dom, tu żyli przez całe życie i tu chcą umrzeć. Pojawiają się jednak problemy. Jak ledwo chodząca 80-letnia córka ma zająć się jeszcze bardziej schorowaną stuletnią mamą?

Obowiązkiem państwa powinno być zapewnienie godnej opieki. Niestety w praktyce wygląda to inaczej. Opieka społeczna jest niewydolna, a działanie hospicjum domowego w takich miejscach jest trudne. Po pierwsze, niezbyt się to opłaca, bo pacjenci są rozproszeni na dużym terenie. Ponadto jest problem ze skompletowaniem zespołu medycznego, bo brakuje rąk do pracy.

► Życzliwość, serdeczność oraz budowanie zaufania jest czymś, co polepsza efekty terapii



Fot.: Agnieszka Dowgier / FHPE

Czego nauczyło Pana życie na Podlasiu?

Na pewno tego, że nie chciałbym już mieszkać w mieście. Pocho-dzę z Krakowa, przez pewien czas mieszkałem w Warszawie, ale to tutaj jest moje miejsce na ziemi. Wsiąkłem w życie na wsi, blisko natury. Zobaczyłem też inną perspektywę, dostrzegłem problemy, których w miastach nie ma. Wiś to nie tylko piękna przyroda, piejące kury i świeże jajka, ale miejsce oddalone od lekarza i apteki, a nawet punktu aptecznego. A jeśli już się uda do takiego punktu dotrzeć, to nie kupimy tam opioidu. To całkiem inna rzeczywistość. Dobrze jest jej dotknąć, bo tylko wtedy da się ją zrozumieć.

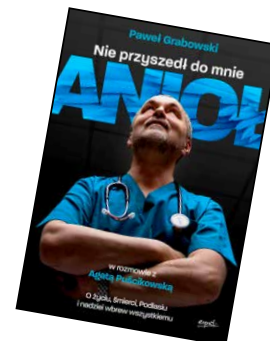
Miałam okazję obserwować Pana podczas pracy. Najbardziej urzekło mnie rzeczywiste bycie tu i teraz przy swoim pacjencie, pomaganie nie tylko medycznie, ale też słowem, sercem, uśmiechem. Potrzymaniem za rękę i krótką rozmową.

Ja po prostu lubię swoją pracę i swoich pacjentów. I wiem, że życzliwość, serdeczność oraz budowanie zaufania jest czymś, co ewidentnie polepsza efekty terapii.

Jak jednak nie zwariować, widząc tę podlaską biedę, cierpienie i zapomnienie o tutejszych schorowanych ludziach, odciętych od cywilizacji?

Po prostu widzę sens tej pracy. Ja i cały mój zespół robimy to, co się da, i jak najlepiej potrafimy. Natury nie pokonamy. Każdego czeka śmierć. Cieszę się jednak, że możemy polepszać warunki życia tym ludziom. Nie oferujemy 5-gwiazdkowego hotelu, ale ci pacjenci tego nie potrzebują. Dla nich ważne jest, że ktoś ich odwiedzi i tym samym da dowód na to, że się o nich jeszcze pamięta i że są ważni. Oni będą szczęśliwi, jeśli będą mogli godnie dożyć kresu swoich dni. Bez bólu, bez odleżyn, śpiąc w specjalistycznym łóżku na czystym prześcieradle. W swojej starej drewnianej chacie, w której jest jednak ciepło i do której ma kto przynieść zakupy. Bo to ich dom i tam czują się najbezpieczniej na świecie. A jeśli ich stan na to nie pozwala, to jest jeszcze hospicjum w Makówce, z którego staramy się czynić choć namiastkę ich domu. •

► „Nie przyszedł do mnie anioł. O życiu, śmierci, Podlasiu i nadziei wbrew wszystkiemu”
Paweł Grabowski, Agata Puścikowska



PRAKTYKA LEKARSKA

Metoda Karikó i Weissmana

LIDIA SULIKOWSKA

DZIENNIKARKA

Werdykt Zgromadzenia Noblowskiego w dziedzinie fizjologii lub medycyny tym razem nie był zaskoczeniem. O docenieniu wykorzystania technologii z użyciem stabilnego mRNA w celach terapeutycznych i profilaktycznych mówiło się już w ubiegłym roku.

Tegorocznymi laureatami medycznego Nobla zostali węgierska biochemiczka Katalin Karikó i amerykański immunolog Drew Weissman za „odkrycia dotyczące modyfikacji zasad nukleozydów, które umożliwiły wytworzenie skutecznych szczepionek mRNA przeciwko COVID-19”.

Naukowcy rozpoczęli współpracę w 1998 r. na Uniwersytecie Pensylwanii (USA). Ich zainteresowania dotyczyły wykorzystania mRNA w celach terapeutycznych. Problemem była jednak niestabilność i transport tych cząsteczek do komórek. Badania Karikó i Weissmana koncentrowały się na modyfikacji mRNA, a następnie dostarczaniu ich do komórek w nanocząsteczkach lipidowych – tak aby były one wysoce stabilne, nie wywoływały stanu zapalnego w organizmie, a powstałe na ich podstawie białka dawały oczekiwaną odpowiedź immunologiczną. Przełomowe wyniki opublikowali w 2005 r., piętnaście lat przed pandemią COVID-19, kolejne w latach 2008 i 2010. Niedługo później kilka firm rozpoczęło badania kliniczne z wykorzystaniem technologii mRNA przy opracowywaniu szczepionek – m.in. przeciwko wirusowi Zika. Po wybuchu pandemii COVID-19 sięgnięto po nią, by opracować szczepionki przeciwko SARS-CoV-2.

– Pierwsze szczepionki były oparte na całych mikroorganizmach, potem na białkach, a najnowocześniejsze wykorzystywały już mechanizm transkrypcji i translacji, czyli były oparte na DNA. W tych ostatnich szczepionkach komórka musiała zrobić wszystko, żeby wyprodukować białko, które wywoła reakcję immunologiczną. W metodzie Karikó i Weissmana udało się ten proces skrócić – jako szczepionkę podajemy tylko stosunkowo krótką cząsteczkę mRNA. Cały trick polegał na tym, żeby ta cząsteczka była stabilna. Normalnie cząsteczki



fot.: Ill. Niklas Elmehed © Nobel Prize Outreach

mRNA należą do cząsteczek dość niestabilnych i trudno byłoby wyprodukować na ich podstawie taką ilość białka, która zdążyłaby wywołać reakcję immunologiczną w organizmie. Nagroda Nobla jest między innymi właśnie za to, że udało się ustabilizować cząsteczki mRNA, podać je do organizmu i wywołać odpowiedź immunologiczną. Dzięki temu, że mRNA można łatwo zsyntetyzować, możliwe stało się przygotowanie całego wachlarza rozmaitych szczepionek i stosunkowo szybką reakcję na zmienność mikroorganizmu – tłumaczy prof. dr hab. Katarzyna Tońska z Instytutu Genetyki i Biotechnologii Wydziału Biologii Uniwersytetu Warszawskiego.

Zgromadzenie Noblowskie Instytutu Karolińskiego w Sztokholmie podkreśliło, że dokonania Karikó i Weissmana odegrały kluczową rolę w opracowaniu skutecznych szczepionek mRNA przeciwko COVID-19. Dzięki tej metodzie można było przygotować dużą liczbę szczepionek w rekordowo krótkim czasie.

Metoda Karikó i Weissmana może być w przyszłości wykorzystywana również w terapiach opartych na

mRNA, w tym antynowotworowych. – Imponująca elastyczność i szybkość, z jaką można opracowywać szczepionki mRNA, otwierają drogę do wykorzystania tej technologii także w przypadku szczepionek przeciwko innym chorobom zakaźnym. W przyszłości technologię tę można będzie wykorzystać także do dostarczania białek terapeutycznych i leczenia niektórych typów nowotworów – czytamy w komunikacie prasowym Komitetu Noblowskiego Instytutu Karolińskiego.

Jak jednak zauważa prof. Katarzyna Tońska, tworzenie terapii przeciwnowotworowych w oparciu o technologię mRNA jest dużo trudniejsze niż w przypadku szczepionek. – Nowotwory nie zawsze mają wyraźnie zdefiniowane antygeny, które można wykorzystać w budowaniu odpowiedzi immunologicznej organizmu. Poza tym mamy przeróżne nowotwory złośliwe, więc trudno utworzyć jednorodne grupy pacjentów biorących udział w badaniach klinicznych. To powoduje, że tworzenie takich terapii jest czasochłonne i drogie – wyjaśnia ekspertka. ●

Źródło: nobelprize.org, CWiD UW

PRAKTYKA LEKARSKA – ZE ŚWIATA

LIDIA SULIKOWSKA
DZIENNIKARKAWięcej seniorów
niż młodych

Do 2024 r. w europejskim regionie WHO będzie więcej osób w wieku 65+ niż ludzi poniżej 15 lat, a do 2050 r. liczba seniorów może nawet przewyższyć grupę osób poniżej 25. roku życia – przypomina Światowa Organizacja Zdrowia i w związku z tym w jednym ze swoich najnowszych raportów apeluje o działania na rzecz zdrowego starzenia się społeczeństw.

W analizie „Promoting physical activity and healthy diets for healthy ageing in the WHO European Region” zwrócono uwagę, że wśród europejskich społeczeństw systematycznie rośnie oczekiwana długość życia, ale liczba lat przeżytych w zdrowiu nie wzrasta proporcjonalnie. Kluczową rolę w zdrowym starzeniu się odgrywa aktywność fizyczna i zdrowa dieta, a stosowanie tych dwóch zasad w ciągu całego życia pomaga w zapobieganiu chorobom niezakaźnym, takim jak choroby układu krążenia, nowotwory, cukrzyca, demencja i problemy ze zdrowiem psychicznym.

Zarówno decydenci, firmy, jak i różnego rodzaju społeczności powinni dokonywać lepszych inwestycji – takich, które ułatwiłyby ludziom podejmowanie zdrowszych wyborów. Autorzy opracowania podpowiadają proste sposoby na poprawienie zdrowia u osób starszych. Wśród nich znalazły się dieta bogata w warzywa i owoce oraz uboga w żywność wysoko przetworzoną, cukier, sól i tłuszcze nasycone, a także 150 minut umiarkowanej aktywności fizycznej tygodniowo. Eksperti WHO zwracają uwagę, że w promowaniu zdrowych nawyków żywieniowych i tych dotyczących aktywności fizycznej duże znaczenie ma podstawowa opieka zdrowotna.

Źródło: WHO Europe

Bułgar szefem FDI

Assist. prof. Nikolai Sharkov z Bułgarii został prezydentem elektem Światowej Federacji Dentystycznej (Federation Dentaire Internationale, FDI). Przejmie on prezydenturę za dwa lata – od

dr. Grega Chadwicka z USA, który pod koniec września 2023 r. objął tę funkcję. Decyzję w tej sprawie podjęło Zgromadzenie Ogólne FDI podczas spotkania 26 września w Sydney (Australia).

FDI jest organizacją reprezentującą ponad milion lekarzy dentytów na świecie. Zrzesza prawie 200 organizacji stomatologicznych ze 134 krajów. FDI została założona w Paryżu w 1900 r.

Źródło: ADA / FDI

Szczyt WMA
w Kigali

Dr Lujain Alqodmani z Kuwejtu została nowym prezydentem Światowego Stowarzyszenia Lekarzy (World Medical Association, WMA) na kadencję 2023-2024. To pierwsza Arabka, która piastuje to stanowisko. Na prezydenta elekta organizacji wybrano Malezyjczyka dr. Ashoka Philipa, który obejmie funkcję jesienią przyszłego roku. O jego wyborze zdecydowało Zgromadzenie Ogólne WMA podczas posiedzenia, które odbyło się w dniach 4-7 października 2023 r. w Kigali (Rwanda). W spotkaniu uczestniczyli delegaci z 49 organizacji zrzeszających lekarzy na całym świecie.

W Kigali podjęto też wiele innych ważnych decyzji, m.in. ogłoszono zaktualizowaną wersję deklaracji w sprawie etyki medycznej w związku z rozwojem zaawansowanych technologii medycznych. Potępiono niedawną falę ataków na lekarzy i pojawiającą się przemoc w instytucjach opieki zdrowotnej w Nepalu. Zadeklarowano też wzmocnienie globalnej gotowości i reagowania na sytuacje kryzysowe dotyczące zdrowia, przeciwdziałanie badaniom nad bronią biologiczną oraz wspieranie mechanizmów monitorowania zagrożenia bronią biologiczną.

Kolejne posiedzenie Zgromadzenia Ogólnego WMA w październiku 2024 r. w Helsinkach (Finlandia).

Źródło: WMA

Przybywa
chorujących
z biedy

Siedmiu na dziesięciu ankietowanych lekarzy pierwszego kontaktu praktykujących w Wielkiej Brytanii zauważa niepokojący wzrost liczby pacjentów cierpiących na problemy związane z rosnącymi kosztami życia, powodowane złą dietą i ubóstwem – wynika z sondażu przeprowadzonego przez Royal College of General Practitioners (RCGP).



foto.: Shutterstock.com

– Lekarze pierwszego kontaktu codziennie są świadkami niszczących skutków zdrowotnych spowodowanych rosnącymi kosztami życia u pacjentów w wielu społecznościach w Wielkiej Brytanii – powiedziała prof. Kamila Hawthorne, przewodnicząca Rady RCGP, brytyjskiej organizacji reprezentującej lekarzy rodzinnych. Podkreśliła, że ubóstwo może m.in. skutkować wczesnym rozwojem lub zaostrzeniem już występujących chorób przewlekłych. Dodała też, że do wielu gabinetów lekarskich zgłaszają się pacjenci „z chorobami, które powinny zostać zapisane w annałach” – niedożywieniem, niedoborami witamin, a nawet krzywicą.

Źródło: RCGP

PRAKTYKA LEKARSKA

Zawsze można popaść w konflikt z prawem

LUCYNA KRYSIAK

DZIENNIKARKA

Brak wiedzy o posiadanych uprawnieniach w relacjach z policją i prokuraturą może się mocno odbić na życiu lekarza – mówi adwokat Karol Kolankiewicz.

Nieznajomość prawa szkodzi, również w przypadku lekarzy. W czym mogą im pomóc szkolenia realizowane przez COBIK NIL?

Realia, w jakich poruszają się obecnie lekarze i lekarze dentyści, wymuszają na nich co najmniej podstawową znajomość prawa. Zespół wykładowców współpracujących z COBIK NIL realizuje szkolenia, dzięki którym lekarz dowiadyuje się, czy i jakie działania prawne może podjąć, aby bronić się przed różnymi zarzutami. Podstawą do późniejszego rozstrzygnięcia sporów od strony prawnej zwykle jest dokumentacja medyczna i zawarte w niej wpisy, procedury obowiązujące w danej placówce oraz umiejętność komunikowania się z pacjentami i ich rodzinami.

Innym ważnym aspektem działalności szkoleniowej COBIK NIL są szkolenia dotyczące bezpieczeństwa prawnego. Brak wiedzy o posiadanych uprawnieniach w relacjach z policją i prokuraturą może się mocno odbić na życiu lekarza. Zdarzają się bardzo drastyczne okoliczności – już na etapie śledztwa prokurator może zastosować zawieszenie lekarza w czynnościach służbowych, a później sąd może orzec zawieszenie prawa wykonywania zawodu nawet na kilkanaście lat. Lekarzom, którzy prowadzą własną działalność, trudno byłoby się odnaleźć bez znajomości przepisów prawa pracy, dotyczących zawierania umów czy innych przepisów.

Potrzeby poszczególnych lekarzy, jeśli chodzi o szkolenia, są różne. Młodzi są bardziej nastawieni na realizację specjalizacji i chcą lepiej znać swoje uprawnienia pracownicze. Z kolei lekarze, którzy są już specjalistami i mają własną praktykę, bardziej



fot.: archiwum prywatne

są zainteresowani przepisami dotyczącymi kontroli, szczególnie ze strony NFZ.

Jak lekarze radzą sobie z przepisami?

Różnie. Na szkoleniach widać, że nierzadko słabo orientują się w tej tematyce, często konieczne jest zaczynanie od podstaw – tłumaczenie np., jak ważna jest prawidłowo prowadzona dokumentacja medyczna, która w przypadku sporów z pacjentami stanowi najważniejszy dowód w sprawie. Wiele przepisów jest traktowanych przez lekarzy jak zło konieczne i budzi w nich niechęć. Dzięki temu, że od 15 lat zajmuję się prawem medycznym, wiem, że przepisy rzeczywiście bywają nielogiczne, nieczytelne, a nawet absurdalne, ale obowiązują i ich nieprzestrzeganie grozi konsekwencjami prawnymi, o czym lekarz musi wiedzieć.

Niechęć do przepisów jest wśród lekarzy powszechna. Winny jest brak logiki w prawie?

Nie tylko. Wynika to również z ogromu i zawłości obowiązujących ustaw, rozporządzeń i innych regulacji w ochronie zdrowia oraz wprowadzania wciąż nowych, które trzeba dopiero poznać, a to wymaga czasu i wysiłku. Podczas szkoleń przekazujemy nie tylko wiedzę, ale pokazujemy konkretne przykłady. To najbardziej przemawia do szkolących. Dowiadują się, jakich sytuacji unikać w swojej pracy i jakie zachowania są dla nich zagrożeniem. Omawiamy kwestie w różnych konfiguracjach, pokazujemy orzeczenia sądów, aby uzmysłowić, jak sądy patrzą na dane zagadnienie. Chodzi o to, by teorię przełożyć na codzienną praktykę, bezpieczeństwo i stabilność finansową lekarza, niezależnie od tego, czy pracuje w szpitalu, ma kontrakt, czy prowadzi własny gabinet. Podczas szkoleń lekarze zadają dużo pytań, przedstawiają własne historie, co oznacza, że są zaangażowani i zainteresowani poznawaniem prawnych aspektów wykonywania zawodu.

Czy szkolenia dla lekarzy będą kontynuowane?

Tak, nasza współpraca z COBIK NIL jest długofalowa – jest potrzeba cyklicznego powtarzania szkoleń. Uważam, że lekarz powinien mieć wsparcie prawne dzięki szkoleniom, gdyż niezależnie od kwalifikacji i umiejętności zawsze może popaść w konflikt z prawem. ●

Ośrodek Kształcenia Naczelnej Izby Lekarskiej

Przygotował aż 25 szkoleń w listopadzie! Wszystkie szkolenia dostępne są na stronie Naczelnej Izby Lekarskiej w zakładce *kursy i szkolenia*.

Szkolenia dotyczące tematyki prawnej:

09.11.2023 r. Czas pracy lekarza/lekarza dentysty i dyżury medyczne – co każdy lekarz powinien wiedzieć

13-14.11.2023 r. Wszystko co lekarz powinien wiedzieć o dokumentacji medycznej

21.11.2023 r. Trudne sytuacje w relacjach z pacjentami – wybrane zagadnienia prawne

23.11.2023 r. Prawo medyczne w orzecznictwie – omówienie wybranych przypadków dotyczących lekarzy

Specjalnie dla lekarzy dentystów zorganizowaliśmy w listopadzie szkolenia z:

17-18.11.2023 r. Wprowadzenia do tomografii stożkowej dla stomatologów

24.11.2023 r. Ochrony Radiologicznej Pacjenta

Szkolenia stacjonarne

- ✓ 3 szkolenia stacjonarne
- ✓ 130 miejsc szkoleniowych
- ✓ w siedzibie
Naczelnej Izby Lekarskiej



Zapisz się!

Szkolenia on-line

- ✓ 22 szkolenia on-line
- ✓ 11 000 miejsc szkoleniowych
- ✓ wygodnie – za pomocą
platformy ZOOM



Zapisz się!

Współprace Ośrodka Kształcenia

- ✓ 4 szkolenia we
współpracy z:
- ✓ Polskie Towarzystwo
Badania Bólu
- ✓ Polskie Towarzystwo
Komunikacji Medycznej
- ✓ Polskie Towarzystwo
Neurofizjologii Klinicznej



Zapisz się!

Zapraszamy do zapisów na stronie
www.nil.org.pl/dla-lekarzy/kursy-i-szkolenia

SCAN ME



SCAN ME



www



szkolenia@nil.org.pl



(22) 559 13 00 wew. 507

NIL NA SZYBKO

Wystarczy tam nie pracować

Metoda bojkotu ofert pracy na uczelniach nieprzygotowanych do kształcenia powinna okazać się skuteczna.

JAKUB KOSIKOWSKI
RZECZNIK NACZELNEJ IZBY
LEKARSKIEJ



Szerokim echem w lekarskich social mediach odbił się wpis jednej z Koleżanek, która poinformowała o odrzuceniu propozycji zostania kierownikiem katedry na jednym z nowo powstających wydziałów lekarskich. Przypominam: jeśli uczelnia ma negatywną opinię lub nie ma żadnej opinii Państwowej Komisji Akredytacyjnej, dotyczącej przygotowania do kształcenia przyszłych lekarzy, to nie powinna ich kształcić. Skoro jednak MZ i MEiN mimo to otwierają tam medycynę, jedyną skuteczną metodą obrony przed degradacją jakości naszego zawodu jest po prostu tam... nie pracować. Lekarze nie wykształcają się sami, ktoś tam musi wyklądać. Część z was teraz się pewnie zastanawia, czy taki bojkot podziała, czy to ma sens. Biorąc pod uwagę, że na jednej z nowych uczelni prodziekanem został lekarz stażysta, wydaje się, że ławka nie jest tam zbyt długa, a metoda bojkotu ofert pracy na uczelniach nieprzygotowanych do kształcenia powinna okazać się skuteczna.

Zespół do spraw naruszeń w ochronie zdrowia ma już za sobą pierwsze rozpatrzone sprawy, stąd ponownie zachęcam do zgłaszania nam wszystkich patologii, na które boicie się porwać

sami, a waszym zdaniem szkodzą nam wszystkim jako środowisku lekarskiemu.

Premierę miała aplikacja mZUS dla lekarzy na smartfony, pozwalająca wreszcie korzystać z eZLA na telefonie inaczej niż przez przeglądarkę. Wydaje się, że może ona zainteresować wszystkich, którym nieobce są wizyty domowe, jak i wieczne awarie systemów szpitalnych i poradnianych.

A skoro o informatyzacji mowa, już tylko rozporządzenie MZ dzieli nas od e-PWZ w mObywatelu. Czy uda się to za kończącej się kadencji PiS, czy będzie to już za kolejnej władzy? Raczej uzbrajałbym się w cierpliwość.

Jak wspominałem w poprzednim numerze, najbliższe XXI Igrzyska Lekarskie odbędą się nad Bałtykiem, a konkretnie w Centralnym Ośrodku Sportu w Cetniewie. Teraz mamy już również planowany termin. To 4-7 września 2024 r. Zakreślajcie więc te dni w kalendarzach, zastrzegajcie urlopy, nie planujcie dyżurów ani innych wyjazdów. Namówcie znajomych, trenujcie, skłécie drużynę i za rok widzimy się wszyscy na igrzyskach nad morzem. ●

O TYM SIĘ MÓWI

Rektor zgłoszony do NROZ

Powołany przez NRL Zespół ds. naruszeń w ochronie zdrowia złożył zawiadomienie o możliwości popełnienia przewinienia zawodowego przez lekarza, prof. Andrzeja Wojtyłę, rektora Uniwersytetu Kaliskiego im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego, poprzez naruszenie przez niego przepisów Kodeksu Etyki Lekarskiej.

W uzasadnieniu przytoczono m.in. sprawę otwarcia kierunku lekarskiego na uczelni, która zdaniem NRL nie ma odpowiedniej infrastruktury ani zaplecza technicznego, a program studiów nie został dopasowany do standardów kształcenia. Skutkuje to możliwością popełnienia przestępstwa na niekorzyść przystępujących do rekrutacji, a także studentów tego kierunku, szczególnie że Polska Komisja Akredytacji wydała negatywną opinię o warunkach prowadzenia studiów na kierunku lekarskim na Uniwersytecie Kaliskim. NIL zgłosiła tę sprawę do prokuratury, co skutkowało m.in. pozwem do sądu złożonym przez rektora startującego wówczas w wyborach parlamentarnych.

Działania prof. Wojtyły, mające według samorządu lekarskiego charakter polityczny, również zostały wymienione w zawiadomieniu do Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej (NROZ).

Postulaty samorządu niezmienne

Samorząd lekarski wie, czego będzie oczekiwać od kolejnego ministra zdrowia – powiedział prezes Naczelnej Rady Lekarskiej (NRL) Łukasz Jankowski podczas inauguracji XIX Forum Rynku Zdrowia w połowie października. – Nie zmieniamy naszych postulatów wobec przyszłego ministra zdrowia. Samorząd lekarski ma sprecyzowane postulaty niezależnie od tego, kto będzie ministrem i jaka partia przejmie władzę – powiedział

prezes NRL. Dodał, że przez ostatnie osiem lat doszło do zasadniczej zmiany w dyskusji nad nakładami na ochronę zdrowia i że jest to zmiana na lepsze. Obecnie partie polityczne prześcigają się w obietnicach, ile na ten cel wydadzą. Dyskusję zainicjowano, odchodzimy od „mentalności worka bez dna” i zaczynamy traktować zdrowie jako inwestycję. To duży sukces – stwierdził prezes NRL.

Innym sukcesem jest wprowadzenie do debaty publicznej tematyki systemu *no fault*. – Na razie, w pierwszym kroku, jako Fundusz Kompensacyjny. W debacie zaistniał też temat budowy systemu ochrony zdrowia. Gdybyśmy na tej sali zrobili sondę z pytaniem, czy go mamy, większość odpowiedziałaby, że nie – ocenił prezes Jankowski. Dodał, że jest również wiele problemów związanych z koordynacją opieki zdrowotnej, a największym wydaje się nadzór właścicielski.

Dewastacja kształcenia

Podczas Kongresu Rynku Zdrowia szef samorządu lekarskiego wytknął rządowi błędy w prowadzeniu polityki zdrowotnej przez ostatnie lata. – Udało się zdewastować system kształcenia lekarzy. Niedawno gruchnęła wieść, że jednym z prodziekanów na nowo otwartym uniwersytecie jest lekarz stażysta. Dziekan stażysta jest powodem, byśmy wszyscy zaczęli nie tyle domagać się, co żądać, by uczelnie z negatywną oceną Polskiej Komisji Akredytacyjnej (PKA) zostały zamknięte – mówił Łukasz Jankowski. Dodał, że zawód regulowany powinien być „regulowany przez państwo, a nie przez studentów”, bo to grozi powstaniem programu „Znachor plus”. Zaznaczył, że ewentualna zmiana na stanowisku przewodniczącego PKA nie pomoże, a w ostatnich latach kształcenie zawodów medycznych upolityczniono.

O reklamie w Gdańsku

Zagadnienia reklamy w kontekście godności zawodu lekarza dotyczył jeden z najważniejszych tematów konferencji „Rozmowy o etyce – Kodeks

Etyki Lekarskiej, reklama, psychiatria”, która odbyła się na początku października w Gdańsku. Podobnie jak w środowisku adwokackim, wśród lekarzy kontrowersje wzbudza kwestia regulacji reklamowania towarów, usług czy też samych lekarzy. Art. 63 ust. 1. stanowi, że lekarz tworzy swoją zawodową opinię jedynie w oparciu o wyniki swojej pracy, dlatego wszelkie reklamowanie się jest zabronione. Natomiast, zgodnie z ustępem 2, lekarz nie powinien wyrażać zgody na używanie swego nazwiska i wizerunku dla celów komercyjnych. Jednak pojawienie się mediów społecznościowych i obecność w lekarzy w tych mediach powoduje, że przepis nie wyczerpuje spektrum ich aktywności w internecie. Uczestnicy konferencji podkreślali, że działalność lekarzy w mediach społecznościowych w wielu wypadkach ma charakter informacyjno-edukacyjny, dopuszczony uchwałą nr 29/11/VI NRL. Niemniej social media mogą służyć lekarzom także do reklamy swojej działalności gospodarczej czy konkretnych usług medycznych. Stąd ważne jest określenie wartości, których powinni bronić nowy Kodeks Etyki Lekarskiej (KEL) oraz zasad, których powinni przestrzegać lekarze, by ich nie naruszyć. W konferencji, oprócz przewodniczącego Komisji Etyki Lekarskiej NRL dr. Artura de Rosier, uczestniczyli między innymi etyk prof. Paweł Łuków oraz prawnik prof. Piotr Piesiewicz.

Prezes Barucha ponownie na czele Rady

Wiceprezes NRL lek. dent. Paweł Barucha został ponownie wybrany na przewodniczącego Rady do spraw Rozwoju Stomatologii przy Ministerstwie Zdrowia. Priorytet rady w najbliższym półroczu będą stanowiły działania na rzecz poprawy warunków pracy kadry dydaktycznej na wydziałach

lekarsko-dentystycznych. – Należy zniwelować zaniedbania, jakie popełniono do tej pory w kwestii warunków pracy na wydziałach lekarsko-dentystycznych. Nasze pół roku przewodnictwa poświęcimy na przywrócenie należnego prestiżu uczelniom medycznym, aby praca na wydziałach lekarsko-dentystycznych nie była przykrą koniecznością, ale znowu stanowiła wyróżnienie. Wierzę, że dzięki tym działaniom doprowadzimy do bardzo potrzebnego dzisiaj zwiększenia zasobów kadr dydaktycznych – zaznaczył wiceprezes NRL Paweł Barucha. Wiceprezes NRL będzie przewodniczył Radzie do spraw stomatologii przez kolejne pół roku. Co pół roku zamiennie Radzie przewodniczy przedstawiciel samorządu lekarskiego oraz przedstawiciel resortu zdrowia.

Telemedyczny stół do kontynuacji

Trzeba jak najszybciej uzupełnić lukę kompetencyjną w zakresie wiedzy o innowacjach w medycynie – mówi dr Artur Drobniak, dyrektor Centralnego Ośrodka Badań, Innowacji i Kształcenia Naczelnej Izby Lekarskiej (COBIK NIL) podczas debaty „Sztuczna inteligencja” zorganizowanej w drugim dniu Forum Rynku Zdrowia. Zwrócił także uwagę na dorobek Telemedycznego Okrągłego Stołu zainicjowanego przez resort zdrowia. – Warto te rozmowy kontynuować, a wnioski implementować do legislacji. Ministerstwo powinno stworzyć ułatwioną ścieżkę wdrażania rozwiązań związanych ze sztuczną inteligencją, dlatego że świat pędzi, a my trochę zostajemy w tyle. W czasie pandemii wydawało się, że jesteśmy w czołówce, ale teraz okazuje się, że aż tak kolorowo to nie wygląda. Pilotaże powinny być bardziej dostępne dla twórców rozwiązań innowacyjnych – podkreślił dr Drobniak.

Zapracowany jak innowator

REDAKCJA

Młodzi lekarze chcą zmieniać system i tworzyć nowe technologie, ale brakuje im umiejętności biznesowych – wynika z raportu NIL IN.

Co w polskich start-upach robią lekarze? Jak przebiega współpraca firm sektora zdrowia cyfrowego z pracownikami ochrony zdrowia? Jak łączyć rolę lekarza i przedsiębiorcy? Gdzie szukać wsparcia, finansowania oraz know-how? Na te i wiele innych pytań postanowili odpowiedzieć autorzy raportu „Przychodzi pomysł do lekarza, czyli rola lekarza w ekosystemie start-upów”. Dokument to efekt pracy członków grupy ds. start-upów Sieci Lekarzy Innowatorów Naczelnej Izby Lekarskiej NIL Innovation Network – NIL IN. Ma stanowić wsparcie, pobudzając rozwój nowych rozwiązań w środowisku medycznym.

Badacze wysłali ankiety do 150 start-upów działających w ochronie zdrowia. Odesłały tylko 34 z nich. Kilkanaście odpowiedziało, że w zespole nie ma lekarza, choć wiele z nich na pewnym etapie tworzenia rozwiązania robiło z lekarzami wywiady lub korzystało z ich konsultacji. Badanie miało dwa etapy: ilościowy, w którym wysyłano ankiety do lekarzy zatrudnionych w start-upach. Pytano, kiedy rozpoczęli pracę, w ilu start-upach pracowali, czy pracują również jako lekarze, jaka jest ich rola w przedsięwzięciu i na jakim etapie rozwoju do niego dołączyli. W drugim – jakościowym etapie badania – pogłębiono wybrane zagadnienia.

POTRZEBNI SĄ LUDZIE

– Według znanego powiedzenia pomysł jest wart dolara, czyli prawie tyle, co nic.

Dopiero konsekwencja, realizacja i wdrożenie rozwijają ten pomysł. Bariery są formalne kwestie związane z prowadzeniem działalności gospodarczej, bo lekarze na studiach uczą się, jak leczyć pacjenta i jak korzystać z dowodów i badań naukowych, i nie mają pojęcia, jak założyć firmę – mówił Jakub Chwiećko, lekarz pediatra i partner zarządzający Sieci Lekarzy Innowatorów NIL IN, prezentując wyniki raportu podczas wrześniowego Kongresu Lekarzy Innowatorów – NIL IN Summit.

Dodał, że choć w powszechnej opinii start-upy, również te medyczne, to domena ludzi biznesu czy specjalistów branży technologicznej, proces rozwoju innowacji medycznej byłby niemożliwy bez jego użytkowników – pacjentów, lekarzy, pielęgniarek i przedstawicieli innych zawodów medycznych. Dlatego żaden start-up medyczny na pewnym etapie nie może się bez nich obyć.

– Trudno sobie dziś wyobrazić proces rozwoju innowacji medycznej bez udziału lekarza. Ja sam jako młody rezydent miałem wiele pomysłów na start-up. Trzy z nich zostały zrealizowane, ale nie przeze mnie. Nie wiedziałem, jak się do tego zabrać, gdzie szukać pomocy, pod jaki adres się udać, żeby ktoś chciał mi pomóc – mówił Jakub Chwiećko.

Jak wynika z badania, lekarze w start-upach najczęściej pełnią rolę konsultantów medycznych (na dziewięć osób tylko jedna nie wykonuje już zawodu lekarza). Drugą dużą grupę stanowią założyciele start-upów, z których tylko połowa wciąż czynnie wykonuje zawód.

KOBIETY WCIAŻ W MNIEJSZOŚCI

Choć kobiety stanowią 60 proc. wszystkich lekarzy w Polsce, to wśród uczestników badania stanowią one 38 proc. (było ich 13, podczas gdy mężczyzn 21). W dodatku tylko 1 proc. rodzimych start-upów medycznych założyły kobiety. 42 proc. lekarek innowatorek pracuje w zespołach męskich, a 32 proc. w mieszanych. Jest to i tak niezły wynik, ponieważ z raportu „Top disruptors in healthcare 2023” wynika, że kobiety rzadziej rozwijają start-upy i rzadziej pełnią w nich funkcje zarządcze.

– 65 proc. osób dołączyło do start-upu przed 30. rokiem życia. To młodzi ludzie, którzy podczas specjalizacji chcą zrobić coś więcej, wyjść poza schemat lekarza, który powinien skupić się tylko na leczeniu. Lekarze dołączają do start-upu najczęściej w fazie wzrostu lub na samym początku – tłumaczył Jakub Chwiećko.



DOŁĄCZ DO



nil in

Sieć Lekarzy Innowatorów



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

**O CZYM NALEŻY PAMIĘTAĆ,
BUDUJĄC START-UP:**

- Zaczynij od pomysłu, ale nie przeceniaj jego roli (dobry pomysł to ten, na który jest popyt, wpisuje się w trendy rynkowe, ale przede wszystkim taki, z którego realizacją będziesz się czuć komfortowo).
- Sprawdź, czy pomysł ma sens (stwórz model biznesowy, np. zgodny z metodą Business Model Canvas, a następnie sprawdź, które obszary stanowią niewiadomą i zweryfikuj je).
- Jeśli już sprawdziłeś, działaj! Działać trzeba szybko (tworzymy pierwszą wersję produktu i jak najszybciej wychodzimy z nią na rynek, nawet jeżeli produktowi daleko do ideału).
- Nie działaj sam! Potrzebujesz drużyny. By zmotywować ludzi, którym nie zawsze możesz zapłacić tyle, ile dostaną na rynku, trzeba czegoś więcej niż pieniędzy. Potrzebujesz wizji.
- Korzystaj ze wsparcia (akceleratorów i instytucji takich jak Startup Academy czy funduszy unijnych, żeby dywersyfikować ryzyko finansowania biznesu).

Źródło: autor: Michał Misztal, CEO w Startup Academy Poland, fragment raportu „Przychodzi pomysł do lekarza”.

Z badania wynika, że aż 73 proc. lekarzy współpracujących ze start-upami to osoby do 39. roku życia, z czego 32 proc. nie ma jeszcze trzydziestki i często jest w trakcie specjalizacji. 27 proc. stanowią osoby po 40. roku życia, z czego tylko troje ankietowanych miało więcej niż 50 lat.

Według autorów raportu „młodzi lekarze dorastający z nowymi technologiami chcą, by medycyna także była nowoczesna. Z kolei starsze pokolenie często postrzega transformację ochrony zdrowia w charakterze ewolucyjnym, a nie rewolucyjnym i dysrupcyjnym (zaburzającym dotychczasowy porządek)”.

PRZEPIS NA ZAWAŁ

71 proc. współpracujących ze start-upami wykonuje zawód lekarza.

41 proc. z nich pracuje wyłącznie w sektorze publicznym, 17 proc. w sektorze publicznym i prywatnym, a 11 proc. (czyli cztery osoby) tylko w sektorze prywatnym. Zdaniem autorów raportu to dowodzi, że sektor publiczny ma duży potencjał rozwoju innowacyjności, a lekarze chętnie łączą klasyczne wykonywane zawodu z rozwojem swoich zainteresowań z obszaru technologii zdrowia cyfrowego poza miejscem pracy.

Nieco ponad połowa lekarzy działa tylko w jednym start-upie. Z więcej niż jedną firmą współpracuje 48 proc. badanych. Z kolei 38 proc. z dwiema lub trzema, a 11 proc. (czterech ankietowanych) z czterema lub więcej. 50 proc. współpracuje z nimi od dwóch do pięciu lat, a dwie osoby więcej niż 10 lat.

W start-upach medycznych lekarze najczęściej pełnią funkcję doradcy. W takim charakterze występuje niemal co trzeci z badanych. Pięciu lekarzy (14 proc.) pracuje na stanowisku dyrektora/managera start-upu. Trzech z nich łączy to z pracą w sektorze publicznym, a dwóch nie wykonuje już zawodu lekarza. Spośród sześciu osób deklarujących się jako założyciele start-upów połowa nie wykonuje już czynnie zawodu lekarza.

Lekarze zaangażowani w start-upy uzyskali bardzo różne specjalizacje, co zdaniem autorów raportu przekłada się na to, że tworzone przez nich rozwiązania nie ograniczają się do jednej wąskiej dziedziny, ale obejmują różne obszary medycyny. Wśród ankietowanych znaleźli się m.in. specjaliści anestezyjologii i intensywnej terapii, laryngologii, medycyny rodzinnej, chirurdzy, ortopedzi, pediatrzy, hematolodzy czy radiolodzy.

Wielu lekarzy łączy pracę lekarza z prowadzeniem start-upu, co w praktyce przekłada się na to, że do 200 godzin pracy lekarza w tygodniu dochodzi co najmniej 100, a nierzadko więcej godzin pracy startupowca. Jak zauważył Jakub Chwiećko, dodanie 100 godzin pracy do 200 godzin pracy lekarza to gotowy przepis na zawał, którego trzeba za wszelką cenę unikać. Dlatego tak ważne jest, by w swojej pracy startupowca lekarz miał profesjonalne wsparcie.

**CO PRZESZKADZA
W ZAŁOŻENIU START-UPU**

Na to pytanie odpowiedzieli sami uczestnicy ankiety. „Przeszkodą było powszechne przekonanie, że lekarz ma leczyć, a nie zajmować się biznesem”. „Ci, którzy chcą pracować w zawodzie i jednocześnie rozwijać start-up, muszą przygotować się na dwa pełne etaty. To nie jest łatwe, ale możliwe, jeśli ma się dużą motywację”. To tylko dwa z cytatów dotyczących trudności pogodzenia pracy lekarza i innowatora, a także braku wsparcia dla lekarzy chcących wprowadzać innowacje.

Uczestnicy badania są zdania, że studia medyczne w żaden sposób nie przygotowują ich do roli przedsiębiorcy, dlatego biznesu uczą się na własną rękę lub działają w partnerstwie z doświadczonymi menedżerami.

Blisko 75 proc. badanych przyznało, że wyzwaniem są dla nich obowiązki administracyjne niezbędne przy zakładaniu biznesu: sprawy formalne, księgowe, a także budowanie zespołu, co potrafi być jak zderzenie ze ścianą. Kłopot stanowi też znalezienie środków. Mimo że dzisiaj start-upy mogą korzystać z wielu programów wsparcia, nie zawsze wiadomo, które są najbardziej odpowiednie i gdzie ich szukać.

Jeden z uczestników badania przyznaje, że znalezienie właściwych partnerów bardzo pomaga: „Skorzystaliśmy z kilku programów akceleryacyjnych, co pozwoliło nam zdobyć brakującą wiedzę biznesową, nawiązać cenne kontakty i pozyskać inwestorów” – napisał w ankiecie.

W tym właśnie chce pomóc NIL IN: – Mamy całą tabelę zmapowanych programów inkubacyjnych i akceleryacyjnych, którą mogą państwo odszukać w raporcie. Z raportu można się również dowiedzieć, czym jest bootstrap, crowdfunding i jak można go podzielić, gdzie najczęściej finansowania szukają startupowcy i z jakich programów akceleryacyjnych korzystają. Myślę, że to początek drogi NIL we wsparciu lekarzy startupowców – twierdzi Jakub Chwiećko. ●

Raport jest dostępny na stronie nilin.org.pl

KAWA Z INNOWATOREM

Musi być potrzeba i problem, który chcemy rozwiązać

JAKUB CHWIEĆKO

PEDIATRA, PARTNER ZARZĄDZAJĄCY NIL IN

Labplus to narzędzie do interpretacji wyników badań. Jego twórcę, Siddartha Agrawala, zainspirowali krewni i znajomi domagający się od młodego doktora szybkiej diagnozy.

ZSiddarthem spotykamy się na wrześniowej konferencji NIL IN Summit, podczas której daje niesamowicie inspirujący krótki wykład (a w zasadzie startupowy pitch – czyli krótką prezentację start-upu przed potencjalnym inwestorem). Dowiadujemy się, jak wyglądała jego droga do założenia start-upu Labplus.

Na wirtualną kawę umawiamy się chwilę po tym, jak opadają konferencyjne emocje, a Siddarth Agrawal znajduje trochę czasu. Nasz gość jest niezwykle zajęty – właśnie udał się do Londynu, gdzie wziął udział w znakomitym programie akceleracyjnym „Google for Startups”, a następnie pojawił się w wydaniu „Forbes Polska”, w sekcji „30 przed 30-stką”, która co roku prezentuje najbardziej obiecujące polskie talenty.

Z uwagi na krótki, ale bardzo intensywny czas od naszego ostatniego spotkania wirtualną kawę rozpoczynam od gratulacji. Jestem pod wrażeniem, ile dobrego wydarzyło się u Siddartha.

Od początku zżera mnie ciekawość związana z samym programem „Google for Startups”, o którym słyszałem wiele dobrego. Siddarth potwierdza, że jest superużyteczny. Sam początkowo wahał się z uwagi na wcześniejsze programy, które nie zawsze okazywały się praktyczne. Jednak po rekomendacjach innych startupowców, którzy brali w nim udział, zdecydował się na wyjazd, i był to jeden z najlepszych programów, w jakich miał okazję uczestniczyć. Do Londynu pojechał z otwartym umysłem i bez większych oczekiwań. Wrócił pełen energii, nowej wiedzy i wartościowych kontaktów.

Podpytuję o „Forbesa”. Znalazienie się na okładce tego czasopisma to marzenie niejednej osoby. Siddarth został



fot.: archiwum prywatne

polecony przez znajomą, z którą miał okazję pracować. Po zgłoszeniu czekał go jeszcze skrupulatny proces, w którym prześwietlono jego karierę, a także kondycję prowadzonej przez niego firmy. Efekt jak najbardziej pozytywny. O jego osiągnięciach przeczytają tysiące Polaków. Znakomity sukces pasji i wytrwałości.

Naszą godzinną rozmowę trudno streścić w jednostronicowym artykule. Zapewne można by z tego zrobić kilkustronicowy wywiad. Siddarth opowiada o przygodach z innowacjami. Na drugim roku studiów wystąpił o grant naukowy, który otrzymał w kolejnym roku. Prowadził badania nad nowymi możliwościami leczenia nowotworów. W trakcie studiów zaczął również zgłębiać medycynę chińską, która wzbogaciła jego praktykę o zupełnie nowy wymiar.

Na bazie doświadczeń na czwartym roku ubiegał się o kolejny grant, który doprowadził do opracowania sprzętu medycznego opartego na akupunkturze i akupresurze. Jest on w stanie trzykrotnie zredukować ilość przyjmowanych leków przeciwbólowych u hospitalizowanych pacjentów! Następnie, już po studiach, wiedziony prośbami znajomych i rodziny, którzy regularnie proszą o zinterpretowanie wyników swoich badań, wpadł na pomysł zautomatyzowanego narzędzia opartego na sztucznej inteligencji. I tak powstał Labplus.

Jak sam wspomina, nie wszystko mu po drodze wyszło. Z wcześniejszych projektów wyniósł niezwykle doświadczenie, jak tworzyć rozwiązania, zaczynając od zera. Przekonał się także, jak ważna jest współpraca między osobami o odmiennych doświadczeniach, które uzupełniają się w zespole.

Proszony o radę dla innowatorów podkreśla, że najważniejsze są: potrzeba i problem, który chcemy rozwiązać. Tworzenie rozwiązań bez realnej potrzeby z dużym prawdopodobieństwem skończy się porażką. Radzi być otwartym na nowe znajomości i kontakty. Na koniec podkreśla, że bez wytrwałości nic z powyższych nie będzie miało znaczenia.

Otwierając się na innowacje, podążamy ścieżką w nieznaną, nie ma tam wydeptanych dróg, a każdy dzień potrafi zaskakiwać. Nie bójmy się znajdować naszej własnej drogi!

Kim jest lekarz innowator?

Nie tylko ten, kto dostrzega potrzebę zmian otaczającej rzeczywistości, ale też kreator przekuwający pomysły na kliniczną rzeczywistość. To również tzw. gadźeciarz – głodny doświadczeń. Tacy ludzie zmieniają najbliższe dekady medycyny i rolę lekarza.

Pytanie o to, kim jest lekarz innowator, usłyszałem na ostatniej konferencji podczas sesji poświęconej kadrom medycznym. Już samo jego zadanie świadczy o upowszechnianiu się nurtu innowacji w medycynie i zmiany sposobu myślenia o roli lekarza w systemie oraz jego zadaniach i sposobie pracy. To, co obecnie nazywamy kompetencjami pozazawodowymi lekarza: umiejętność prowadzenia dyskusji, dobrej komunikacji z współpracownikami oraz pacjentami i ich rodzinami, a także znajomość innowacji w medycynie czy podstaw zarządzania zasobami ludzkimi – powinno stać się nieodłącznym elementem lekarskich kompetencji zawodowych.

Lekarz innowator to bardzo skomplikowana i różnorodna jednostka. Pod kątem psyche innowatorem jest ten, kto zwraca uwagę i dostrzega potrzebę zmiany otaczającej rzeczywistości. Wymyśla, jak zmienić/usprawnić organizację pracy w swojej jednostce, podejście do pacjenta, współpracę interpersonalną w zespole. Innowator to też naturalnie lekarz kreator, który swoje pomysły i prowadzone badania przekuwa na wdrożenie ich w rzeczywistość kliniczną w postaci urządzeń, aplikacji czy modeli postępowania.

Innowatorem może być też tzw. gadźeciarz, czyli lekarz, który lubi nowości, interesuje się nimi, wyszukuje je dla swojej profesji i według własnych zainteresowań. Poświęca swój czas i energię na to, by nie tylko znać najnowsze wytyczne w swojej dziedzinie, ale też pierwszy posługuje się najnowszymi narzędziami diagnostycznymi, oprogramowaniem czy uczy się nowych technik operacyjnych. Popycha go do tego głód doświadczeń, zwyczajna nuda, ale też potrzeba dążenia do doskonałości.

DR N. MED. ARTUR DROBNIAK
DYREKTOR CENTRALNEGO OŚRODKA
BADAŃ, INNOWACJI I KSZTAŁCENIA
NACZELNEJ IZBY LEKARSKIEJ,
POMYSŁODAWCA I WSPÓŁZAŁOŻYCIEL
NIL IN – SIECI LEKARZY INNOWATORÓW



Można powiedzieć, że większość z nas z racji naszego wykształcenia i głodu wiedzy ma w sobie cechy lekarza innowatora, każdy na swoim poziomie zaangażowania i możliwości. Dlatego odwagi – modyfikując utarte ścieżki, pchamy postęp medycyny i organizacji systemu opieki zdrowotnej. Zaangażowani kreatorzy (psyche) i wdrożeniowcy (działalność) zmieniają najbliższe dekady medycyny i sprawiają, że odejdziemy od znanych nam dotychczas modeli systemu opieki zdrowotnej i sposobu opieki nad pacjentem.

System opieki zdrowotnej przechodzi przemiany. Z jednej strony mamy niespotykaną rekrutację na kierunek lekarski na nieprzygotowanych do kształcenia lekarzy uczelniach. Z drugiej mówimy o rozwijaniu dodatkowych zawodów medycznych i ich kompetencji. Jednak łatwość studiowania medycyny przy tak dużej liczbie dostępnych miejsc odbiera studentów innych zawodów medycznych: pielęgniarstwa, fizjoterapii czy ratownictwa medycznego. Praca zespołowa, przesuwanie kompetencji – tak, tyle że niedługo nie będzie z kogo tworzyć zespołów terapeutycznych.

Zaproponowany przez władze model prowadzi do rozwoju najdroższego systemu – lekarskocentrycznego.

Wiele się mówi o konieczności patrzenia na system opieki zdrowotnej przez pryzmat pacjenta – system pacjentocentryczny. Nie jest to jednak rozwiązanie do końca skuteczne. W większości badań dotyczących potrzeb pacjenta kluczową rolę odgrywa zaufanie i relacja pacjenta ze specjalistą medycznym. Dobra współpraca daje najlepsze efekty terapeutyczne. System przyszłości to system relacjocentryczny, a narzędziem do jego rozwoju jest budowa w lekarzach kompetencji komunikacyjnych i zarządczych.

Zdobycze technologii, nowoczesne urządzenia, szybsza diagnostyka chorób, wykorzystanie algorytmów sztucznej inteligencji w triażu i analizie danych medycznych pacjenta – to już się dzieje! Nie chodzi jednak o zastępowanie lekarzy, ale o przywrócenie im roli mentora prowadzącego pacjenta przez trudne i stresujące wydarzenia życiowe, związane z utratą zdrowia, zamiast proceduralnego i nieobecnego w leczeniu biurokraty.



DOŁĄCZ DO



nil in
Sieć Lekarzy Innowatorów

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

PO GODZINACH – PODRÓŻE

Czy tu straszy?

IRENA STEIN

Yorkshire to wymarzony kierunek dla miłośników Halloween i opowieści z dreszczykiem. Przemierzają hrabstwo szlakiem hrabiego Drakuli, piratów, osiemnastowiecznych przemytników czy intryg wielkich angielskich rodów. Wszechobecne są tu zarówno psotne pościelowe duszki, jak i duch wielkiej historii Anglii.

Specjalnością pubu Golden Fleece (Złote runo), jednego z najstarszych w mieście York, są... duchy. Tawerna przy Pavement Street uchodzi za najbardziej nawiedzone miejsce Wielkiej Brytanii. Lista widywanych tu na przestrzeni kilku wieków zjaw obejmuje właścicieli i gości szynku, sieroty, skazanych przestępców, a nawet pewnego kanadyjskiego pilota, który wyskoczył z hotelowego pokoju oknem i umundurowany przechodzi przez ściany domu. Rezydentami tawerny są także silkies, psotne pościelowe duszki, które ściągają z gości kołdry, platają drobne figle i hałasują na schodach. Turystyka z dreszczykiem to specjalność stolicy hrabstwa i jednego z najstarszych miast Wielkiej Brytanii. Tutejsi przewodnicy słyną z erudycji, talentów aktorskich i spektakularnych kostiumów (czarne peleryny, meloniki, surduty). Pełne angielskiego humoru ghost walks (spacery z duchami) rozpoczynają się przed zmierzchem i wiodą przez Shambles, najlepiej zachowaną średniowieczną ulicę Europy, przy której mieściła się miejska jatka, cmentarz i plac egzekucji. Prócz duchów w opowieściach pojawiają się postaci XV-wiecznej wojny róż, krwawego konfliktu między rodami Lancasterów i Yorków (był kopalnią wątków dla scenarzystów serialu „Gra o tron”).

Większość wycieczek kończy się pod Minster, średniowieczną katedrą. Straszy w niej Seamus, duch pewnego złośliwego psa, którego pomocnicy murarcy mieli zamurować w ścianie katedry. Podobno biedak do dziś nie zorientował się, że od 400 lat nie żyje i... nadal szczeka.

Atrakcją katedry są jednak nie tylko duchy, lecz przede wszystkim jej 128 okien i znajdujące się w nich średniowieczne witraże, jedno z największych i najstarszych na świecie. Szczęśliwie nie padły ofiarą destrukcyjnych zapędów Henryka VIII, który nie otrzymawszy od papieża rozvodu z Katarzyną Aragońską, założył własny

kościół – anglikański. To poskutkowało usunięciem ze świątyni motywów katolickich, a także rozwiązaniem i zniszczeniem opactw. Król Anglii przejął wówczas majątek zakonny, budynki zaś oddał w ręce prywatne. Wiele świątyni popadło w ruinę lub stało się źródłem surowców budowlanych. Ich pozostałości stanowią dziś malownicze atrakcje turystyczne. Przykładem jest cysterskie opactwo

Choć opowieść o Drakuli jest fikcją, wielu turystów poszukuje jego grobu – szczególnie w czasie Halloween

Fountains w pobliżu miejscowości Ripon, w średniowieczu jedno z największych i najbogatszych kościelnych gospodarstw rolnych Anglii. W 1540 r. Henryk VIII rozwiązał zakon, nieruchomości sprzedał, a pieniądze wydał na wojnę z Francją.

Podobny los spotkał opactwo Whitby. Położone na wzniesieniu nad portem, uchodzi za najbardziej widowiskową ruinę Yorkshire. Góruje nad miastem jak zamek widmo i choć odegrało ważną rolę w historii Kościoła (w VII w. odbył się tu synod pierwszych biskupów Anglii), turyści kojarzą je zgoła inaczej. W 1890 r. szkocki dziennikarz Bram Stoker spędził w Whitby wakacje. Codziennie oglądał ruiny świątyni z okna pensjonatu. Jej widok, jesienna aura i lektura książki o historii Karpat zainspirowały Irlandczyka do napisania najsłynniejszego horroru w historii, czyli „Drakuli”. Akcja powieści rozpoczyna się w zatoce Whitby, do której przybywa rosyjski statek z martwą załogą. Jedyny ocalały to wielki

czarny pies, który dostawszy się na ląd, biegnie po kamiennych schodach wprost w stronę ruin opactwa. Pod postacią psa kryje się wampir z Transylwanii. Choć książka Stokera jest fikcją, wielu turystów poszukuje grobu Drakuli, szczególnie w czasie Halloween. Ruiny opactwa i przylegające do niego cmentarne wzgórze nawiedzają wówczas liczni fani Stokera i horrorów w najbardziej fantastycznych strojach. To niejedyni przebierańcy w niewielkim Whitby. Jako że port był rodzinnym miastem wielu słynnych angielskich korsarzy, na ich cześć organizuje się tu licznie nieformalne festiwale pirackie. Każdy jest okazją do przebieranek i... licznych wizyt w pubach.

Przestępczą przeszłość miał też kurort Robin Hood's Bay, XVIII-wieczna dziupla przemytników. Kontrabandą dorabiali tu nawet duchowni. Geologia sprzyjała procederowi. Wapienny kłif, na którym zbudowano osadę, wypełniony był labiryntem kanałów i skrytek z przejściami do każdego domostwa. Kiedy do zatoki przybywały statki wyładowane herbatą, tytoniem i ginem, część skrzynek z towarami w tajemniczy sposób zniknęła w porcie, wędrując wapiennymi podziemiami do punktu przerzutowego, niezauważona przez celników. Przemysł kwitł do XIX w., kiedy w miejscowości zaczęły pojawiać się pierwsi turyści. Okazali się lepszym i bezpieczniejszym źródłem dochodu i z czasem Robin Hood's Bay przekształciła się w rodzinny kurort. Popularnym zajęciem letników jest zbieranie skamielin, których w wapiennym kłifie jest mnóstwo. Podczas odpływu odpadają od niego fragmenty zawierające skamieniałe żyłki i rośliny. Kilkuletni łowcy skarbów

► Ruiny opactwa Whitby na klifie były sceną wielu filmów, m.in. „Harry'ego Pottera” i „Drakuli”



fot.: Irena Stein

◄ Do portowych barów ustawiają się długie kolejki po rybę z frytkami

► Tawerna Golden Fleece w Yorku przyciąga zarówno miłośników tradycyjnej kuchni angielskiej, jak i opowieści o duchach



fot.: Irena Stein



fot.: Irena Stein

z dziecięcymi łopatkami godzinami poszukują ich w przybrzeżnym błocie. Po ocenę znalezisk udają się z rodzicami do miejscowego sklepu geologicznego. Zwykle znajdują belemnity. Nawet im jednak zdarza się znaleźć kości dinozaurów.

W Robin Hood's Bay ma początek trasa spacerowa prowadząca przez największe wrzosowiska Anglii: Park Narodowy North York Moors, z 2 tys. mil szlaków. Jeden z piękniejszych zaczyna się na wzniesieniu Horcum Dyke przy drodze z Yorku do Whitby. Jesienią roztacza się z niego panorama purpurowej od wrzosów doliny, przez którą co parę godzin suną

lśniące zabytkowe parowozy kolei North Yorkshire Moors Railway. Najbliższy przystanek to Goathland. To on zagrał w filmie „Harry Potter” stację, na której kończył bieg Hogwart Express. Z kolei doliny Yorkshire Dales były miejscem akcji „Wichrowych wzgórz”, wiktoriańskiej love story. Powieść Emily Brontë do dziś elektryzuje czytelniczki. Zwiedzając dom, w którym mieszkały utalentowane siostry, czytelnicy usiłują zrozumieć, jak w głowach grzecznych córek pastora mogły zrodzić się tak skrajne namiętności. W Yorkshire wyobraźnia podpowiada najbardziej niezwykle scenariusze. ●

◀ Średniowieczna miejscowość Skipton w hrabstwie North Yorkshire leży nad najdłuższym angielskim sztucznym kanałem; urlopowicze przemierzają okolice specjalnymi barkami rzecznyymi

fot.: Irena Stein



fot.: Irena Stein



fot.: Irena Stein

▲ Amonity zebrane podczas odpływu na plażach Robin Hood's Bay

◀ Wzrosowiska Parku Narodowego North York Moors; tędy przebiega piesz szlak, którym można przejść w poprzek całą Wielką Brytanię

EPIKRYZA (132)

Chorus opera

JAROSŁAW WANECKI
PEDIATRA, FELIETONISTA

Nie ma wielkiej opery bez chóru – napisał we wstępie do programu Teatru Wielkiego dyrektor Waldemar Dąbrowski. – Chór rysuje nastrój, komentuje lub wręcz prowadzi akcję. Potrafi być stronniczy, kapryśny, bywa głosem wybranej postaci albo... widzów.

Zrocznym niemal opóźnieniem od warszawskiej premiery obejrzałem inspirujący spektakl muzyczny, na który finalnie złożyło się 16 operowych scen chóralnych. Zbiorowe dzieło, przygotowane wokalnie przez Mirosława Janowskiego i brawurowo poprowadzone przez maestro Patricka Fournilliera, obejrzałem z podwójną emocją, mając w pamięci niedawną realizację lekarskiego koncertu w Teatrze im. Jana Kochanowskiego w Opolu. Porównanie, rzecz jasna, jest bardzo ryzykowne, może nawet beczelne i nad wyraz egoistyczne, ale na miły Bóg, uzasadnione. „Chorus Opera” zgodnie z zamysłem realizatorów to uzmysłowienie radości śpiewania, dzięki której w organizmie wykonawcy wytwarzają się endorfiny. Wspólny oddech staje się siłą zespołu, terapią budującą więzi społeczne, cementuje przynależność do grupy narodowej, zawodowej, szkolnej, osiedlowej czy parafialnej.

Mirosław Kocur w publikacji poświęconej starożytnym widowiskom greckim stawia chór na pierwszym miejscu, traktując go jako autonomiczną osobę dramatu. Chórzyści rekrutowali się wówczas z obywateli polis i byli sceniczną reprezentacją zbiorowości. Zespoły taneczno-muzyczne pojawiały się więc nie tylko w kontekście przedstawień, lecz także podczas najważniejszych świąt skupiających całą wspólnotę religijną i polityczną. Chór antyczny stawał się artystyczną, a co za tym idzie – w miarę bezpieczną przestrzenią negocjacji między jednostką a zbiorowością. Koncepcja teatralna Greków odzworowywała w ten sposób ideały życia społecznego. Widz odbierał wrażenia przez pryzmat chóru, działaniem zaś, niejako w jego imieniu, zajmował się aktor bohater.

► Lekarski koncert w Opolu w Teatrze im. Jana Kochanowskiego



Fot.: Ewa Soyka

Chorus Medicorum – chór lekarzy – można zatem rozpatrywać wielowarstwowo. W medycynie jak w operze lekarki i lekarze, solistki i soliści, znajdują się w centrum zainteresowania pacjenta i słuchacza. Reszta traktowana jest często jako dodatek. Retorycznym wydaje się jednak pytanie, czy kompozycja indywidualistów pozbawiona zespołu wokół może dobrze brzmieć w dłuższym czasie niż jedna, nawet najbardziej porywająca, aria. Chór medyków zapewnia przecież ciągłość leczenia, łączy diagnozy, konsultuje przypadki i różnicuje choroby.

Chóralne śpiewanie w Opolu miało przypomnieć znaczenie pracy zespołowej, chociaż prościej byłoby zorganizować występy solistów i festiwal kreacji indywidualnych. Łatwiej byłoby postawić na autopromocję! Jednak zebranie rekordowej liczby 240 lekarzy i lekarzy dentystów w celu wspólnego wykonania piosenki ze Stanisławem Soyką miało wymiar

symboliczny. Tym bardziej że jak w lustrze czwartą, ponad 500-osobową, ścianę teatralnej przestrzeni zbudowali wraz z rodzinami i przyjaciółmi malarze, pisarze, fotograficy, rzeźbiarze, symfonicy, dziennikarze, historycy i aktorzy bohaterowie, działający w imieniu samorządowej społeczności. Razem.

Gdyby prześledzić dokładnie historię chóru operowego – pisze Mirosław Kocur – można zauważyć, jak plastycznym tworzywem jest w rękę kompozytora. Sceny zespołowe mogą uwiarygodnić postacie i akcje, definiować świat przedstawiony, wzmacniać nastroje bohaterów, kanalizować emocje, osadzać zdarzenia w kontekstach, negocjować znaczenia, wciągać widza w obręb przedstawienia i odwrotnie – sprawić, by zachował dystans w stosunku do świata przedstawionego, w końcu zaś – zamykać dramat i służyć do wygłaszania morału podsumowującego historię.

PO GODZINACH

Na granicy. Świadeactwa

MAŁGORZATA SOLECKA

DZIENNIKARKA

Przejmujące kino moralnego niepokoju czy zaplanowana akcja, wymierzona w Polskę?
Opinie o „Zielonej granicy” są skrajne.

Da się jednak zauważyć pewną prawidłowość. Pierwszy pogląd formułują osoby, które film widziały. Pod drugim skłonni są podpisać się ci, którzy obrazu Agnieszki Holland nie tylko nie widzieli, ale obejrzeć nie zamierzają.

W ciągu 10 dni od premiery „Zieloną granicę” obejrzało ponad 425 tys. osób – sporo, zwłaszcza że do kin jeszcze nie ruszyły szkoły. Są seanse, po których publiczność nagradza artystów owacjami, co jest przejmujące, ale jeszcze bardziej przejmująca jest głucha, martwa cisza, w jakiej widzowie opuszczają kinowe sale. Jeśli pojawiają się pytania, to raczej o rozłożenie akcentów: czy film nie powinien być bardziej skoncentrowany na dramacie uchodźców? Wzięty pisarz Stefan Twardoch zarzucił Holland, że nakręciła film o dramacie typowej „libki” z Miasteczka Wilanów, którą los rzucił na Podlasie, akurat gdy na polsko-białoruskiej granicy rozgrywał się najostrzejszy akt dramatu.

Drugi nurt miękkiej krytyki tych, którzy film widzieli, koncentruje się wokół pytania: czy „takie rzeczy” naprawdę się wydarzyły? Można wierzyć lub nie, ale jest spora grupa osób, i to opiniotwórczych, która niedowierza. W przetrzucanie ciężarnych nad drutem, w wielokrotne przepychanie rodzin z dziećmi w pas ziemi niczyjej, między pograniczników polskich i białoruskich, w rasistowskie, wulgarne komentarze funkcjonariuszy z orzelkiem na mundurze, w wrywanie ledwo odratowanych z bagien pacjentów ze szpitali, w odmowę wysłania karetki przy bezpośrednim zagrożeniu życia...

„Tak, to wszystko się dzieje – potwierdzam. Jest to skandal, zbrodnia, jest to hańba, jakiej w Polsce nie było od marca '68, a może i dawniej” – pisał kilka dni po premierze Jakub Siczko, który koordynował w 2021 r. akcję „Medycy na

granicy”. „Ale nie ja powinienem o tym świadczyć – byłem na granicy krótko, prawie dwa lata temu. Czytajcie relacje tych dzielnych ludzi, którzy są tam najdłużej i o kryzysie granicznym opowiedzieli najwięcej. Followujcie te profile, niech ta prawda was boli” – apelował do recenzentów, wątpiących w prawdziwość sytuacji ukazanych w filmie.

Najbardziej przejmująca jest głucha,
martwa cisza, w jakiej widzowie
opuszczają kinowe sale

– Tak było – mówiła 22 września, podczas webinarium prowadzonego przez dr. Pawła Grzesiowskiego (tzw. covidowe piątki), dr n. med. Agnieszka Sulikowska, specjalistka mikrobiologii lekarskiej, która pracuje m.in. w szpitalu w Hajnówce. Od lata 2021 r., gdy wybuchł kryzys w Usnarzu, na bieżąco relacjonowała zdarzenia na granicy, zapraszając do udziału w webinarium inne osoby zaangażowane w pomoc dla uchodźców. – Zdarzało się, że musiałam niemal siłą wypraszać funkcjonariuszy Straży Granicznej (SG) z sali, bo stali nad pacjentami dosłownie z bronią. Powoływałam się na ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. W odpowiedzi słyszałam, że obowiązuje nas ustawa o SG – przypominała, podkreślając, że choć sytuacja nieco się poprawiła, dramat migrantów trwa.

Ze „tak było”, świadczyła też podczas – o paradoksie – I Kongresu Humanizacji Medycyny, zorganizowanego w murach Uniwersytetu

Warszawskiego, dr Hanna Machińska, ówczesna zastępczyni Rzecznika Praw Obywatelskich. Wydarzenia na pograniczu nazywała hańbą, która zostanie oceniona przez historię. Przypominała, że zapomnianym aspektem rozmów o humanizacji jest permanentne łamanie podstawowych praw człowieka, w tym do ochrony zdrowia. – Dotyczy to zarówno tych, którzy podejmują udaremniające próby przedostania się przez granicę i są cofani na Białoruś, jak i tych, którym udało się do Polski przedostać i trafiają do zamkniętych ośrodków. W jednym z takich ośrodków znalazł się uchodźca cierpiący na glejaka mózgu. Lekarz stwierdził, że może zostać w ośrodku, bo i tak długo nie pożyje – mówiła.

Ogromna część medyków, być może zdecydowana większość, zachowuje się jednak „jak trzeba”. Symbolem może być nominacja dr. n. med. Tomasza Masiuka, zastępcy dyrektora ds. lecznictwa szpitala w Hajnówce, do tegorocznej Nagrody im. Olgi Kersten-Matwin, przyznawanej „działającym na rzecz uchodźczyń i uchodźców, migrantek i migrantów, w tym szczególnie dzieci i młodzieży, szukających w Polsce schronienia przed zagrożeniami dla życia i zdrowia spowodowanymi dyskryminacją, prześladowaniami, wojną, konfliktami zbrojnymi, katastrofami, kataklizmami, strukturalnym ubóstwem”. Choć nagroda powędrowała w inne ręce, sama nominacja świadczy, że wysiłki personelu szpitala w Hajnówce dostrzeżono i doceniono.

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

PO GODZINACH – CZYTELNIĄ

**Ucisz swojego
wewnętrznego krytyka.****Julia Bueno**

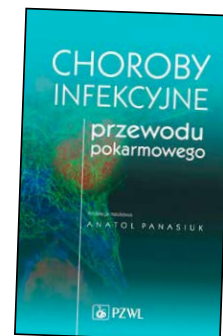
Ile razy krytykowaliśmy samych siebie, byliśmy z siebie niezadowoleni? Ile razy podnosiliśmy poprzeczkę coraz wyżej, bo tak trzeba, bo wypada, bo oczekują tego rodzice, bo wymagają nauczyciele, bo sąsiedzi... Julia Bueno przeanalizowała historie swoich pacjentów, ukazując kulisy procesu terapeutycznego i to, jak oczekiwania innych potęgują naszą własną samokrytykę.

Marnie stara się robić wszystko jak najlepiej, mimo to nigdy nie czuje się wystarczająco dobra. Daniel odnosi sukcesy zawodowe, ale uważa, że nie zasługuje na przyjaźń i miłość. Susan zgodnie z nakazem wiary poświęca swoje marzenia, by pomagać innym. Zawstydzający i wyśmiewający wewnętrzny głos nie pozwala bohaterom książki żyć szczęśliwie i w zgodzie ze sobą. Może się też przyczyniać do rozwoju depresji, zaburzeń lękowych, problemów w relacjach. Autorka książki pokazuje, że od wewnętrznego krytyka można się uwolnić.

**Choroby infekcyjne
przewodu pokarmowego**
Redakcja naukowa:**Anatol Panasiuk**

Drobnoustroje fizjologicznie otaczają nas niemal z każdej strony. Są obecne na skórze, błonach śluzowych oraz w układzie oddechowym, moczowo-płciowym i pokarmowym. Większość drobnoustrojów nie jest w stanie pokonać bariery odporności, jednak części udaje się wnikać do organizmu. Jeśli dodamy do tego migrację ludności oraz turystykę światową, zobaczymy, jak powszechnym problemem stają się infekcje przewodu pokarmowego.

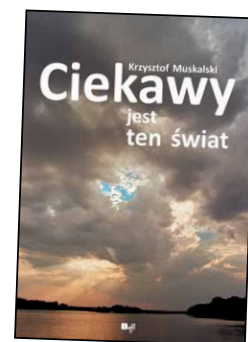
Opracowanie dostarcza dużą dawkę aktualnej wiedzy z pogranicza fizjologii, chorób zakaźnych, mikrobiologii oraz gastroenterologii, pediatrii, geriatrii, intensywnej terapii, dietetyki czy medycyny podróży. Zdaniem prof. Barbary Skrzydło informacje zawarte w książce są pomocą dla lekarzy różnych specjalności i na różnym etapie profesjonalnego rozwoju: gastroenterologów, internistów, lekarzy chorób zakaźnych, a także rezydentów, i stanowią wsparcie w ich trudnej codziennej pracy.

**Lekarze. Walka o życie**
Anna Waclawik

Paweł, Justyna, David i Piotr pojechali na Ukrainę, by robić to, co potrafią najlepiej – ratować ludzkie życie. Pomagają na terenie działań wojennych, pod ostrzałem, w zniszczonych wsiach, o których nikt już nie pamięta. Tym, którzy są zbyt słabi, by wyjechać z piekła, i tym, którzy walczą o lepsze jutro. Trudne rozmowy, jeszcze trudniejsze decyzje, ostrzał, bomby, cierpienie, bezsilność, strach, trauma, łzy, adrenalina – to dla nich codzienność. Jest też wdzięczność i tony wzruszenia – za leki, uśmiech, czekoladę i dobre słowo – oraz nadzieja, że znowu uda się wygrać ze śmiercią. Ta książka to kolejny dowód na to, w jak okrutnym świecie niektórym przyszło żyć, i jednocześnie, jak dzięki ludziom dobrej woli ten świat może stawać się chociaż odrobinę lepszy. I na to, jak trudny i obciążający psychicznie, a zarazem piękny i satysfakcjonujący może być zawód medyka.

**Ciekawy jest ten świat**
Krzysztof Muskalski

Zbiór felietonów okraszony fantastycznymi, przyciągającymi uwagę zdjęciami – oto przepis na książkę podróżniczą w wykonaniu Krzysztofa Muskalskiego, okulisty i artysty fotografii, przewodniczącego Międzynarodowych Salonów Fotografii Artystycznej Lekarzy PhotoArtMedica. Autor słowem i obrazem pokazuje najróżniejsze, często nieoczywiste zakątki Polski i świata. Szwajcaria w Afryce, świętokrzyski Wersal, a może podróż do luksusowego reżimu? W drogę! Przekonaj się, czy „łowcy głów są wśród nas” i posmakuj prawdziwej magii, spacerując klimatycznymi uliczkami czeskiej stolicy. Poznaj tajemnice „Czerwonej Ziemi” i innych intrygujących miejsc. Rozsmakuj się w opowieściach wypełnionych lokalnym folklorem i historycznymi ciekawostkami. Książka poza wybranymi księgarniami dostępna jest też bezpośrednio u autora, z dedykacją i autografem (kontakt: okulista@muskalski.pl).



PO GODZINACH – BŁĄD MALARSKI

Jak na psie

Gabinety chirurgiczne, czy te z poprzedniej epoki ozdobione łuszczącą się lamperią, czy te z prywatnych klinik z budżetem na architekta wnętrz, łączy sterylność i precyzja.

To nie przytulne pokoje ze stosami książek, bibelotów, ściereczek i słoików. Jan Josef Horemans pokazuje nam jednak, że w osiemnastowiecznej Antwerpii panowała wśród chirurgów zgoła inna moda.



Jan Josef Horemans, „Wnętrze u chirurga i praktykanta zajmującym się pacjentem”, 1772, Wellcome Collection

Horemans zaprasza nas do domu chirurga, wypełnionego niezliczonymi flaszками, słoikami, narzędziami, szafkami oraz skrzyneczkami. Panuje tu niejaki rogardiasz. Chirurg, odwrócony do widza plecami, nadzoruje swego praktykanta, który nacina miejsce pod pachą siedzącego na krześle mężczyzny. Twarz pacjenta wykręca grymas bólu, niemal wyrывa się on z rąk operującego go, skupionego adepta chirurgii.

Dla mnie jednak najciekawszy bohaterowie obrazu znajdują się poza centralnym kręgiem chirurga, pacjenta i praktykanta. Jeśli spojrzeć trochę w bok, po obu stronach rozgrywają się sytuacje tak dramatyczne, jak i komiczne. Zaczniemy zatem od prawej strony obrazu. Tutaj, poniżej półek zastawionych słoikami z lekarstwami, przysiadła kobieta. W zasadzie powiedzieć by

AGATA MORKA
DOKTOR HISTORII SZTUKI

można, że nie tyle przysiadła, co opadła, jej wyraz twarzy wskazuje bowiem na targające nią ekstremalne emocje. Czy to partnerka operowanego, zmartwiona jego kondycją? Czy może następna w kolejce pacjentka, sparaliżowana strachem przed tym, co ją czeka?

Kolejnej zagadki dostarcza widzowi lewa strona obrazu. Tutaj, obok dzbanka, ścierki i ściennej karty, które mają swoje uzasadnione miejsce w domu chirurga, Horemans



umieszcza element dość zastanawiający. W samym środku tej bądź co bądź sali operacyjnej stoi pies. Co tutaj robi? Czy przyszedł wraz z pacjentem, co sugerować by mógł pysk zwrócony w jego kierunku? Czy też chirurg specjalizuje się również w przypadkach weterynaryjnych?

Pozostaje mieć nadzieję, że obecność czworonoga nie zakłóci przebiegu zabiegu. I że rana pacjenta będzie się goić jak na psie.

Rozwiązanie zagadki z „GL” 10/2023

Szczegóły różniące obrazy:

1. Zmiana koloru futra kota na czarny. W „Olimpii” Manet namalował czarnego kota towarzyszącego modelce.
2. Usunięcie czerwonego pantofla z nogi w tyle. Na portrecie Maneta modelka ma na sobie tylko jeden pantofel, drugi leży obok jej nagej stopy, zatem taki układ byłby bliższy obrazowi, który zainspirował Kozyrę.
3. Usunięcie aksamitki z szyi. Aksamitka na szyi nagej Olimpii to jedna z jej najbardziej rozpoznawalnych cech, w przewrotny sposób jeszcze bardziej podkreślająca nagość portretowanej.
4. Dodanie kotary w lewym górnym rogu obrazu. Kozyra decyduje się na czarne tło, inaczej niż Manet, który poprzez dodanie szczegółów wystroju wnętrza pokoju, w którym leży Olimpia, umieścił ją w bardzo konkretnie zdefiniowanej przestrzeni.



Katarzyna Kozyra, Olimpia, 1996, depozyt w Muzeum Narodowym w Krakowie

WSKAŹ ORYGINAŁ I ZNAJDŹ CZTERY SZCZEGÓŁY RÓŻNIĄCE OBRAZY.

Odpowiedź prześlij na bladmalarski@gazetalekarska.pl do 16 listopada 2023 r.

W temacie maila należy wpisać GL11 oraz podać dane do kontaktu (imię i nazwisko, adres, telefon). Jedna osoba może przesłać jedną odpowiedź.

NAGRODZENI „GL” 10/2023

Voucher do Hotelu Prezydent **** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje Marian Drożdżał z Torunia. Gratulujemy!

Nagrody dodatkowe: Anna Bronowicz (Łomża), Anna Kit (Słupsk), Kacper Maciej (Cieszyn).

Dla jednej z osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi

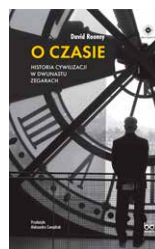
HOTEL PREZYDENT
MEDICAL SPA & WELLNESS
HOTEL PRZYJAZNY DOROSŁYM

 WYDAWNICTWO
UNIwersYTETU
JAGIELLOŃSKIEGO
www.wuj.pl

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

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

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



KLAUZULA INFORMACYJNA

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

PO GODZINACH – KULTURA

„PhotoArtMedica 2023” rozstrzygnięta

KRZYSZTOF MUSKALSKI

LEKARZ, ARTYSTA FOTOGRAFIK, POMYSŁODAWCA
I PRZEWODNICZĄCY SALONÓW „PHOTOARTMEDICA”

Główną nagrodę, statuetkę autorstwa artysty rzeźbiarza Mariusza Chrząstka ufundowaną przez prezesa NRL Łukasza Jankowskiego, otrzymał dr Ahmed Mohamed Hassan z Kataru za siedem fotografii.

XI Międzynarodowy Salon Fotografii Artystycznej Lekarzy „PhotoArtMedica 2023”, organizowany przez Okręgową Izbę Lekarską w Częstochowie, zgromadził 92 uczestników z kilkunastu krajów świata: Australii, Bangladeszu, Bułgarii, Indii, Irlandii, Kanady, Kataru, Polski, Rumunii, Słowenii, Szwecji, USA, Węgier oraz Włoch. Nadesłali oni 658 fotografii – 249 w kategorii „portret”, 335 w kategorii „temat wolny” oraz 74 w kategorii „fotografia edyczna”. Salon odbywał się pod patronatem honorowym prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej Łukasza Jankowskiego oraz auspicjami Międzynarodowej Federacji Sztuki Fotograficznej FIAP i patronatem Fotoklubu RP.

Główną nagrodę „PhotoArtMedica 2023 Grand Prix” – statuetkę ufundowaną przez prezesa NRL Łukasza Jankowskiego – otrzymał dr Ahmed Mohamed Hassan (zdrowie publiczne) z Kataru za siedem fotografii w kategoriach „portret” i „temat wolny”.

W kategorii „portret” uhonorowani zostali m.in.: prof. Francesco Carracchia, chirurg szczękowo-twarzowy z Włoch (złoty medal Fotoklubu RP), dr Alfred Micał, ginekolog-położnik ze Stalowej Woli (srebrny medal Fotoklubu RP), dr Maciej Józwiak, dentysta z Warszawy (honorowy medal FIAP), prof. Maurizio Iazeolla, neurolog z Włoch (złoty medal PhotoArtMedica), dr Dariusz Hankiewicz, otolaryngolog z Radzyna Podlaskiego (brązowy medal PhotoArtMedica), student Michał Kawa z Częstochowy (honorowe wyróżnienie PhotoArtMedica).

W kategorii „temat wolny” laureatami zostali m.in. dr Jacek Świętochowski, pediatra z Przemyśla (złoty medal Fotoklubu RP), dr Wojciech Przybylski,

▼▼
Dr Ahmed
Mohamed
HASSAN
– Doha
(Katar) –
Laureat
PhotoArt-
Medica
2023
Grand
Prix
Black
Conical
Red camel



internista z Bedonia Przykościelnego (srebrny medal Fotoklubu RP), prof. Asok Sengupta, pulmonolog z Indii (medal honorowy FIAP), prof. Piotr Milkiewicz, gastroenterolog hepatolog ze Szczecina (złoty medal PhotoArtMedica).

W kategorii „fotografia medyczna” główną nagrodę – Medal im. Dr. Władysława Biegańskiego „Polskiego Hipokratesa” za szczególne walory

etyczne – zdobył dr Rashid Un Nabi, radiolog onkologiczny z Bangladeszu, ponadto m.in. dr Ronald Arnakis, dentysta z Rumunii (srebrny medal PhotoArtMedica) oraz prof. Edward Wylegała, okulista z Katowic (brązowy medal PhotoArtMedica). Patronat medialny nad wydarzeniem objęła „Gazeta Lekarska”.

Za nami 11 lat Salonów PhotoArtMedica. Przyniosły one nam wszystkim nie tylko wiele inspiracji artystycznych, ale także działania integracyjne. Z wieloma z Uczestników poznaliśmy się osobiście przy okazji wernisaży, wystawy PhotoArtMedica odwiedziły wiele miast. W czerwcu 2023 r.

po raz pierwszy zrealizowaliśmy wspólną wystawę z przyjaciółmi z Włoskiego Towarzystwa Lekarzy Fotografów AMFI poza granicami Polski, w Rzymie, w ramach projektu World Medical View.

Z dużą satysfakcją będziemy oczekiwać na realizację powstania z inicjatywy Riccardo Busi, prezydenta FIAP, Międzynarodowego Medycznego Klubu Fotografów. ●

PO GODZINACH – KULTURA

Gloria, Gloria...

JAROSŁAW WANECKI

Już po raz 34. w Sali Wielkiej Zamku Królewskiego w Warszawie honorowano medalem Gloria Medicinae. Uroczystość Polskiego Towarzystwa Lekarskiego pod patronatem pani prezydentowej Agaty Kornhauser-Dudy uświetnił koncert w wykonaniu lekarzy.

Zgodnie z tradycją Gaude Mater Polonia wprowadziła do auli orszak lekarski z prezesem PTL prof. Waldemarem Kostewiczem i kanclerzem Kapituły prof. Jerzym Woy-Wojciechowskim. Prowadząca galę Alicja Woy-Wojciechowska przedstawiała kolejno zasługi laureatów AD 2023. Po Hymnie Lekarzy zaproszono profesora Stanisława Głuszka z Kielc, który otrzymał tytuł Medicus Nobilis z sygnetem. Następnie tytuł Przyjaciela po Wsze Czasy Polskiego Towarzystwa Lekarskiego odebrała doktor Anna Kutkowska-Kass. Odznaczenia Zasłużonemu Polskie Towarzystwo Lekarskie przypadły w udziale: aktorce i założycielce Fundacji „Akogo?” Ewie Błaszczak, księdzu Arkadiuszowi Zawistowskiemu, profesorowi Bogdanowi Ciszewskiemu, Iwonie Teżyńskiej-Oniszk i Sylwestrowi Oniszk oraz Markowi Kulejowi i Ryszardowi Szołdzie. Tytuł Bene Meritus otrzymali: dr hab. n. med. Ewelina Sielska-Badurek, dyrektor Domu Lekarza Seniora Aneta Olszak, redaktor Adam Górczyński oraz Maciej Kierzkiewicz, Włodzimierz Perczyński, Roman Sobiecki, Janina Szampan, Maria Górka i Maciej Jackowiak.

Kulminacyjnym punktem zamkowego spotkania było oznaczenie medalem Gloria Medicinae. Do zaszczytnego grona trzystu lekarzy i lekarzy dentyków dopisani zostali za ofiarną służbę

► Kulminacyjnym punktem zamkowego spotkania było oznaczenie medalem Gloria Medicinae



fot.: Jarosław Wanecki

ludziom, za najwyższy szacunek dla zdrowia i życia ludzkiego, za sumienne i godne wykonywanie sztuki leczenia: prof. Zbigniew Wszolek (Mayo Clinic, Floryda), Krzysztof Makuch (Warszawa), prof. Piotr Odrowąż-Pieniążek (Kraków), Maria Syczewska (Baranowicze, Białoruś), Paweł Wróblewski (Wrocław), Janusz Kasina (Szwecja), prof. Arkadiusz Jawień (Bydgoszcz), Piotr Paździor (Ostrołęka), Krystyna Janukowicz (Ameryka k/Olsztyn) i Lesław Ciepiela (Dębica).

Niespodzianką z okazji Roku Mikołaja Kopernika – lekarza, a dopiero potem astronoma, co wyraźnie podkreśliła autorka

tekstu Alicja Woy-Wojciechowska – była piosenka napisana z okazji amerykańskiego tournée Teatrzyku Piosenki Lekarzy Eskulap. Utwór z muzyką obchodzącego w tym roku 90. urodziny Jerzego Woy-Wojciechowskiego zaśpiewały w duecie Anna Kutkowska-Kass i Ewelina Sielska-Badurek, którym akompaniowała Zofia Małas. Wśród gości była pierwsza wykonawczyni sprzed 50 lat, okulista Krystyna Wieczorek. Finałowego Poloneza As-dur opus 53 Fryderyka Chopina wykonał Bartosz Zwolan.

Gratulacjom i fotografiom w królewskich salach nie było końca. ●

Jesienny puls słowa

51. Warszawska Jesień Poezji po raz kolejny miała bardzo mocny akcent lekarski. Najpierw 14 października ogłoszono wyniki XIV Ogólnopolskiego Konkursu Poetycko-Prozatorskiego „Puls Słowa” dla lekarzy i lekarzy dentyków. Tegorocznymi laureatami zostali kolejno w kategorii liryki: Barbara Rysz-Postawa (Kraków), Bolesław

Sawicki (Łódź), Katarzyna Wierzbicka (Otwock) oraz wyróżniona Monika Szymczakowska. Prozatorzy zwyciężyli to Joanna Matlachowska-Pala (Opole), Agnieszka Kania (Opole) i Zbigniew Kostrzewa (Łowicz). Specjalną nagrodę – prezentację autorską na łamach pisma kulturalno-społecznego „Własnym Głosem” otrzymał Jerzy Andrzejczak z Łodzi.

Jury obradowało pod przewodnictwem Marka Wawrzewicza – prezesa Związku Literatów Polskich. Wieczór uświetnił koncert poetycko-muzyczny „Molekuły wrażliwości 6.0” w wykonaniu Yordany Dranchuk, Iwony Rulewicz, Romualda Vorbrodta i Wojciecha Magnuskiego. Nad całością czuwała Majka Żywicka-Luckner. ●

(JW)

PO GODZINACH – KULTURA

Opera w pałacu



fot.: Jarosław Wanecki

Dr hab. Ewelina Sielska-Badurek, tegoroczna stypendystka Ministerstwa Kultury i Dziedzictwa Narodowego, laryngolog foniatra, zrealizowała w Muzeum Wnętrz w Otwocku Wielkim dwa koncerty z muzyką Moniuszki, Mozarta, Pucciniego i Kurpińskiego.

W lipcowy wieczór najpiękniejsze arie i duety operowe prezentowały, poza organizatorką, także inne dwie lekarki: Anna Kutkowska-Kass i Hanna Zajączkiewicz. We wrześniu natomiast w otwockim parku pałacowym zaprezentowano operę komiczną „Zamek na Czorsztynie, czyli Bojomir i Wanda” Karola Kurpińskiego z udziałem solistów, orkiestry Sinfonia Iuventus pod dyktando Piotra Łopackiego i bardzo ciekawym

projektem pantomimiczno-baletowym Teatru Akt.

Ewelina Sielska-Badurek równolegle realizowała projekt pod patronatem medialnym „Gazety Lekarskiej”: Muzyczne portrety kobiet – pieśni zapomnianych kompozytorek polskich. Koncerty w Karczewie, Gdańsku, Białymstoku i Warszawie przypominały twórczość: Marii Szymanowskiej, Zofii Wróblewskiej-Obtułowiczowej, Ryty Gnus, Leokadii Muszyńskiej-Wojciechowskiej, Ireny Białkiewiczówny i Heleny Dorabalskiej. Relacje z wydarzeń będzie można zobaczyć po uruchomieniu platformy Mediateki Kultury i Historii Lekarskiej.

(JW)

Filharmonia im. Mieczysława Karłowicza w Szczecinie
22 października 2023 roku
godz. 17.00

**KONCERT CHARYTATYWNY
POLSKIEJ ORKIESTRY
LEKARZY**

dyrygent
Paweł Kapuła
przygotowanie chórów
prof. Ryszard Handke

Wykonawcy:
Polska Orkiestra Lekarzy
Chór Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie
Chór Okręgowy Izby Lekarskiej „Remedium”

Utwory:
J.S. Bach: Fuga orkiestrowa h-moll BWV 1067
fety: Katarzyna Musiałowicz, Karolina Pułkowska-Cieśla
D. Cimarosa: Koncert G-dur na dwa flety i orkiestrę
fety: Ewa Szemys, Maciej Mikulski „Remedium”
W.A. Mozart: Requiem d-moll KV 626 solści: Hanna Zajączkiewicz- sopran, Anna Wilczyńska- mezzosopran, Zdzisław Madeja- tenor, Dariusz Machaj- bas

Całkowity dochód z koncertu zostanie przekazany Regionalnej Fundacji Walki z Rakiem na rzecz Zachodniopomorskiego Centrum Onkologii

PATRONAT: [logos]
WSPÓŁORGANIZATORZY: [logos]
PARTNERZY: [logos]
PARTNERZY MEDIALNI: [logos]

Polska Orkiestra Lekarzy w Filharmonii Szczecińskiej

Architektoniczna perła z jedną z najpiękniejszych sal symfonicznych w Europie gościła w październiku Polską Orkiestrę Lekarzy, prowadzoną od dekady przez Elżbietę Czechowską. POL występuje pod auspicjami Ośrodka Kultury i Dziedzictwa Historycznego Naczelnej Izby Lekarskiej tylko raz w roku. Tym razem na charytatywny koncert, z którego dobrowolne datki zostały przekazane na Regionalną Fundację Walki z Rakiem działającą na rzecz Zachodniopomorskiego Centrum Onkologii, zaprosił Szczecin. I to podwójnie. Sobotnia próba z udziałem publiczności odbyła się w Bazylice Archikatedralnej św. Jakuba Apostoła, a główny popis w Filharmonii im. Mieczysława Karłowicza. W programie znalazły się utwory Jana Sebastiana Bacha, Domenico Cimarosa i Wolfganga Amadeusza Mozarta. Orkiestrze towarzyszyły chóry lekarskie: samorządowe Remedium oraz zespół Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego. Obydwa przygotowane przez Ryszarda Handkego. Całość poprowadził maestro Paweł Kapuła. Requiem d-moll KV 626 stało się niezapomnianym popisem wokalnym solistów: Hanny Zajączkiewicz, Anny Wilczyńskiej, Zdzisława Madeja i Dariusza Machaja.

(JW)

Sztuki plastyczne w Orońsku

W Muzeum Rzeźby Polskiej odbył się IX Ogólnopolski Plener Ceramiki Artystycznej dla lekarzy i lekarzy dentystów, tradycyjnie przygotowany przez doktora Stanisława Mysia z Rady Ośrodka Kultury i Dziedzictwa Historycznego NIL. Współorganizatorem wrześniowych warsztatów była Śląska Izba Lekarska w Katowicach. W uroczystym wernisażu wzięło udział ponad dwudziestu artystów ceramiki, fotografii i malarstwa. Wolny czas od pracy



fot.: Jarosław Wanecki

twórczej przy piecu do wypalania gliny umilały spacer po orońskim parku sztuki oraz wycieczka do Muzeum Gombowicza, zorganizowana przez Ewę Miękus-Pączek z radomskiej delegatury Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.

(JW)

Malarze nad Jeziorem Turawskim

Na początku września odbył się XXII Ogólnopolski Plener Malujących Lekarzy pod egidą Naczelnej Rady Lekarskiej w ramach Kongresu Kultury i Historii Lekarskiej Opole 2023. Uczestniczyło w nim 21 malujących lekarzy z osobami

towarzyszącymi. Uczestnicy reprezentowali izby: Zachodniopomorską, Dolnośląską, Podkarpacką, Śląską, Wielkopolską, Łódzką, Lubelską, Płocką i Warszawską. W przerwie koncertu w teatrze opolskim odbył się oficjalny wernisaż sześćdziesięciu obrazów namalowanych w Turawie. Wystawę zobaczyło ponad dwustu zainteresowanych sztuką malarską lekarzy.

Włodzimierz Cerański

PO GODZINACH — PROZA

TANB 4233

(wybrany fragment)

ELŻBIETA LIPSKA



fot.: materiały prasowe

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

Jest lekarką, zajmuje się endokrynologią i diabetologią dziecięcą, pediatrią i medycyną ratunkową. Oprócz wiedzy medycznej, intuicji i wrażliwości posiada talent literacki, który ma swoje źródło w pasji poznawania świata i ludzi. Współpracując z Polską Misją Medyczną, uczestniczyła w kilkudziesięciu akcjach ratowniczych i humanitarnych podczas katastrof naturalnych i wojen na całym świecie. Te doświadczenia stanowią załączek jej twórczości. Debiutowała zbiorem opowiadań „Zalzała ziemia drży” nagrodzonym w konkursach literackich: Puls Słowa (2021) oraz Przychodzi wena do lekarza (2022, 2023). Bezpośrednim impulsem do powstania opowiadań stało się trzęsienie ziemi, które 26 grudnia 2003 r. o godzinie 5.28 czasu lokalnego nawiedziło Bam w Iranie.

I znówu Fardin stanął u jej stóp. Tanb – góra, którą wiele lat mijał po drodze do Kermanu i porozrzucanych dookoła wiosek i siedlisk ludzkich, nigdy przedtem nie przyciągała jego uwagi. Piękna, ale nieprzystępna, krajobraz, ale nie cel. Góra – most, chroniąca miasta, domy i drogi przed niszczycielskim, pustynnym wiatrem, strażniczka i opiekunka ludzi i natury.

Aż nadszedł *ten* dzień, *ta* przekłeta chwila, która odebrała mu wszystko. Wtedy czas się zatrzymał, zamilkł szept świata, zamarł oddech, dusza skamieniała. Nadeszła bezdenna pustka, jego życie zmieniło się nieodwołalnie. Zniknęła przyszłość, pozostawiając go w milczącym, nieukojonym cierpieniu po utraconej przeszłości. Trwał w tym bezruchu godzina po godzinie, dzień po dniu, noc po nocy, bez końca.

I wtedy góra przemówiła, wezwała go do siebie. Nie umiał się przeciwstawić sile jej głosu. Podniósł się z trudem, przyszedł do jej podnóża i stanął przed nią pokornie. Lodowaty i nieprzenikniony jak ona, pasowali do siebie.

To niemożliwe – pomyślał, że nie ma dość sił, aby wejść na jej szczyt, to o wiele wyżej niż sięga niski horyzont jego możliwości. Ledwo udało mu się podołać codzienności, jak miał sprostać temu karkołomnemu wyzwaniu? Może zamiast zdobywać górę, powoli obejdzie ją wokół, przyjrzy się z dystansu każdej ze stron, ścianom i szczelinom, urwiskom i skalnym półkom, ścieżkom i wąskim, prowadzącym tylko w jedną stronę przesmykom. Może długą samotną wędrówką odda pokłon Jej Wysokości Górze Tanb.

Ale nie tego żądała, czuł to wyraźnie, pierwszy raz od dawna doświadczał uczucia, które dotknęło jego złodowaczej duszy. Chciała, aby zmierzył się z nią wprost, krok po kroku i oddech po oddechu, kamień po kamieniu i skała po skałe. (...)

I teraz ponownie, jak każdego roku, stawiał się na jej wezwanie i ruszał na morderczą wspinaczkę, nierówną walkę z własną słabością wobec bezkresnej natury. Nie zastanawiał się, czy osiągnie szczyt,

nie wiedział, skąd pochodziła determinacja do dokonywania niemożliwego. Każda droga zaczyna się od pierwszego kroku, więc stawiał ten krok, a za nim kolejne, przed siebie, do góry, bez dywagacji, bez spoglądania wstecz ani wybiegania w przyszłość.

Kiedy się na niego patrzyło, z każdym rokiem coraz bardziej kruchego i bezradnego wobec świata, kolejna próba wydawała się szaleństwem. Ale siła bezsilności popychała małego człowieka do przodu, a góra otwierała przed nim swoje ścieżki jak ramiona, witając dawno niewidzianego domownika. Wejść, proszę, rozgość się w moich skalnych wnętrzach, zostań jak długo zechcesz – zapraszam!

* * *

(...) Pod przymkniętym powiekami zamigotały promyki światła, zmrużył mocno oczy i wtedy ją dostrzegł, jakby stała tuż obok. Shirin delikatnie głaskała go po obolałym barku, a znajomy dotyk koił ból, dodawał nieistniejących sił. – Poradzisz sobie, wstań, chodź do nas – zdawała się mówić miękkim głosem, za którym codziennie tak bardzo tęsknił.

Wiedział, że to złudzenie, a mimo to wstał, z trudem się wyprostował, otarł z ubrania krew i piach, popatrzył wysoko w stronę szczytu – to tam miał dotrzeć, tam na niego czekali. Poprawił opatrunek, założył zapasowe rękawice, podniósł plecak i odetchnął głęboko. Możliwe od niemożliwego dzieli determinacja – doświadczony wędrowiec idzie pomału, lecz bez ustanku¹.

Ruszył w górę.

¹ przysłowie perskie



Ogólnopolski Konkurs Literacki
im. Prof. Andrzeja Szczeklika

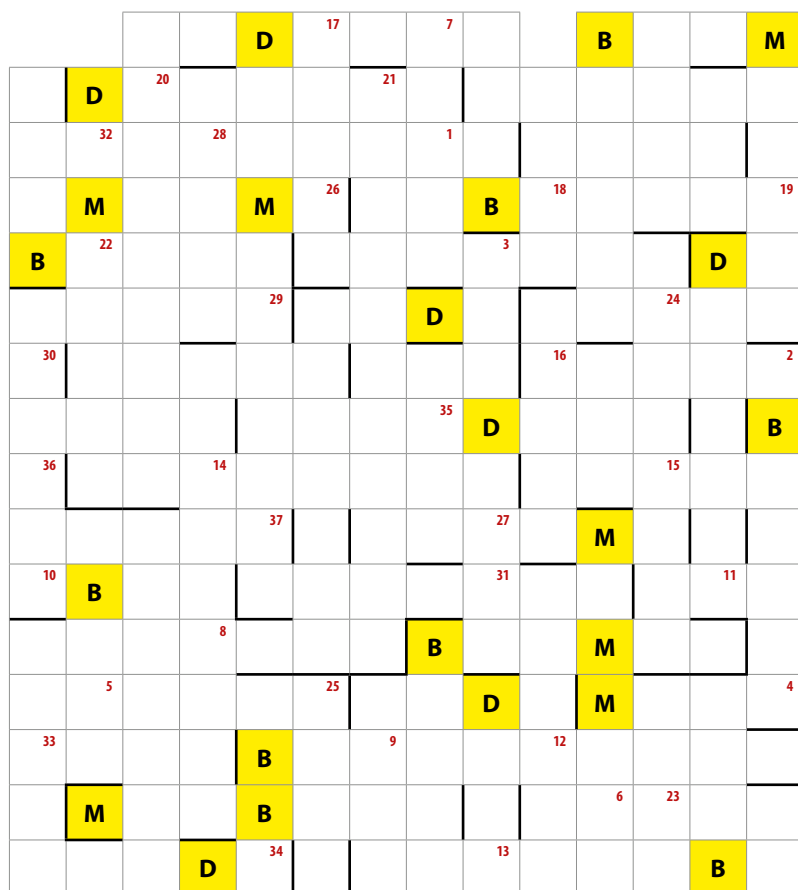


Ogłoszenia

JOLKA LEKARSKA 289



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



Objaśnienia 71 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: B, D i M. Na ponumerowanych polach ukryto 37 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to myśl Tytusa Chałubińskiego.

Hasło należy przysłać na karcie pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres: jolka@gazetalekarska.pl do 18 października 2023 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań wylosujemy laureatów, którzy otrzymają nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).

* wzgórek (łac.) * rotmistrz, ochotnik do Auschwitz, żołnierz wykłety * port wojenny na wschód od Marsylii * sutki (łac.) * konkluzja, propozycja * uraza, niechęć * gestwina * napisał „Kolumbowie. Rocznik 20” * pipeta, kapilara * przydomek żony Franciszka Józefa * dawniej Kongo * otepienie (łac.) * prawo, które miało pomóc w zwalczaniu piractwa i przestępstw internetowych * święto boga wina * gród nad jeziorem Pejpus * poronienie (łac.) * zsyte kawałki futra * lider zespołu Masters * gazzone, sodowane * nasz sojusz * gdański ksiądz astronomii * pieśń w operze * substancja, na którą działa enzym * potomek syna Lota i jego starszej córki * jasny niebieski kolor * na wieniec dla zwycięzcy starożytnych igrzysk * dawna kolonia portugalska w Indiach * stan wygaśnięcia cierpień * Salvador, surrealist hiszpański * sól kwasu octowego * serwuje drinki * stalowa skrzynia do prac pod wodą * huma, persynomal * metoda izolacji i badania drobnoustrojów * płynie przez Bihac * H₂O * egipska opera Verdiego * mieszka w Libii i Omanie * długodojrzewająca kielbasa * pasożytnicza ryba sumokształtna * turystyczna wieś nad Solinką * bóg ciemności Hadesu * gniciuch, zakalec * ołówek do pisania

na skórze * pamateria w mitologii egipskiej * poziomy lub ukośny element konstrukcji * biegunka pokarmowa * stolica ostanu Fars * sławna szwedzka czwórka * transkrypcja odwrotna * siatka po serwie * wyciąg pionowy * duże ptaki z sokolowatych * trzecia wyspa Balearów * mutacja z ubytkiem odcinka DNA * możliwość sprzedaży * trucizna z wilczej jagody * ze stolicą w Patnie * nikczemnik, drań * wymiociny (łac.) * nurzyk * las olchowy * powiatowy gród nad Sanem, powyżej Sanoka * mieszkanka Teheranu * imię wolnomyśliciela spalonego żywcem (1600 r.) * bambus lub z rolki * między cyrkonem a molibdenem * mieszkańcy Baku * nieudolne czytanie * polimer na protezy * imię lekarza odkrywcy Zakopanego i Tatr.

Jerzy Badowski

Rozwiązanie jolki lekarskiej nr 287 („GL” 07-08/2023)
Nie ten przyjaciel, kto współczuje, a ten kto pomaga

Nagrody otrzymują:

Józef Jagus (Kielce), Karina Maj-Stabno (Września), Weronika Pelczar-Plachta (Poznań), Katarzyna Baczyńska (Borówiec), Aneta Stefańska (Dąbrowa Górnicza).

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

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

WYDAWCA



Naczelna
Rada
Lekarska

Gazeta Lekarska dla członków
izb lekarskich bezpłatna

Nakład: 181 370 egz.

Kolegium redakcyjne

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

Redakcja

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

Karolina Kowalska

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

Anna Wojda

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

Lidia Sulikowska

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

Mariusz Tomczak

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

Reklama i marketing

anna.wojda@nil.org.pl
tel. 606 699 830

Ogłoszenia

ogloszenia@gazetalekarska.pl

Stale z nami współpracują

Adam Czerwiński, Lucyna Krysiak,
Jacek Miarka, Agata Morka,
Małgorzata Solecka,
Jarosław Waneck, Grzegorz Wrona

Projekt okładki

Michał Trusz

Projekt

Michał Trusz

Skład

Montownia/Teresa Urawska

Druk

Eurodruk-Poznań Sp. z o.o.

W celu zmiany adresu wysyłki „Gazeta Lekarskiej” prosimy kontaktować się z właściwą okręgową izbą lekarską. Materiałów niezamówionych redakcja nie zwraca i zastrzega sobie prawo do skrótów, adaptacji, zmiany tytułów. Redakcja nie odpowiada za treść reklam i ogłoszeń. Autorów prosimy o przysyłanie tekstów zapisanych na CD, e-mail w edytorze pracującym w środowisku Windows. Publikacja ta przeznaczona jest tylko dla osób uprawnionych do wystawiania 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).



