

WAŻNY TEMAT: BĘDĄ ZMIANY W WYSTAWIANIU RECEPT

11 | 2024

ISSN 0867-2164

GAZETA LEKARSKA

PISMO IZB
LEKARSKICH

TECHNOLOGIE
SZTUCZNA INTELIGENCJA:
WSPARCIE CZY ALTERNATYWA

OCHRONA ZDROWIA
ZAPAŚĆ FINANSOWA NFZ
UDERZY W LEKARZY

PODATKI
IKE: OSZCZĘDZAJ
I NIE PŁAĆ FISKUSOWI

PRAKTYKA LEKARSKA
ALEŚ TY GRUBA! JAK DZIECI
ZABIJAJĄ SIĘ NA RATY

PO WIELKIEJ WODZIE

ZALANE SZPITALE, GABINETY I APTEKI. JAK IM POMÓC

Lekarze mają prawo czuć dumę

ŁUKASZ JANKOWSKI
PREZES NACZELNEJ RADY
LEKARSKIEJ



Zadaniem Naczelnej Izby Lekarskiej jest reprezentowanie całego środowiska lekarskiego. To naturalny podział kompetencji – działalność „dla lekarza” to domena izb okręgowych, podczas gdy Naczelna skupia się na całym środowisku. Jakim środowiskiem jesteśmy? Jaką wspólnotę tworzymy? Co przychodzi Państwu do głowy pierwsze, gdy myślicie o środowisku lekarskim? „Profesjonalne”, „zgrane”, „wspólnota wartości”? Czy raczej „podzielone”, „skłócone”, „trudne”?

Miałem przyjemność reprezentować Polskę na Światowym Szczycie Zdrowia (World Health Summit) w Berlinie, gdzie w gronie kilku tysięcy przedstawicieli medycyny, nauki, biznesu i polityki rozmawiano o globalnych wyzwaniach dla zdrowia. W agendzie, jak można się spodziewać, dominowały tematy związane z kryzysami zdrowotnymi, takimi jak wojna czy pandemia, rozprzestrzenianie się chorób związane ze zmianami klimatu, problemy w dostępie do usług zdrowotnych i wykluczenie zdrowotne na świecie. Dużo uwagi poświęcono również nowoczesnym technologiom, sztucznej inteligencji i przygotowaniu świata medycznego do wdrożenia tych rozwiązań.

Miałem przyjemność prezentować dokonania naszego środowiska na tym polu. Mowa tu choćby o nowoczesnym Kodeksie Etyki Lekarskiej z artykułem dotyczącym sztucznej inteligencji, współpracy z instytucjami rządowymi dotyczącymi pilotaży nowoczesnych technologii, wpływie

na legislację czy szkoleniach dla lekarzy z nowoczesnych technologii i działalności prawie 500 lekarzy skupionych wokół naszej sieci lekarzy innowatorów NIL IN. W trakcie kolejnych spotkań czy dyskusji w ramach okrągłego stołu dla innowacji słyszałem m.in.: „polscy lekarze są świetnie wykształceni, waszą siłą jest elastyczność i wszechstronność”, „jesteście liderem, wasze środowisko wyprzedziło wiele krajów, w tym nawet sam wasz rząd, we wprowadzaniu rozwiązań prawnych regulujących innowacje”. Padło też bardzo wiele próśb o współpracę przy tworzeniu sieci lekarzy innowatorów NIL IN i wprowadzeniu takiego rozwiązania przynajmniej na poziomie europejski.

W dyskusji pojawiały się często zdania, w tym ze strony polityków oraz przedstawicieli biznesu i agend europejskich, że „potrzebujemy otwartych i patrzących w przyszłość lekarzy, bo to wy jesteście na koniec użytkownikami systemu”, „jesteśmy pozytywnie zaskoczeni tym, jak jesteście przygotowani jako środowisko do wprowadzania innowacji” czy nawet dobrze nam znane „wiemy, że jesteście w Polsce w ogniu z finansowaniem ochrony zdrowia, tym bardziej zaskakujące jest to, na jakim poziomie cyfryzacji jesteście jako kraj i jaką macie świadomość innowacji

i doświadczenie uczestnictwa we wdrożeniach jako lekarze”.

Bardzo szybko poczucie bycia debiutantem na światowym szczycie zastąpiło poczucie dumy z naszego środowiska. Mamy czym się pochwalić. Jesteśmy postrzegani bardzo pozytywnie jako wspólnota, z którą warto współpracować. Nie musimy mieć żadnych kompleksów. Co znamienne, rozmawialiśmy w Berlinie, w Niemczech – w kraju, w którym rozwiązania takie jak e-recepta, e-zwolnienie, e-rejestracja czy nawet e-dokumentacja naprawdę nie są oczywiste. Mówiąc o wdrożeniach tych rozwiązań, i tych już dokonanych i tych nadchodzących, pokazywałem, że mimo naszej struktury demograficznej i średniej wieku lekarza w Polsce oscylującej wokół 59 lat jako środowisko potrafiliśmy w szybki sposób nie tylko przyswoić zmiany, ale także partnersko uczestniczyć w procesie ich wdrażania. Wiele jest jeszcze do zrobienia – jak choćby wdrożenie automatyzacji refundacji. Ale zatrzymajmy się na chwilę i pomyślmy z dumą o środowisku, którego częścią jesteśmy. Tak widzą nas inni, nie ma więc powodu, żebyśmy sami patrzyli na sprawy inaczej. Ja na Światowym Szczycie Zdrowia z wielką radością i dumą reprezentowałem nasze środowisko. Bardzo za te możliwości wszystkim Państwu dziękuję.

- 3 **Lekarze mają prawo czuć dumę**
Łukasz Jankowski
- 5 **Dziura w budżecie**
Klaudiusz Komor
- 6 **Newsy z kraju i ze świata**
- 8 **Jak zostać bobrem**
Piotr Kościelniak

TEMAT NUMERU

- 8 **Powódź 2024: medycy w obliczu kataklizmu**
W połowie września wielka woda dokonała ogromnych zniszczeń. Ucierpiał placówki medyczne.
- 14 **Zakażenia: wskazana jest ostrożność**
- 16 **Lekarze pomagają powodzianom**
- 17 **Skutki podatkowe darowizn dla poszkodowanych**

AKTUALNOŚCI

- 18 **Kontrakty w centrum uwagi**
- 20 **Klinch w ochronie zdrowia. Brakuje pieniędzy**
Trudna sytuacja finansowa NFZ nie może skutkować zapaścią polskiego szpitalnictwa.
- 24 **Mały robak źródłem przełomowego odkrycia**
Victor Ambros i Gary Ruvkun to tegoroczni laureaci Nagrody Nobla.
- 26 **Wybitni medycy uhonorowani**
- 28 **W walce z COVID-19 jest gorzej, niż było**

WAŻNE SPRAWY

- 30 **Recepty jak szwajcarski ser**
Samorząd lekarski oczekuje, że Ministerstwo Zdrowia jak najszybciej przystąpi do prac nad zmianą przepisów dotyczących recept.

PODATKI I FINANSE

- 34 **Jak nie płacić fiskusowi**
Dzięki indywidualnemu kontu emerytalnemu lekarz nie zapłaci 19-proc. podatku od zysków kapitałowych.

PRAWO I MEDYCYNĄ

- 35 **Godność i powaga nie tylko w gabinecie**



TEMAT NUMERU STRONY 8-17

Środowisko lekarskie nie pozostaje obojętne na tragedię osób, które ucierpiały w wyniku powodzi. W całym kraju organizowane są różnego rodzaju akcje pomocowe.

- 36 **Granice farmakoterapii w procesie diagnostyczno-lecznym**

PRAKTYKA LEKARSKA

- 38 **Inni nam zazdroszą**
Paweł Barucha
- 38 **Lekarze dentyści debatowali w Białymstoku**
- 40 **Od otyłości do próchnicy**
- 42 **„Aleś ty gruba”**
- 45 **Francuski paradoks, czyli wymysł diabła**
- 48 **Jak łatwo się oszukać**
Anna Gołębicka
- 49 **Świadomy pacjent to połowa sukcesu terapeutycznego**
- 52 **Po wielkiej wodzie**
Mariusz Polítowicz
- 53 **Śladami pacjentów: tetralogia Fallota**
- 56 **Pożegnanie z zespołem**
Jakub Sieczko

WYWIAD LEKAR(S)KI

- 58 **Pomoc to maraton, nie sprint**
Ogrom cierpienia na terenach dotkniętych powodzią jest porażający – mówi Dorota Wojtłowska-Wiechetek.

NOWE TECHNOLOGIE

- 60 **Sztuczna inteligencja: pomoc czy alternatywa dla lekarza**

SAMORZĄD ZAWODOWY

- 63 **Przemoc nie zawsze widać gołym okiem**
- 64 **Problemy NFZ uderzają w lekarzy**
– Jakub Kosikowski
- 64 **O tym się mówi/Mówią o nas**

PO GODZINACH

- 67 **Noce i dnie**
Jarosław Wanecki
- 68 **TOP 5 na początek sezonu narciarskiego**
Zima zapowiada się wyjątkowo.
- 72 **Błąd malarski – Za kulisami**
- 74 **Kalejdoskop kulturalny – Jesień 2024**
- 76 **Przychodzi wena do lekarza**
- 77 **Czytelnia**
- 78 **List do redakcji**
- 79 **Ogłoszenia**
- 82 **Jolka lekarska**

JEDNYM GŁOSEM

Dziura w budżecie

Trzeba będzie się zmierzyć z próbami narracji obwiniającej o kłopoty finansowe ochrony zdrowia tych „zarabiających olbrzymie pieniądze lekarzy”.

Od lat przyzwyczailiśmy się do tego, że z końcem roku pojawiają się doniesienia o braku środków finansowych w ochronie zdrowia. Niezależnie od tego, która opcja polityczna była u władzy, prawie zawsze okazywało się, że NFZ planując wydatki na dany rok, nie doszacował – i to znacznie – pieniędzy potrzebnych na procedury medyczne wykonane w danym roku. Prawie zawsze – ponieważ dwa ostatnie lata były wyjątkowe. Dzięki niedow wykonaniom z okresu pandemii, kiedy duża część oddziałów przekształcona w oddziały kowidowe nie wykonała kontraktu, realizując znacznie mniej zabiegów planowych, powstała w budżecie znaczna rezerwa. Dzięki niej w 2022 i 2023 r. NFZ zapłacił praktycznie za wszystkie świadczenia nielimitowane oraz nadwykonania.

W tych dwóch latach okazało się, że większość szpitali osiągnęła dodatni wynik finansowy, co po latach zadłużenia zdziwiło nawet samych dyrektorów tych szpitali i wywołało nadzieję, że tak już będzie zawsze. Niestety, rezerwy starczyło tylko na te dwa lata. Dodatkowo sytuację finansową NFZ bardzo pogorszyła kontrowersyjna zmiana w ustawie o zawodzie lekarza i lekarza dentysty, przyjęta w listopadzie 2022 r., która przeniosła z budżetu państwa do budżetu NFZ szereg dodatkowych wydatków (m.in. finansowanie ratownictwa medycznego, darmowych leków dla seniorów i kobiet w ciąży oraz procedur wyskospecjalistycznych), zwana wtedy „skokiem na kasę” i bardzo głośno oprotestowana między innymi przez samorząd lekarski. Wówczas te dodatkowe obciążenia szacowano na przynajmniej 13 mld zł, obecnie

KLAUDIUSZ KOMOR
WICEPREZES NACZELNEJ
RADY LEKARSKIEJ



mówi się, że to może być nawet do 17 mld zł. W efekcie zaraz po wakacjach bieżącego roku najpierw po cichu, a następnie z całym impetem, gruchnęła wieść o olbrzymiej dziurze w budżecie NFZ.

Okazało się, że nie będzie pieniędzy na wykonane przez szpitale procedury ponadlimitowe, a świadczenia nielimitowane mogą zostać wypłacone z dużym opóźnieniem. I jak zwykle, kiedy coś nie wychodzi, zaczęto szukać winnych. Zdaniem wielu osób, w tym niektórych ekspertów, winne temu są zarobki pracowników ochrony zdrowia, które od lipca 2022 r. mocą ustawy podlegają corocznej waloryzacji. Trzeba uczciwie przyznać, że chociaż współczynniki zawarte we wspomnianej ustawie o sposobie określania minimalnych wynagrodzeń pracowników ochrony zdrowia są bardzo dalekie od żądań samorządu lekarskiego (np. w ustawie 1,45 średniej krajowej dla lekarza specjalisty wobec postulowanych przez nas 3 średnich), to jednak zagwarantowana coroczna waloryzacja wynagrodzeń jest na pewno olbrzymim sukcesem naszego środowiska.

Niestety, w obecnej sytuacji pojawiły się pomysły, że trzeba zamrozić

działanie tej ustawy, co miałyby szybko poprawić finanse NFZ. Pierwszym sygnałem, że taki scenariusz jest możliwy, było ponowne przesłanie do prac w podkomisji obywatelskiego projektu zmian w tej ustawie, wprowadzającego większe współczynniki w niektórych grupach zawodowych. Ponowne przesunięcie do podkomisji tak naprawdę oznacza, że projektem nikt się już pewnie nie zajmie. Teraz już bardzo często pojawiają się w mediach wypowiedzi, że trzeba tę ustawę zawiesić.

Czeka nas olbrzymi wysiłek, a może nawet intensywna walka we współpracy z innymi zawodami medycznymi, żeby do tego nie dopuścić. Trzeba będzie się również zmierzyć z próbami narracji obwiniającej o kłopoty finansowe ochrony zdrowia tych „zarabiających olbrzymie pieniądze lekarzy” – już gdzieś można znaleźć informacje o lekarzach wystawiających rachunki na setki tysięcy złotych miesięcznie. Te wszystkie działania mogą okazać się kluczowym zadaniem dla izb lekarskich w końcówce tego roku. Pamiętać należy, że wymagać one będą przede wszystkim jedności i wspólnego działania. ●

NEWSY Z KRAJU I ZE ŚWIATA

LIDIA SULIKOWSKA, PIOTR KOŚCIELNIAK

UMW liderem polskich uczelni

Wnajnowszej edycji Times Higher Education World University Rankings (THE WUR 2025) sklasyfikowano 2092 szkoły wyższe z całego świata, w tym 40 z Polski. Najlepszą polską uczelnią został Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu (UMW), zajmując miejsce w przedziale 501-600. Kolejne dwie pozycje (ex aequo) zajęły Uniwersytet Jagielloński i Uniwersytet Warszawski (przedział 601-800). Na czwartym miejscu uplasował się Uniwersytet Medyczny w Łodzi (801-1000). W kolejnej grupie (1001-1200) znalazły się: Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, AGH w Krakowie, Politechnika Gdańska, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Uniwersytet Medyczny w Gdańsku, Warszawski Uniwersytet Medyczny. – Pierwsze miejsce, przed Uniwersytetem Jagiellońskim i Uniwersytetem Warszawskim, ikonami, które uważnie wszyscy w kraju obserwujemy, to dla mnie niezwykle miłe wyróżnienie. Bardzo się cieszę, zwłaszcza że ranking Times Higher Education World University Rankings wyróżnia nas szczególnie w dwóch obszarach: nauczanie oraz jakość badań. Ich udoskonalanie uznaliśmy w minionej kadencji za priorytet – komentuje prof. Piotr Ponikowski, rektor UMW w serwisie internetowym uczelni.

Liderem wśród szkół wyższych z całego świata został dziewiąty rok z rzędu brytyjski University of Oxford. Kolejne trzy pozycje zajęły uczelnie z USA: Massachusetts Institute of Technology, Harvard University, Princeton University. Pierwszą dziesiątkę rankingu wypełniły w sumie trzy uczelnie z Wielkiej Brytanii i siedem z USA.

THE WUR co roku przygotowuje brytyjskie czasopismo „Times Higher Education”. Klasyfikacja opiera się na 18 wskaźnikach pogrupowanych w pięciu

obszarach (nauczanie, środowisko badawcze, jakość badań, przemysł i umiędzynarodowienie).

Kongres Matek Lekarek

Jak łączyć życie zawodowe z osobistym, jak dbać o rozwój, nie tracąc z pola widzenia potrzeb rodziny – o tym rozmawiano podczas III Kongresu Matek Lekarek, który odbył się w warszawskiej siedzibie NIL. Program tegorocznego wydarzenia przeprowadził uczestniczki przez spektrum tematów związanych z ich rozwojem zawodowym, osobistym i rodzinnym na różnych etapach życia. Prelekcje poświęcono m.in. takim zagadnieniom jak dbanie o swój



Fot.: Karolina Bartyzel

▲ III Kongres Matek Lekarek odbył się w warszawskiej siedzibie NIL

dobrostan, niezbędne informacje na temat farmakoterapii w okresie ciąży i karmienia piersią, wady postawy ze szczególnym wskazaniem na rozwój najmłodszych. Gościem wydarzenia była minister zdrowia Izabela Leszczyna. – Zakładając tę społeczność, mówiłyście, że chcecie, żeby kongresy dawały wam odwagę do zmiany, odwagę do niegodzenia się na rzeczywistość, której nie akceptujecie – mówiła. O dumie z działalności Zespołu Matek Lekarek OIL w Warszawie

mówiła natomiast organizatorka kongresu Maria Kłosińska. – Jest to unikatowe wydarzenie nawet jak na środowisko lekarskie – podkreślała. Obecni na spotkaniu panowie – Łukasz Jankowski, prezes NRL, i Artur Drobniak, prezes ORL w Warszawie, deklarowali natomiast gotowość wsparcia organizacyjnego dla Matek Lekarek.

UJ w projekcie radioterapii

Prof. Ewa Stępień i prof. Paweł Moskal z Uniwersytetu Jagiellońskiego (UJ) razem z 14 instytucjami naukowymi i partnerami z całej Europy będą pracować nad rozwiązaniem umożliwiającym zastosowanie terapii radiacyjnej dla pacjenta w pozycji pionowej – informuje biuro prasowe UJ. Atutem tej technologii jest m.in. oszczędność przestrzeni. Polscy badacze skupią się na monitorowaniu dawki podczas radioterapii hadronowej.

Przedsięwzięcie jest realizowane w ramach europejskiego projektu badawczego terapii radiacyjnej UPLIFT jako części programu „MSCA Doctoral Networks” z dodatkowym finansowaniem ze szwajcarskiego Sekretariatu Stanu ds. Edukacji, Badań Naukowych i Innowacji (SERI). MSCA (Marie Skłodowska-Curie Actions) to program unijny finansujący prace badawcze w każdej dyscyplinie naukowej.

źródło: UJ

Nowelizacja ustawy o CMKP

Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego sprzeciwia się zapisom, które zmieniają sposób wyboru dyrektora CMKP. Projekt forsowany przez Ministerstwo Zdrowia to niebezpieczny

precedens, który godzi w niezależność instytucji i pozbawia uczelnie akademickości – alarmują przedstawiciele CMKP w dokumencie przesłanym PAP. Resort chce, by dokonywał go zespół ekspertów wskazanych przez ministra zdrowia, a nie jak bywa to w przypadku wyższych uczelni – Kolegium Elektorów, składające się z nauczycieli akademickich. Zdaniem Ministerstwa Zdrowia propozycje wynikają z „potrzeby odzyskania kontroli przez Ministra Zdrowia nad działalnością CMKP”.

Prezes polskich otorynolaryngologów

Prof. dr hab. n. med. Janusz Klatka został wybrany nowym prezesem elektem Polskiego Towarzystwa Otorynolaryngologów Chirurgów Głowy i Szyi. Lekarz kieruje Klinicznym Oddziałem Otorynolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego Nr 4 w Lublinie. Do najważniejszych zadań prezesa elekta ma należeć szkolenie podyplomowe i działalność wydawnicza Towarzystwa. Wielkim wyzwaniem będzie natomiast organizacja 52. Zjazdu Polskiego Towarzystwa Otorynolaryngologów Chirurgów Głowy i Szyi za dwa lata w Lublinie. Ma on gościć ponad tysiąc uczestników.

Polak na czele ETO

Wtym roku prof. Piotr Fudalej, kierujący Zakładem Ortodontji Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum, objął urząd prezydenta Europejskiego Towarzystwa Ortodontycznego (European Orthodontic Society, ETO). Jego kadencja wiąże się z organizacją 100. kongresu ETO. Wydarzenie odbędzie się w czerwcu 2025 r. w Krakowie.

Pandemia a PTSD wśród lekarzy

Uilu lekarzy wystąpił zespół stresu pourazowego (PTSD) podczas pandemii COVID-19? Czy są jakieś



Fot.: Freepik.com

▲ Zespół stresu pourazowego podczas pandemii COVID-19 częściej występował u kobiet

zależności dotyczące częstości jego występowania w zależności np. od płci? Praca badawcza na ten temat ukazała się pod koniec lipca tego roku w JAMA Network Open. Autorzy dokonali przeglądu systematycznego i metaanalizy 57 badań, w których uczestniczyło prawie 29 tys. osób z 25 krajów. Okazało się, że szacunkowo łączna częstość występowania PTSD wynosiła 18,3 proc. Najczęściej zespół ten pojawiał się u lekarzy pracujących w obszarze medycyny ratunkowej. Bardziej podatne na wystąpienie PTSD były kobiety.

źródło: jamanetwork.com

Tragiczna sytuacja w Darfurze

Lekarze bez Granic (MSF, Médecins sans Frontières) alarmują o szokującej skali śmierci noworodków, kobiet w ciąży, rodzących i w trakcie porodu w Darfurze Południowym, położonym na zachodzie Sudanu. To jeden z najbardziej niebezpiecznych regionów w tym kraju.

MSF informuje w niedawno wydanym raporcie, że od stycznia do lipca 2024 r. w Darfurze Południowym tylko w placówkach wspieranych przez tę organizację zmarło 46 kobiet w wyniku komplikacji

związanych z ciążą lub porodem. Do większości tych zgonów doszło w ciągu pierwszej doby po przyjęciu do szpitala. Jak wyjaśnia MSF, problemem jest zbyt mała liczba placówek medycznych w regionie i zbyt drogi transport, przez co wiele kobiet trafia do szpitala w stanie krytycznym – z infekcjami, którym można było zapobiec, gdyby tylko miały zapewnioną opiekę okołoporodową na czas. W tych samych półroczach w ciągu pierwszego półrocza tego roku zmarło 48 noworodków z powodu sepsy. – To kryzys niepodobny do żadnego innego, jaki widziałam w trakcie lat swojej pracy – mówi dr Gillian Burkhardt, kierowniczka ds. zdrowia reprodukcyjnego Lekarzy bez Granic w Nijali w Darfurze Południowym. Organizacja wzywa do zwiększenia międzynarodowej pomocy w tym regionie.

źródło: MSF

Rok uczciwości w zdrowiu

Solidaryzm społeczny jest podstawą, może trzeba dodać do tego jeszcze inne wartości i stworzyć lepszy system – mówił podczas sesji inauguracyjnej jubileuszowego XX Forum Rynku Zdrowia prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Łukasz Jankowski. – Rok 2025 powinien być rokiem uczciwości – zaapelował. Prezes NRL wskazywał, że konieczne jest poważne potraktowanie systemu refundacji (aby nie była prowadzona tylko z myślą o oszczędnościach), strategii kształcenia bez dróg na skróty, która pozwoli łączyć najwyższą wiedzę merytoryczną z wartościami i wreszcie uczciwe zajęcie się polityką kadrowo-placową w systemie ochrony zdrowia, która nie powinna tworzyć lekarzy przedsiębiorców. Forum rozpoczęło się od podsumowania roku dokonań resortu kierowanego przez Izabelę Leszczynę. Minister zapowiedziała rozpoczęcie debaty o finansowaniu systemu opieki zdrowotnej – ale w ramach wyznaczonych budżetem. ●

Jak zostać bobrem

PIOTR KOŚCIELNIAK
REDAKTOR NACZELNY



Woda opadła, ale nie opadają emocje związane z powodzią. To złość spowodowana brakiem właściwych i aktualnych ostrzeżeń o zagrożeniu, opóźnioną akcją ratowniczą i wreszcie zapowiadany przez pełnomocnika rządu warunkami odbudowy zniszczonej materii. Nie opada – i długo nie opadnie – poczucie bezsilności, że żywioł zabrał dorobek wieloletnich wysiłków i wyrzeczeń, porwał ze sobą domy, samochody, meble, wyposażenie, zniszczył szpitale i przychodnie, sprzęt służący ochronie zdrowia. I wreszcie nie znika przekonanie, że do utraty zdrowia, a nawet do śmierci ludzi, doprowadziło zwykle politykierstwo. Inaczej rzecz ujmując: wielka fala odłoniła ogrom zaniedbań w każdej niemal dziedzinie życia, w tym również w ochronie zdrowia.

Siedzimy w mule po szyję, ale na szczęście wiemy już, kto za to wszystko odpowiada. Bobry. Tak, serio. To właśnie bobry podstępnie zniszczyły wały przeciwpowodziowe. Gdyby nie te bobry, to ho, ho! Obronilibyśmy Głuchołazy, Stronie Śląskie, Łądek-Zdrój, Kłodzko i Nysę. Teraz bobry się wyłapie, część może odstrzeli, wały się wzmocni przeciwbobrowo i zrobi się konferencję prasową.

Dlaczego piszę o bobrach? Bo w sprawie systemu ochrony zdrowia, a zwłaszcza

finansów NFZ, również siedzimy w mule po szyję. Szpitale zamykają oddziały, niektóre placówki zapowiadają, że jak tak dalej pójdzie, to zamkną się całe. Świadczenia są przesuwane na kolejne kwartaly – swoją drogą ciekawe na kiedy, bo wiadomo, że pieniędzy nie ma i nie będzie. Z ministerstwa płyną sprzeczne informacje na temat refundacji zabiegów i ostrzeżenia, że może zabraknąć pieniędzy na leki dla kolejnych grup pacjentów. Minister zdrowia publicznie zastanawia się, czy ważniejsze jest leczenie onkologiczne, czy wszczepianie endoprotez oraz czy nie należałoby przypadkiem pomyśleć, co powinno być limitowane, a co nie.

Czym to się skończy – nie wiadomo. Ale wiadomo, że najpilniejszym zadaniem w kwestii dziury finansowej NFZ jest teraz znalezienie bobra. Kto podkopuje wały – „przejada wszystkie pieniądze na zdrowie”? Kto jest tak pazerny, że trzeba mu zamrozić wynagrodzenia? Przez kogo „kasa NFZ świeci pustkami”, jak piszą niektóre tygodniki i portale? Kto jest winny zapaści finansów ochrony zdrowia? No kto? ●

Kłodzko, Głuchołazy, Łądek-Zdrój, Lewin Brzeski, Paczków, Stronie Śląskie, Nysa, Lwówek Śląski, Bardo, Wleń i wiele innych miejscowości musiało zmierzyć się z kataklizmem, który trudno sobie wyobrazić. Największe zniszczenia były w województwach: dolnośląskim, opolskim, śląskim i lubuskim. O tym, z jak trudną sytuacją mieliśmy do czynienia, może świadczyć choćby fakt, że Rada Ministrów zdecydowała o wprowadzeniu stanu klęski żywiołowej na terenach, które ucierpiały najbardziej. Pod koniec września pełnomocnik rządu ds. odbudowy terenów dotkniętych powodzią Marcin Kierwiński informował o dotychczas oszacowanych stratach – to zniszczonych ponad 17 tys. budynków mieszkalnych, blisko 8,5 tys. obiektów gospodarczych, około 1150 budynków użyteczności publicznej, w tym 141 szkół i 41 mostów. Nie ma wątpliwości, że ta lista nie jest zamknięta, bo proces szacowania szkód trwa.

POD WODĄ, BŁOTEM I SZLAMEM

Powódź nie ominęła placówek ochrony zdrowia – gabinetów lekarskich i stomatologicznych, szpitali i przychodni czy aptek, m.in. w Stroniu Śląskim, Kłodzku czy Jeleniej Górze. Niektóre z nich zostały zalane lub podtopione, a części, które uniknęły bezpośredniego starcia z żywiołem, miała ogromne trudności z brakiem prądu i wody. Na pytanie, ile placówek medycznych ucierpiało podczas powodzi, Ministerstwo Zdrowia (MZ) odpowiedziało „Gazecie Lekarskiej” na początku października, że problem ten dotyczy łącznie ok. 50 podmiotów (POZ, AOS, szpital, sanatorium). Resort zdrowia nie doprecyzował jednak, czy liczba ta obejmuje także indywidualne praktyki lekarskie i lekarsko-dentystyczne i czy dotyczy jedynie miejsc, które posiadają kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ), czy również placówek działających wyłącznie prywatnie. Najwięcej poszkodowanych jest w woj. dolnośląskim.

Aby ułatwić mieszkańcom zalanych miejscowości dotarcie do pomocy medycznej, NFZ uruchomił

TEMAT NUMERU

Powódź 2024: medycy w obliczu kataklizmu

LIDIA SULIKOWSKA
DZIENNIKARKA

W połowie września regiony południowo-zachodniej Polski doświadczyły sily niszczycielskiego żywiołu. Wielka woda dokonała ogromnych zniszczeń. Ucierpiały także placówki medyczne. I chociaż woda już opadła, ślad po niej pozostanie jeszcze na długo.

bezpłatną całodobową infolinię zdrowotną (800 190 590), gdzie można uzyskać informacje, do których miejsc nie należy się kierować. Fundusz zapewnił także, że każdy pacjent z obszaru objętego klęską żywiołową, jeśli nie może dostać się do swojego lekarza rodzinnego, ma prawo do wizyty u każdego lekarza POZ w Polsce.

– Podpisałem zarządzenie umożliwiające finansowanie opieki nad pacjentami również spoza tzw. listy aktywnej. Każdy pacjent może skorzystać z pomocy dowolnego lekarza na terenie kraju i ten lekarz uzyska od nas finansowanie – podkreślił prezes NFZ Filip Nowak podczas konferencji prasowej zorganizowanej 16 września w Ministerstwie Zdrowia.

Szczególnie w pierwszych dniach po powodzi pojawiły się trudności w dostępie do opieki medycznej, bo z powodu zniszczonej infrastruktury drogowej lub utraty pojazdu część medyków miała problem z dojazdem do pracy lub po prostu nie byli w stanie pracować, bo sami mieli zalane domy i musieli zmierzyć się z własnym, osobistym dramatem. Albo też nie mieli gdzie pracować, bo placówka została zalana. Najwyższą cenę zapłacił dr n. med. Krzysztof Kamiński, 71-letni chirurg, konsultant dla woj. opolskiego w dziedzinie chirurgii ogólnej. Lekarz zmarł w wyniku powodzi w Nysie, wracając z dyżuru lekarskiego.

CEL: DZIAŁAĆ MIMO WSZYSTKO

– Budynek, w którym jest mój gabinet, a także gabinet lekarski, bo tutaj działa

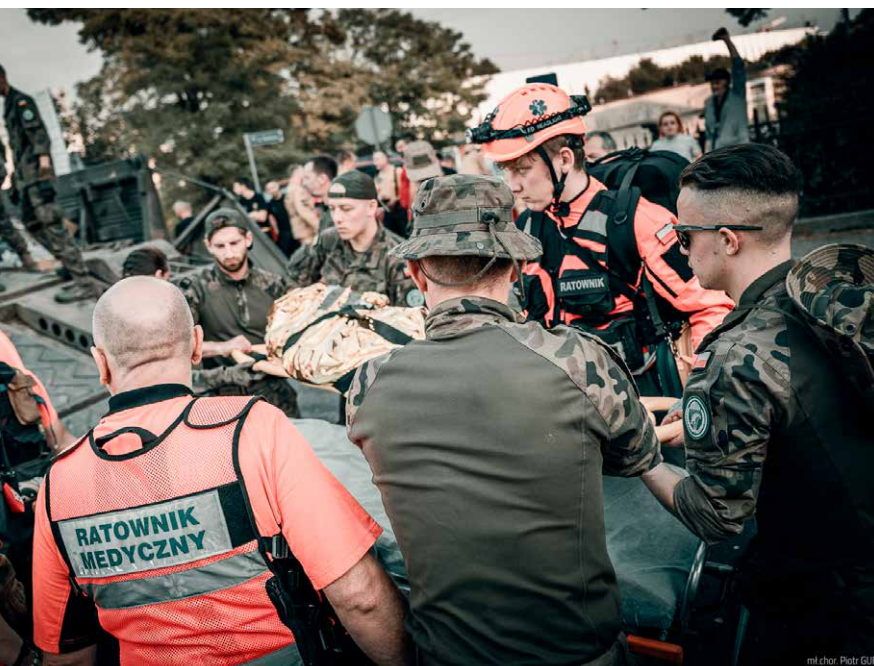


rys.: Michał Trusz

też NZOZ, zlokalizowany jest na parterze. Znajdujemy się blisko rzeki. Co trzy-cztery lata zdarzają się jakieś podtopienia, więc mamy wprawę w zabezpieczaniu się przed wodą. Byliśmy przygotowani na metr wody, niestety zalało nas do poziomu 1,8 metra. To w zasadzie

nie była woda, ale tony mułu i szlamu. Trzeba było wyczyścić wszystko do gołej cegły. Kuć, osuszać i dezynfekować – relacjonuje Paula Migała, właścicielka gabinetu fizjoterapii w Głuchołazach.

Przed wielką wodą dość skutecznie obronił się za to Zespół Opieki Zdrowotnej w Kłodzku. – Zabezpieczaliśmy budynek główny szpitala zaporą worków z piaskiem. Martwiliśmy się o położone na parterze oddziały intensywnej terapii, paliatywny, chirurgii, ginekologiczno-położniczy i urologiczny. Na szczęście nasza placówka składa się z kilku budynków. Budynek główny jest położony najniżej, ale reszta nieco wyżej, więc im zalanie nie groziło. Przenieśliśmy więc tam przewencyjnie naszych pacjentów z zagrożonych zalaniem oddziałów. Szkody na szczęście nie były duże. Zalany został poziom -1 budynku głównego szpitala, gdzie znajdowały się kuchnia, sterylizatornia i pogotowie ratunkowe. Następnego dnia, gdy woda opadła, praca wszystkich oddziałów wróciła do normalności – relacjonuje Jadwiga Radziejewska, dyrektor ZOZ w Kłodzku. Dodaje jednak, że niestety popłynęła im cała podstacja pogotowia ratunkowego zlokalizowana w Łądku-Zdroju przy ul. Strażackiej. Placówka mieści się w części budynku podnajmowanego od NZOZ Alba-Med. Przychodnia, znajdująca się w tej samej lokalizacji, także nie miała szczęścia.



fot.: ml. chor. Piotr GubernatZespół Reporterski Dowództwa Operacyjnego Rodzajów SZ

▲ Na początku był chaos pomocowy, ale po kilku dniach logistyką zajęły się służby mundurowe

► Powódź nie ominęła placówek ochrony zdrowia

– Przez długi czas wydawało się, że przechodnia i podstacja pogotowia ocaleją. Jeszcze z samego rana nasz samochód strażacki podwoził pacjentkę do pogotowia, bo źle się czuła. Niestety stało się inaczej. Staraliśmy się walczyć o te miejsca do samego końca. Zalało też budynek naszej OSP. Zawsze my pomagamy, a teraz sami potrzebujemy wsparcia w odbudowie remizy. Nikt się nie spodziewał aż takiej dużej fali i ogromu zniszczeń – opowiada Łukasz Wrona, prezes Ochotniczej Straży Pożarnej w Trzebieszowicach.

– Zostaliśmy zalani. W zeszłym roku robiłam generalny remont, kupiłam nowy sprzęt. Dzięki ofiarnej pracy lekarzy, pielęgniarek, ratowników i rejestratorek medycznych po kilkunastu dniach udało się posprzątać naszą przychodnię. Odtworzyć, na tyle, na ile się da, by móc przyjmować pacjentów. Wielkie dzięki dla 23 Wojskowego Szpitala Uzdrawiskowo-Rehabilitacyjnego, który pomógł nam zabezpieczyć opiekę medyczną i realizować szczepienia przeciwko tężcowi, w czasie gdy doprowadzaliśmy naszą przychodnię do jako takiego użytku – mówi Małgorzata Marcinowska, właścicielka NZOZ Alba-Med w Łądku-Zdroju. Dodaje, że chciało jej się płakać po tym wszystkim, co ją spotkało, ale przecież

są ludzie, którzy przeżywają o wiele większe tragedie. – Mieszkam w Kłodzku, moje mieszkanie jest całe. Mogłam wrócić z zalanego gabinetu do ciepłego domu, móc się wykapać i zjeść ciepłą zupę. Pracuję. Tutaj wielu ludzi potraciło domy. Najbardziej mi szkoda starszych, bardzo biednych ludzi. Co oni mają zrobić? Widać dużo zaangażowania ze strony straży pożarnej i wojska, ale przecież to nie wystarczy – martwi się Małgorzata Marcinowska.

Lekarze w obliczu tej katastrofy starali się mimo przeciwności zapewnić ciągłość opieki zdrowotnej. Na przykład zalany ośrodek zdrowia w Bardzie awaryjnie zaczął działać najpierw w budynku urzędu miasta tej miejscowości, a następnie w Centrum Seniora. Przykłady można mnożyć.

SAMOPOMOC LEKARSKA

– Obserwowałam ogromną solidarność w środowisku lekarskim. Lekarze wspierali się nawzajem i organizowali pomoc dla poszkodowanych, a przede wszystkim starali się jak najszybciej uruchomić gabinety dla pacjentów, mimo że niekiedy sami ponieśli straty



fot.: Alba-Med

i przeżywali osobiste tragedie. Przykładem są lekarze z mojego rocznika (1994) z Akademii Medycznej we Wrocławiu, którzy natychmiast zaczęli pomagać, organizując sprzęt medyczny, leki czy sprzęt dla powodzian oraz udzielając porad w ramach wolontariatu. Zauważyłam przy tym, że sami lekarze nie mają odwagi prosić o wsparcie, uważając, że są osoby bardziej potrzebujące. Powinniśmy jednak docierać do tych, którzy tego wsparcia wymagają. Niestety, powódź już „zniknęła” z mediów, będzie o tej tragedii coraz ciszej, chociaż pomoc dla powodzian potrzebna będzie jeszcze przez długie miesiące. Chciałabym podziękować wszystkim ludziom dobrej woli. Oby to dobro trwało jednak jak najdłużej, nie zapominajmy o potrzebujących – mówi Aleksandra Sędziak, konsultant krajowy w dziedzinie balneologii i medycyny fizykalnej, naczelną lekarz uzdrawisk woj. dolnośląskiego.

Dorota Radziszewska, wiceprezes Dolnośląskiej Rady Lekarskiej i szefowa delegatury wałbrzyskiej DIL, starała się być z wieloma lekarzami z terenów, które ma pod swoją opieką, w stałym kontakcie.

NIEZBĘDNA ROLA PSYCHOLOGA

Wielka woda niszczy nie tylko budynki, drogi i dorobek życia. Zostawia także traumatyczne ślady w ludzkiej psychice. Przeżycie tak ekstremalnego doświadczenia, jakim jest powódź, zwłaszcza gdy jesteśmy zmuszeni do opuszczenia swoich domów, tracimy dorobek życia, miejsce pracy i nie wiemy, co dalej będzie, może nawet skutkować wystąpieniem PTSD. Osoby będące w kryzysie psychicznym mogą skorzystać z bezpłatnej całonocowej pomocy psychologicznej dostępnej m.in. pod numerami telefonów: 800 70 2222 (Telefoniczne Centrum Wsparcia dla dorosłych), 116 123 (Telefon zaufania dla dorosłych), 116 111 (Telefon zaufania dla dzieci i młodzieży). Bezpłatną infolinię wsparcia psychologicznego dla osób dotkniętych skutkami powodzi uruchomił m.in. Uniwersytet SWPS. Ministerstwo Zdrowia zamieszcza w swoim serwisie internetowym listę placówek udzielających wsparcia psychologicznego na miejscu, na terenach dotkniętych powodzią. Aktualne informacje warto też sprawdzać na stronach poszczególnych gmin. Powstały również oddolne inicjatywy środowisk psychiatrów i psychologów oferujące pomoc powodziarzom. Państwowa Straż Pożarna poinformowała, że na miejscu organizowane są struktury koordynujące taką pomoc, do których można się zgłaszać (szczegóły na stronie internetowej Komendy Głównej PSP).

Więcej o stresie pourazowym u ofiar powodzi na stronie 58.

– Lekarze, którzy dysponowali terenowymi autami, docierali do chorych, podłączali im kroplówki, dużo było też szycia ran i chorych z bardzo wysokim ciśnieniem i dusznościami. Pomagali wszyscy wokół. Koledzy i koleżanki z Polanicy, Kłodzka, z Ząbkowic... Jak komuś brakowało np. leków albo pakietów do zszywania ran, to pytałam po znajomych, czy by nie mogli wesprzeć.

Odzew był niesamowity. Kolega lekarz zadzwonił do mnie, że likwiduje praktykę i chciałby jej wyposażenie przekazać potrzebującym lekarzom. Takie gesty są bardzo budujące – wspomina i dodaje, że lekarze prosili też o pomoc dla ich pacjentów, biednych ludzi, którzy zostali bez niczego. – Mówili, że potrzeba łopaty, leków, gazowych kuchenek turystycznych etc. I my to wspólnie organizowaliśmy. Grupy lekarzy i przyjaciele z Hospicjum Wałbrzyskiego transportowali zebrane dary do potrzebujących. Na początku był chaos pomocowy, ale po kilku dniach logistyką zajęły się służby mundurowe. Służby ratownicze i wojsko pomagają, jak mogą. Dziękuję też w imieniu lekarzy z Łądku-Zdroju wolontariuszom z Polskiej Misji Medycznej (PMM) za ich wielowymiarową pomoc – opowiada Dorota Radziszewska.

Jak wyjaśnia Norbert Kwiatkowski z PMM, lokalny personel jest bardzo obciążony, dlatego zdecydowali

się wysłać swój zespół medyczny do pomocy miejscowej ludności. – Na początku skoncentrowaliśmy się na dostarczaniu leków pierwszej potrzeby, czyli środków przeciwwzapalnych, przeciwwymiotnych, przeciwbiegunkowych, do odkażenia ran, do punktów medycznych w Łądku-Zdroju i Stroniu Śląskim. Lekarz z naszego zespołu pomaga w przyjmowaniu pacjentów w miejscowych przychodniach. Nie ograniczamy się do pomocy tylko w tych dwóch miastach, dostosowujemy ją na bieżąco do aktualnych potrzeb.

WOJSKO W MIEJSCU KURACJUSZY

Woj. dolnośląskie znane jest z dobrze rozbudowanej infrastruktury uzdrowskiej. – W wyniku powodzi został uszkodzony budynek Sanatorium „Jan” w Łądku-Zdroju i będzie wymagał remontu. Choć nie ucierpiały pozostałe łądeckie uzdrowskie obiekty lecznicze, to infrastruktura miejska została zdezastrowana w tak dużym stopniu, że konieczne było przerwanie turnusów rehabilitacyjnych w Uzdrawisku Łądek-Długopole i 23 Wojskowym Szpitalu Uzdrawiskowo-Rehabilitacyjnym. W tych obiektach

▼ W niektórych placówkach konieczna była ewakuacja pacjentów do innych jednostek



foto: M. Szymkiewicz

zakwaterowano służby ratownicze oraz powodzian. Pozostałe uzdrowiska w woj. dolnośląskim w trakcie powodzi pracowały bez problemów. W porozumieniu z Dolnośląskim Oddziałem NFZ uruchomiono w sanatoriach dodatkowe miejsca dla chorych dzieci powodzian – tłumaczy naczelny lekarz uzdrowisk woj. dolnośląskiego Aleksandra Sędziak.

DRAMAT W NYSIE

W pojedynczych placówkach medycznych niezbędna była ewakuacja pacjentów do innych jednostek leczniczych. Przeniesiono kilkudziesięciu pacjentów z Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Paczkowie. Ewakuacja nie ominęła Szpitala Powiatowego w Nysie. Wszyscy mogliśmy śledzić w mediach trudną akcję ratunkową, podczas której trzeba było przetransportować część osób pontonami, bo przez gromadzącą się wodę ambulanse nie były w stanie podjechać pod szpital. – Sytuacja zmusiła nas do ewakuacji wszystkich 109 hospitalizowanych. W całym procesie bardzo pomogło Opolskie Centrum Ratownictwa Medycznego, NFZ, straż pożarna i wojsko. Pacjentów przejęły inne szpitale, m.in. w Opolu, Strzelcach Opolskich, Krapkowicach, Kędzierzynie-Koźlu, Kluczborku, Kup i Brzegu. W Szpitalu Specjalistycznym MSWiA w Głucholazach udało się zorganizować wraz z naszą kadrą i sprzętem 37-lóżkowy oddział internistyczny – tłumaczy Marek Szymkowicz, zastępca dyrektora do spraw medycznych nyskiego szpitala. Szpital w Nysie na co dzień zabezpiecza mieszkańców powiatu nyskiego, częściowo prudnickiego i brzeskiego. To placówka wielospecjalistyczna, w której działa 15 oddziałów i jest w sumie 328 łóżek. Rocznie jest tu hospitalizowanych ok. 20 tys. pacjentów.

Pojawiają się głosy, że może warto na przyszłość przenieść lecznicę do bezpieczniejszej części miasta? – Szpital został zalany w bardzo szybkim tempie. Woda wdarła się do poziomu około 1,5 metra. Ucierpiała część diagnostyczna, w tym dwa tomografy komputerowe, rezonans magnetyczny, laboratorium diagnostyczne, mikrobiologiczne, SOR i pracownia endoskopii. Chyba powoli wszyscy dojrzywamy do tej myśli. Oczywiście, najpierw ten szpital trzeba doprowadzić do stanu używalności – dodaje Marek Szymkowicz.

SZPITALY POLOWE I MOBILNE AMBULANSE

W zabezpieczeniu medycznym mieszkańców Nysy i okolicznych miejscowości pomógł wojskowy szpital polowy. Zaczął



foto.: wiceprezes Opolskiej Izby Aptekarskiej, mgr farm. Michał Kadnic

◀ Kilkadziesiąt aptek uległo dewastacji, pacjenci nie mieli leków i recept

z Polikliniką w Krakowie oraz 4 Wojskowego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu.

– Są one rozstawiane w kluczowych miejscach poszczególnych miejscowości po to, żeby ktoś mógł zostać zbadany, ewentualnie przewieziony do szpitala lub ewakuowany – tłumaczył sekretarz stanu w Ministerstwie Obrony Narodowej Cezary Tomczyk podczas konferencji, która odbyła się 23 września. Tego dnia ruszyła operacja „Feniks”, której jednym z zadań jest zapewnianie pomocy medycznej do czasu, w którym lokalna służba zdrowia odtworzy swoją infrastrukturę. W zakres tej operacji wchodzi również prowadzenie szczepień ochronnych oraz udzielanie opieki psychologicznej.

W pomoc medyczną włączyli się także strażacy. Od 20 września w Stroniu Śląskim zaczął działać szpital polowy – komponent medyczny Szkoły Aspirantów Państwowej Straży Pożarnej (PSP) w Krakowie. – W Stroniu Śląskim ucierpiał placówki medyczne, a do najbliższego szpitala był bardzo utrudniony dojazd, stąd nasza obecność. Szpital funkcjonował przez mniej więcej dwa tygodnie. Była tam część triażowa, internistyczna, chirurgiczno-reanimacyjna oraz izolatka dla osób z infekcjami. Kadra opierała się na lekarzach i ratownikach medycznych PSP. Doraźnie na terenie gmin Łądek-Zdrój i Stroniu Śląskie pomagali medycy wolontariusze – opowiada mł. bryg. lek. Grażyna Krause, specjalista medycyny ratunkowej, koordynator Ratownictwa Medycznego Służby Komendy Głównej PSP.

– Byłem w szpitalu polowym w Stroniu Śląskim na kilku dyżurach w ramach wolontariatu. Głównie zajmowałem się szyciem ran. Jak przyjechałem do tego miasta pierwszy raz po tym, co się wydarzyło, przeżyłem absolutny szok. Przez ten rejon przeszedł kataklizm. Praktyka lekarska znajomej lekarzki została zalana prawie na dwa metry. Wszystko znalazło się pod

działać 19 września i w ciągu pierwszych kilku dni przyjął ponad 200 pacjentów, udzielając świadczeń w zakresie pediatrii, drobnej chirurgii urazowej i interny. Placówkę utworzyli żołnierze 2 Wojskowego Szpitala Polowego na rozkaz Dowództwa Generalnego Rodzajów Sił Zbrojnych.

To niejedyna pomoc medyczna udzielana przez siły Zbrojne RP, w tym Wojska Obrony Terytorialnej. W teren wyruszyły mobilne ambulatoria medyczne, które miały docierać do mniejszych miejscowości i na tereny wiejskie. Szczególnie tam, gdzie w wyniku zalanania, podtopienia lub braku prądu nie działały przychodnie, albo tam, gdzie ludzie mieli problem z dostaniem się do stacjonarnej placówki medycznej, ponieważ np. w wyniku powodzi stracili auto albo nie było drogi dojazdowej, bo ta uległa zniszczeniu. Mobilne ambulatoria stacjonowały m.in. w Lewinie Brzeskim, Trzebieżowicach, Żelaźnie, Krosnowicach i Oldrzychowicach. Jak informuje portal Polska-Zbrojna.pl, personel do mobilnych zespołów medycznych oddelegowali komendanci: 7 Szpitala Marynarki Wojennej w Gdańsku, Wojskowego Instytutu Medycznego oraz Wojskowego Instytutu Medycyny Lotniczej w Warszawie, 10 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką w Bydgoszczy, 5 Wojskowego Szpitala Klinicznego

► Mimo zniszczonego sprzętu lekarze starali się zapewnić ciągłość opieki zdrowotnej

wodą, łącznie ze sprzętem – opowiada Robert Seifert, chirurg, który na co dzień prowadzi prywatną praktykę. Mieszka w Ząbkowicach Śląskich.

Grażyna Krause koordynowała pomoc medyczną udzielaną w gminach Stronie Śląskie i Łądek-Zdrój, w tym pracę ambulatoryjnych medycznych, wysłanych do pomocy z różnych placówek medycznych z całej Polski, m.in. z Warszawy, Bydgoszczy, Zabrze, Jędrzychowic, Wejherowa. – Super, że byli. Tworzyli w okolicznych miejscowościach ambulatoria mobilne. Tam, gdzie mieszkańcy nie mogli dotrzeć do stacjonarnej przychodni. Udało się też nam pozyskać od proboszcza strońskiej parafii lodówkę na odpady medyczne dla POZ przy ul. Nadbrzeżnej 14 w Stroniu Śląskim i zorganizować punkty szczepień we współpracy z tą przychodnią – dodaje lekarka z PSP.

SPECUSTAWA A OCHRONA ZDROWIA

Przepisy dotyczące wsparcia placówek medycznych, które ucierpiały podczas powodzi, znalazły się w ustawie z 1 października 2024 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z usuwaniem skutków powodzi oraz niektórych innych ustaw, czyli tzw. specustawie powodziowej. Na jaką pomoc mogą liczyć lecznice w myśl tej ustawy? Przyjęte rozwiązania dotyczą m.in. umożliwienia podmiotom posiadającym umowę z NFZ modyfikacji warunków i miejsca wykonywania świadczeń opieki zdrowotnej (za zgodą prezesa NFZ). Ustawa przewiduje również, że w razie ograniczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej na terenach objętych skutkami powodzi, po uzyskaniu zgody prezesa NFZ, podmiot wykonujący działalność leczniczą, który nie posiada umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych albo posiada umowę i udziela świadczeń opieki zdrowotnej w innym rodzaju lub zakresie, będzie miał prawo do wynagrodzenia za udzielone świadczenia opieki zdrowotnej.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej pozytywnie odniosło się do rozwiązań zawartych w tzw. specustawie powodziowej w zakresie, w jakim zmierzają one do zachowania ciągłości dostępu pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej na terenach objętych skutkami powodzi



foto: M. Szymkowiak

i zapewnienia możliwości działania podmiotów świadczących usługi medyczne. Prezydium NRL jednocześnie podkreśliło, że „władze państwowe powinny podjąć wszelkie możliwe działania, aby łagodzić skutki takiego nadzwyczajnego zdarzenia jak powódź”. Chodzi zatem nie tylko o placówki bezpośrednio dotknięte skutkami powodzi, ale też te, które na skutek powodzi czasowo utraciły znaczną część swoich pacjentów i tym samym płynność rozliczania zakontraktowanych z NFZ świadczeń.

Prezydium NRL zaapelowało też do ministra zdrowia, aby resort zdrowia wystąpił z inicjatywą legislacyjną, mającą na celu wprowadzenie do ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z usuwaniem skutków powodzi zapisów regulujących w szczególności relacje między placówkami medycznymi a NFZ na terenach dotkniętych skutkami powodzi. „Proponujemy, aby te przepisy w możliwie najszerszym stopniu zwalniały placówki medyczne i lekarzy z niemożliwych do dotrzymania obowiązków i z sankcji wiążących się z ich niedotrzymaniem” – czytamy w apelu Prezydium NRL z 4 października. Chodzi o sytuacje, w których placówki nie mogą spełniać wszystkich warunków wynikających z przepisów oraz zarządzeń prezesa NFZ,

m.in. w zakresie sprawozdawczości. Chodzi też np. o sytuację, w której nie ma dostępu do dokumentacji medycznej, a trzeba wystawiać recepty na leki.



„KIEDY WODA OPADA”

Eksperti z Uniwersytetu SWPS we Wrocławiu i Uniwersytetu Wrocławskiego opracowali bajkę terapeutyczną dla dzieci, które doświadczyły powodzi. – Słuchanie lub wymyślanie historii, które pokazują, jak bohaterowie radzą sobie z problemami, daje dzieciom możliwość identyfikacji z postaciami i refleksji nad własnymi emocjami – mówi współautorka bajki prof. Justyna Ziółkowska, psycholożka z Uniwersytetu SWPS we Wrocławiu. Publikację można bezpłatnie pobrać ze strony uczelni.

TEMAT NUMERU

Zakażenia: wskazana jest ostrożność

Katastrofy hydrometeorologiczne sprzyjają rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych, ale sumarycznie te wzrosty nie są wielkie. Nie ma powodów do paniki – podkreśla prof. Miłosz Parczewski w rozmowie z Lidią Sulikowską.

Jakie są zagrożenia ze strony biologicznych czynników chorobotwórczych po wystąpieniu powodzi?

Każda klęska żywiołowa, która zmusza wiele osób do opuszczenia swoich domów i szukania tymczasowego schronienia, np. w placówkach oświatowych, schroniskach czy innych pomieszczeniach, a także kwaterowania w tego typu obiektach sporej liczby służb ratowniczych i porządkowych, sprzyja rozprzestrzenianiu się chorób przenoszonych drogą kropelkową oraz pokarmową. Nie inaczej jest w przypadku powodzi. A pamiętajmy, że jesteśmy w trakcie kolejnej fali zachorowań na COVID-19, mamy ogólnopolską epidemię wyrównawczą krztuśca, która prawdopodobnie będzie narastać, a za chwilę na to wszystko nałoży się sezon grypy i RSV.

W budynkach, które zostały zalane, występuje też zwiększone ryzyko pojawienia się pleśni, która może powodować infekcje albo reakcje alergiczne o podłożu grzybiczym. Najczęstszym winowajcą są grzyby z rodzaju *Aspergillus*. *Aspergilozy* mogą nawet doprowadzić do zapalenia płuc, choć nie są to częste przypadki. Częściej mamy do czynienia z zapaleniem zatok i mniej poważnymi chorobami układu oddechowego, a najbardziej narażone na infekcję są osoby obciążone astmą i przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. Dodatkowo przejście fali powodziowej stwarza ryzyko zakażenia drobnoustrojami przenoszonymi przez zanieczyszczoną wodę. Ich lista jest dość pokaźna.

Których należy się obawiać?

W naszej strefie klimatycznej najczęściej mamy do czynienia z bakteriami *Escherichia coli*, bakteriami z rodzaju *Shigella*, a także bakteriami wywołującymi salmonellozy, w tym głównie *Salmonella enteritidis*. Dużo rzadziej dochodzi do zakażenia pałeczką *Salmonella typhi*, wywołującą dur brzuszny. Skażona woda to także siedlisko wirusów, w tym rotawirusów, norowirusów i enterowirusów. Brudna woda i zanieczyszczone pokarmy mogą być również zainfekowane wirusem *HAV* wywołującym wirusowe zapalenie wątroby (WZW) typu A.

Wśród chorób zakaźnych pojawiających się częściej w sytuacji powodzi wymienia się też m.in. tężec i leptospirozę. Krętki z rodzaju *Leptospira* są przenoszone przez szczury. Kontakt zranionej skóry z wodą zanieczyszczoną odchodami tych gryzoni może skutkować przedostaniem się bakterii do organizmu człowieka. W praktyce jednak do zachorowań dochodzi bardzo rzadko.

Czy istnieje ryzyko zakażenia patogenami znajdującymi się w skażonej wodzie, glebie, z której później wyrasta zboże albo warzywa?

Co do zasady nie, przynajmniej jeśli chodzi o bakterie. Pamiętajmy jednak, że niektóre pasożyty (na przykład glistnice) są geohelmindami, czyli wymagają kontaktu z glebą. Ich jaja muszą dojrzeć w glebie.

Prawdopodobieństwo, że dojdzie do zakażenia zboża w ten sposób, jest bliskie zera. Bardziej narażone są warzywa korzenne albo np. kiełki, czyli pożywienie, które może mieć bezpośredni kontakt z zanieczyszczoną jaja-pasożytów ziemią.

Które drobnoustroje mogą długo nie dawać niepokojących objawów?

W przypadku większości patogenów jelitowych w ciągu 12-36 godzin od zakażenia pojawiają się nudności, wymioty, biegunki. U dzieci infekcja zazwyczaj przebiega gwałtowniej – szybciej dochodzi do odwodnienia organizmu i przesunięć elektrolitowych. Na szczęście ich układ immunologiczny jest bardziej responsywny na zakażenie.

Natomiast niektóre szczepy *E. coli* mogą wytwarzać wrotoksynę, która doprowadza do uszkodzenia nerek z małopłytkowością i z niedokrwistością hemolityczną. Do zespołu hemolityczno-mocznicowego dochodzi w późniejszym czasie, nie bezpośrednio po zakażeniu. Klasycznym przykładem długo rozwijającej się choroby zakaźnej jest oczywiście WZW typu A. Okres wylegania wirusa trwa średnio około miesiąca.

Jak duże jest zagrożenie epidemiologiczne na terenach popowodziowych?

Katastrofy hydrometeorologiczne sprzyjają rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych,

ale sumarycznie te wzrosty nie są wielkie. Dane epidemiologiczne zbierane po wielkich powodziach w różnych krajach wyraźnie pokazują, że poza nielicznymi wyjątkami, np. w Sudanie czy krainie Bengalu, nie było większych ognisk chorób biegunkowych.

W Polsce na terenach objętych powodzią w 1997 r. odnotowano przede wszystkim wzrost zatruć pokarmowych spowodowanych przez inne czynniki niż pałeczki Salmonella. Przypadków duru brzusznego, tężca i WZW typu A było mniej niż w 1996 r., a zachorowań na czerwonkę tylko nieznacznie więcej. Nie spodziewam się, aby teraz było inaczej. Ostrożność na terenach dotkniętych przez powódź jest bardzo wskazana, ale powodów do paniki nie ma. Trzeba po prostu uważać na pokarm, który spożywamy, pić wyłącznie wodę butelkowaną, przestrzegać zasad higieny. O tym mówmy pacjentom, i przede wszystkim ich uspokajamy.

Pod koniec września zostało opublikowane stanowisko na temat immunoprofilaktyki chorób zakaźnych na terenach dotkniętych powodzią. Jest Pan jego współautorem obok prof. Iwony Paradowskiej-Stankiewicz (krajowy konsultant w dziedzinie epidemiologii) i dr. n. med. Pawła Grzesiowskiego (Główny Inspektor Sanitarny). Nie zarekomendowano w nim masowych szczepień ochronnych.

Po dokonaniu analizy epidemiologicznej uznaliśmy, że nie ma takiej potrzeby. Zaleciliśmy natomiast dobrowolne szczepienia ochronne przeciw tężcowi, WZW typu A i durowi brzusznemu w wybranych grupach osób, w określonych sytuacjach. W przypadku tężca wskazanie do szczepienia różni się w zależności od historii dotychczasowych szczepień przeciwko tej chorobie u pacjenta, stopnia skażenia rany i stopnia narażenia na ryzyko urazu w kontakcie z wodą powodziową lub skażonymi odpadami powodziowymi. Szczepienia przeciw WZW typu A zaleciliśmy w przypadku narażenia na długotrwałą ekspozycję na zanieczyszczenia, a także po kontakcie z chorym lub jego wydaliniami/wydzielinami. Jeśli chodzi o dur brzuszny, to zarekomendowaliśmy szczepienia u osób zawodowo narażonych na



fot.: archiwum prywatne

▲ Prof. Miłosz Parczewski sugeruje dobrowolne szczepienia ochronne przeciw tężcowi, WZW typu A i durowi brzusznemu

długotrwały kontakt ze skażonymi przedmiotami.

Opracowane przez nas rekomendacje są oparte na dotychczasowych doświadczeniach z Polski i innych krajów, a także zaleceniach m.in. Komisji Europejskiej i amerykańskiej Centers for Disease Control and Prevention (CDC). W skrócie brzmią one tak: po pierwsze nie panikuj, ryzyko zakażeń chorobami zakaźnymi w sytuacji powodzi jest zwiększone, ale nadal niskie, nie ma wskazań do masowych szczepień na terenach powodziowych. Dlatego szczepienia nacelowano na osoby długotrwałe ekspozowane na możliwość zakażenia. Chodzi tu przede wszystkim o służby ratownicze i porządkowe.

Rozważając u pacjenta zasadność zaszczepienia przeciw patogenom jelitowym, myślmy także o profilaktyce zakażeń przenoszonych drogą kropelkową. Zwracamy szczególną uwagę na

aktualność szczepień przeciwko krztuścowi, a osobom powyżej 65. roku życia zalecamy szczepienie przeciw grypie i RSV.

O zachorowaniach na które choroby trzeba powiadamiać Sanepid?

Szczegółową odpowiedź na to pytanie znajdziemy w rozporządzeniu ministra zdrowia w sprawie zgłaszania podejrzeń i rozpoznań zakażeń, chorób zakaźnych oraz zgonów z ich powodu. Jeśli chodzi o choroby pojawiające się w związku z powodzią, to są to m.in. czerwonka bakteryjna, dury rzekome i zakażenia pałeczkami rzekomodurowymi, leptospirozy, biegunki o etiologii infekcyjnej lub nieustalonej, salmonellozy inne niż wywołane przez pałeczki *Salmonella typhi* i *Salmonella paratyphi*, tężec, zakażenia żołądkowo-jelitowe oraz zatrucia pokarmowe o etiologii infekcyjnej lub nieustalonej, a także zespół hemolityczno-mocznicowy i inne postaci zakażenia werotoksycznymi pałeczkami *E. coli*. Dzięki tym danym znamy sytuację epidemiologiczną w kraju i możemy precyzyjnie reagować na pojawiające się zagrożenia. ●

Prof. dr hab. n. med. Miłosz Parczewski

Specjalista chorób zakaźnych, konsultant krajowy ds. chorób zakaźnych, kierownik Oddziału Obserwacyjno-Zakaźnego, Chorób Tropikalnych i Nabytych Niedoborów Immunologicznych Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Szczecinie i naczelny lekarz ds. chorób zakaźnych tej placówki, kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych, Tropikalnych i Nabytych Niedoborów Immunologicznych Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie, członek Rady Ekspertów Naczelnej Izby Lekarskiej.

TEMAT NUMERU

Lekarze pomagają powodzianom

LIDIA SULIKOWSKA
DZIENNIKARKA

Środowisko lekarskie nie pozostaje obojętne na tragedię osób, które ucierpiały w wyniku powodzi. W całym kraju organizowane są różnego rodzaju akcje pomocowe, które wspierają w odbudowie tego, co zabrała wielka woda. W pomoc aktywnie włączył się m.in. samorząd lekarski.

Jestem pod olbrzymim wrażeniem, jak ludzie potrafią się zjednoczyć w obliczu tragedii. Jestem zbudowany postawą tutejszych lekarzy, ale też tych wszystkich, którzy dzwoniли do nas i proponowali pomoc. Dziękuję za niezwykle życzliwą postawę izb lekarskich. Na przykład OIL w Łodzi przesłała m.in. aparaty EKG do zniszczonych placówek medycznych, ale też wiele innych darów. Po stokroć wszystkim dziękuję za wszystkie akty dobrej woli” – podkreśla dr Jacek Miarka, przewodniczący Naczelnego Sądu Lekarskiego, mieszkaniec Nysy, konsultant w szpitalu powiatowym w Nysie, na co dzień prowadzący własny gabinet kardiologiczny.

HUB POMOCOWY W NIL

– Lekarze i lekarze dentyści poszkodowani przez powódź mogą się zgłaszać po pomoc do Naczelnej Izby Lekarskiej – mówi Iwona Kania, zastępca rzeczniczki prasowego NIL i koordynatorka akcji pomocowej. Na stronie internetowej www.nil.org.pl jest dostępny formularz, za pomocą którego należy podać swoje dane kontaktowe, opisać powstałe szkody i potrzeby. – Zgłoszenia cały czas spływają, mamy poszkodowanych m.in. z Głucholazów i Nysy. Na razie jest to kilkanaście zgłoszeń. Przewidujemy wsparcie finansowe w ramach Fundacji Lekarze Lekarzom, a także zakup sprzętu lub pomoc logistyczną w zależności od potrzeb – tłumaczy Iwona Kania. – Zgłaszają się do nas lekarze, którzy chcą np. ofiarować sprzęt medyczny lub inne wyposażenie potrzebne do prowadzenia gabinetu. Lekarz dentysta z Warszawy

zaoferował unit stomatologiczny. Sprzęt trafi do jednego z zalanych gabinetów stomatologicznych.

W sprawie wsparcia można kontaktować się również bezpośrednio z Iwoną Kanią (iwona.kania@nil.org.pl).

FUNDACJA LEKARZE LEKARZOM

FLL organizuje zbiórkę pieniężną na wsparcie lekarzy i lekarzy dentyстів, ofiar powodzi. – Każda, nawet najmniejsza, wpłata ma znaczenie i może przyczynić się do odbudowy życia osób dotkniętych tym nieszczęściem – apeluje prezes Fundacji Lekarze Lekarzom Mariusz Janikowski. Wpłaty można kierować na konto Fundacji Lekarze Lekarzom:

PL 31 1240 6263 1111 0010 4779 2541

Bank Pekao S.A. SWIFT, BIC:

PKOPPLPW

Tytuł przelewu: „Dla Powodzian”

ZAPOMOGI Z OPOŁA

Członkowie Opolskiej Izby Lekarskiej, którzy ucierpieli przez powódź, mogą się ubiegać o wypłatę zapomogi finansowej z tej izby w kwocie 6 tys. zł, są też zwolnieni z opłacania składek członkowskich do końca 2024 r. Dodatkowo Okręgowa Rada Lekarska w Opolu podjęła uchwałę o utworzeniu funduszu celowego na wsparcie powodzian. Izba uruchomiła też subkonto bankowe, na które można wpłacać datki. – Część osób jest mocno poszkodowanych,

np. lekarka dentyстка straciła w powodzi cały swój gabinet. Na bieżąco zbieramy informacje o potrzebach i staramy się w miarę możliwości reagować. Dotychczas mieliśmy m.in. prośby o zakup osuszacza i środków czystości. Do połowy października wypłaciliśmy zapomogi 16 osobom – mówi Jolanta Smerkowska-Mokrzycka, prezes ORL Opolskiej Izby Lekarskiej.

Z BIELSKA-BIAŁEJ

Komisja Socjalna Beskidzkiej Izby Lekarskiej w Bielsku-Białej również wspiera poszkodowanych członków swojej izby. „Zwracamy się do Państwa, szczególnie tych najbardziej poszkodowanych osób z powiatu cieszyńskiego, z informacją, iż możemy zaoferować realną pomoc finansową. Każdy, kto zgłosi się do Komisji Socjalnej z wnioskiem o wsparcie, może liczyć na indywidualną ocenę sytuacji i subwencję” – informuje Radosław Piwowarczyk, prezes Okręgowej Rady Lekarskiej BIL w Bielsku-Białej. BIL zakupiła też dwa osuszacze przemysłowe.

ZE ŚLĄSKA I WROCŁAWIA

Również lekarze i lekarze dentyści będący członkami Śląskiej Izby Lekarskiej, którzy ucierpieli w wyniku powodzi, mogą zgłaszać się do swojej izbowej Komisji Socjalno-Bytowej w sprawie zapomogi. Wnioski można składać w tej izbie do końca listopada. Swoich lekarzy wspiera

też Dolnośląska Izba Lekarska – tutaj też poszkodowani członkowie izby mogą składać wnioski o wsparcie. DIL deklaruje też pomoc w sprawie zalanej dokumentacji medycznej lub archiwalnej.

IZBOWE ZBIÓRKI RZECZOWE

Część okręgowych izb lekarskich zaangażowała się w pomoc powodzianom, organizując zbiórki rzeczowe. OIL w Łodzi oraz przyległe jej delegatury zorganizowały zbiórki dla powodzian przy współpracy m.in. z Fundacją Misja Medyczna i Archidiecezją Łódzką. Dwa busy fundacji, m.in. z wodą mineralną, żywnością, środkami czystości, pościelą, ręcznikami, kocami, rękawicami, łopatami i wiadrami, a także karmą dla zwierząt, dotarły pod koniec września do szpitala w Nysie. Dodatkowo, jak informuje Mateusz Kowalczyk, wiceprezes NRL i wiceprezes ORL w Łodzi ds. mediów, komunikacji i kształcenia, łódzka izba razem z kard. Grzegorzem Rysiem sfinansowała zakup dla powodzian sprzętu medycznego o wartości 100 tys. zł (m.in. wideolaryngoskop, aparaty EKG).

OIL w Gdańsku zorganizowała zbiórki we współpracy z Caritas Archidiecezji Gdańskiej. Zbierano m.in. żywność z długim terminem ważności, środki higieny i czystości, środki opatrunkowe, a także karmę dla zwierząt i latarki. O zbiórce dla powodzian informuje też m.in. Wielkopolska Izba Lekarska. Dary zbierano w delegaturze WIL w Koninie oraz biurze

WIL w Poznaniu. 26 września dary trafiły do Głucholazów.

WSPARCIE ZE SZPITALI

Akcje pomocowe organizują także szpitale. Na przykład z 5 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką SPZOZ w Krakowie do Ziemi Kłodzkiej wysłano transporty darów zebrane podczas zbiórki dla powodzian z gminy Łądek-Zdrój. Z kolei transporty z materiałami medycznymi z woj. pomorskiego trafiły do Wojewódzkiego Centrum Psychiatrii Długoterminowej w Stroniu Śląskim.

POMOC DLA NYSY

Fundacja TVN przekazała 500 tys. zł dla szpitala powiatowego w Nysie i uruchomiła zbiórkę charytatywną

dla tej lecznicy, podczas której udało się zebrać ponad 8,3 mln zł. Z kolei WOŚP wypożyczyła nyskiej placówce mobilny tomograf komputerowy dla SOR. Pieniądze na likwidowanie skutków zalania zbiera także sam szpital.

PTS PAMIĘTA O STOMATOLOGACH

Pomoc dla lekarzy dentyistów zadeklarowało Polskie Towarzystwo Stomatologiczne. „Nie chcemy, by zostali Państwo sami, dlatego tych, którzy w wyniku powodzi utracili wyposażenie swoich gabinetów i możliwość wykonywania pracy, zachęcamy do zgłaszania swoich potrzeb przez stronę PTS. Będziemy pośredniczyć w kontakcie potrzebujących z firmami, które są gotowe zapewnić Państwu pomoc” – czytamy w serwisie internetowym PTS. ●

FUNDUSZE NA PILNE POTRZEBY

Ministerstwo Zdrowia informuje, że podmioty lecznicze, które ucierpiały w wyniku powodzi, mogą występować o udzielenie pomocy w zakresie podstawowych i pilnych potrzeb (produktów leczniczych i wyrobów medycznych lub innych materiałów), niezbędnych do zapewnienia ciągłości działania. Po pomoc należy zgłosić się do właściwych terytorialnie urzędów wojewódzkich:

- woj. dolnośląskie: podmiotyecznicze.powodz@duw.pl
- woj. opolskie: bjablonska@opole.uw.gov.pl
- woj. śląskie: czkws@katowice.uw.gov.pl

Skutki podatkowe darowizn dla poszkodowanych

Tysiące Polaków oraz firm zdecydowało się na pomoc poszkodowanym. Podpowiadamy, jak rozliczyć przekazane środki pieniężne i materialne.

Rozliczenie darowizny zależy od tego, czy przekazała ją osoba prywatna, czy np. fundacja lub stowarzyszenie, czy też prywatna firma.

Darczyńcy mogą korzystać z ulg podatkowych, jednak dotyczy to tylko darowizn przekazywanych na rzecz organizacji pożytku publicznego. Darowizny dla osób fizycznych czy przedsiębiorstw nie podlegają odliczeniu. Darczyńca ma możliwość odliczenia całej przekazanej kwoty, z tym, że limit odliczenia wynosi nie więcej niż 6 proc. dochodu lub przychodu. A to oznacza, że jeśli podatnik nie osiągnął wystarczającego przychodu lub dochodu, by odliczyć całą kwotę, ulga nie przejdzie na kolejny rok.

W przypadku darowizn w grę wchodzi również podatek VAT. Rząd wprowadził przepisy, które obowiązują z mocą wsteczną od 12 września 2024 r. Znajdują się one w rozporządzeniu ministra finansów z 17 września 2024 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie obniżonych stawek podatku od towarów i usług (Dz.U. z 2024 r., poz. 1381).

Osoby prawne, jednostki organizacyjne niemające osobowości prawnej oraz osoby fizyczne mogą skorzystać z zerowej stawki VAT. Ma ona zastosowanie do darowizn niezbędnych do złagodzenia skutków kataklizmu:

- wszelkiego rodzaju towarów, na przykład żywności, koców, ubrań,
- nieodpłatnych usług, na przykład zakwaterowania.

Preferencja obowiązuje od 12 września do 31 grudnia 2024 r.

Kolejna możliwość zastosowania stawki 0 proc. obejmuje materiały budowlane, przekazywane na rzecz poszkodowanych, których nieruchomości uległy zniszczeniu. Musi jednak być spełniony warunek, aby nieruchomości były usytuowane na terenie gmin objętych kataklizmem, a darowizny zostały przekazane na rzecz osób posiadających formalne prawo do dysponowania tymi nieruchomościami. Stawka 0 proc. obowiązuje od 24 września 2024 r. do 31 marca 2025 r. ●

awa

AKTUALNOŚCI

Kontrakty w centrum uwagi

MAŁGORZATA SOLECKA
DZIENNIKARKA

Coraz częściej pojawiają się głosy, że ustawa o wynagrodzeniach minimalnych byłaby dużo mniejszym obciążeniem kosztowym, gdyby płatnik finansował tylko wzrost wynagrodzeń etatowych.

Nie zgodzimy się na zabieranie pieniędzy lekarzom i innym pracownikom medycznym zarabiającym według ustawy o płacy minimalnej – zapowiedział prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Łukasz Jankowski w czasie konferencji „Wizja Zdrowia. Diagnoza i Przyszłość – Foresight Medyczny”, która odbyła się 8 października w Warszawie.

OBCIĄŻENIE DLA BUDŻETU

Wypowiedź prezesa lekarskiego samorządu jest pokłosiem sygnałów o możliwych zmianach, zamrożeniu lub wręcz wygaszeniu ustawy o wynagrodzeniach minimalnych pracowników ochrony zdrowia. Sygnałów sprzecznych i niemiernodajnych, ale obecnych w przestrzeni publicznej. Zawieszenia ustawy dyrektorzy szpitali domagali się od minister zdrowia Izabeli Leszczyny już w lipcu, podczas spotkania, na którym zaprezentowano pakiet zmian w szpitalnictwie. Postulat wrócił we wrześniu, podczas rozmów przedstawicieli Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Szpitali Powiatowych z kierownictwem resortu. Wskazywano, że ustawa pogrąży finansowo szpitale i stanowi potężne obciążenie dla budżetu NFZ.

O skali tego obciążenia mówi Narodowy Fundusz Zdrowia, i to otwarcie – w przeciwieństwie do dwóch poprzednich lat, gdy obowiązywała narracja, że „historyczny wzrost wynagrodzeń” nie jest problemem, bo towarzyszy mu „bezsensowny wzrost nakładów”. Już we wrześniu wiceprezes Funduszu Jakub Szulc tłumaczył podczas posiedzenia Komisji Zdrowia, że choć koszty ustawy podawane są w ujęciu rocznym (ok. 15 mld zł), ważny jest koszt skumulowany. Izabela

Leszczyna postawiła w październiku kropkę nad i, wskazując, że realizacja ustawy do tej pory kosztowała już niemal 80 mld zł.

Jeszcze w lipcu minister wykluczała jakiegokolwiek ruchu wokół ustawy, argumentując, że nie zabierze niczego, co pracownicy otrzymali od rządu PiS. Tym większe było zaskoczenie w pierwszych dniach października, gdy stwierdziła, że

Kontrakt nie jest optymalną formą wykonywania zawodu. Przy łóżku pacjenta nie staje jednoosobowa firma, lecz lekarz

ustawa miała wygasnąć po trzech latach. Licząc od nowelizacji z 2022 r., niedawna podwyżka powinna być – w myśl wyliczeń minister zdrowia – ostatnią. Nic takiego się jednak nie stanie. Po kilku dniach resort zdrowia oficjalnie stwierdził, że w ustawie nie ma żadnego ograniczenia czasowego. Niewykluczone, że słowa minister zdrowia są konsekwencją rozmów z przedstawicielami szpitali, którzy mogli przypomnieć pierwszą wersję ustawy z 2017 r. Wtedy rzeczywiście pojawiało się pewne ograniczenie czasowe, choć dotyczyło ono mechanizmu dochodzenia do właściwych rozwiązań dotyczących podwyżek w ochronie zdrowia.

Nie tylko „dementi” w sprawie rzekomej regulacji, jaka miała ograniczać czasowo obowiązywanie

ustawy, ale i zapewnienia wiceministra Jerzego Szafranowicza dotyczące domniemanych pomysłów na jej zamrożenie każą sądzić, że ustawa o wynagrodzeniach minimalnych przetrwa. Nie znaczy to jednak, że nic się nie zmieni.

JAKIE SĄ REALIA, KAŻDY WIE

Zmianę już odczuły pielęgniarki. Pod koniec września połączone komisje Zdrowia oraz Finansów Publicznych zdecydowały o odesłaniu do specjalnej podkomisji sprawozdania z prac nad obywatelskim projektem nowelizacji ustawy podwyżkowej. A to – jak przyznała przewodnicząca podkomisji Elżbieta Gelert – oznacza, że prace nad projektem zaczną się od początku. Opozycja nie szczędziła ostrych słów, mówiąc o komisyjnej „zamrażarce”. Zapewnienia, że projekt będzie procedowany, niewiele tu zmieniły. Choćby dlatego że posłowie koalicji rządzącej nie wiedzą, czego oczekuje od nich rząd, a zwłaszcza Ministerstwo Zdrowia. Stąd obecność na posiedzeniu Zespołu Trójstronnego ds. Ochrony Zdrowia, który zebrał się pod koniec września, posłanki Elżbiety Gelert. Apelowala ona do reprezentującego resort wiceministra Szafranowicza, by ministerstwo przedstawiło dane dotyczące możliwości finansowych, tak by o podwyżkach rozmawiać w kontekście realiów budżetowych. Jakże one są, wiadomo.

Lekarze przyznają, że ich grupy zawodowej, a na pewno specjalistów, ustawa o wynagrodzeniach minimalnych dotyczy w ograniczonym

► Argumenty dotyczące kwot, na jakie szpitale podpisują kontakty cywilnoprawne z lekarzami wybrzmiewają coraz mocniej

zakresie. – Rozmawiamy o ustawie, która dotyczy około 15 proc. specjalistów w Polsce. 85 proc. jest na kontraktach – mówił podczas przywołanej już konferencji prezes NRL Łukasz Jankowski. Podkreślał, że postulatem samorządu lekarskiego pozostają „trzy średnie krajowe dla lekarza specjalisty” jako wynagrodzenie minimum.

O tym postulatcie środowisko lekarskie nie daje zapomnieć minister zdrowia. Podczas październikowego zjazdu krajowego OZZL przewodnicząca Grażyna Cebula-Kubat przypominała, że obecnie ustawowa pensja przewidziana dla lekarza specjalisty zatrudnionego na umowę o pracę na jednym etacie w placówce publicznej wynosi 65 zł za godzinę brutto, czyli około 46 zł netto. Natomiast postulatem OZZL jest wynagrodzenie na poziomie 134 zł brutto na godzinę, co i tak, jak mówiła, jest stawką o połowę niższą od średniej rynkowej oferty dla specjalisty. Izabela Leszczyna, która była gościem zjazdu, powtórzyła to, co wcześniej mówiła podczas spotkań z przedstawicielami samorządu lekarskiego: – Osobiście uważam, że lekarz powinien zarabiać min. trzy średnie krajowe, ale na razie nie mam pomysłu na to, jak zachęcić lekarzy do pracy na etacie. Zmiana wynagrodzeń lekarzy to będzie proces.

Izabela Leszczyna, zresztą wzorem swoich poprzedników, łączy spełnienie postulatu placowego lekarzy z likwidacją kontraktu jako formy umowy, na podstawie której lekarze współpracują z podmiotami leczniczymi. Na to jednak zgody środowiska nie ma, choć prezes lekarskiego samorządu zapewnia o gotowości do rozmów. – Kontrakt nie jest optymalną formą wykonywania zawodu lekarza, a problem czasu pracy w tych umowach pozostaje nierozwiązany. Przy łóżku pacjenta nie staje jednoosobowa firma, lecz lekarz.

300 TYS. ZŁ MIESIĘCZNIE

Można się spodziewać, że to właśnie kontrakty znajdą się w centrum uwagi decydentów. Podczas wrześniowych i październikowych posiedzeń Sejmu w kuluarach – i nie tylko – mocno wybrzmiewały argumenty dotyczące kwot, na jakie szpitale podpisują umowy cywilnoprawne ze specjalistami. Ministerstwo Zdrowia dzięki pewnym decyzjom personalnym zyskało wgląd do rachunków



foto: Shutterstock.com

niektórych podmiotów – i (oczywiście nieoficjalnie) zaczęły z dnia na dzień wyciekać informacje dotyczące wysokości pojedynczych kontraktów. Oczywiście bez personaliów. Posłowie zaczęli zadawać pytania, prosząc na przykład o potwierdzenie, czy jest prawdą, że jeden z bardziej zadłużonych polskich szpitali zapłacił fakturę za miesiąc pracy lekarza w wysokości 300 tys. zł, a w innych podmiotach nie należą do rzadkości rachunki przekraczające 100 tys. zł. Tworzy się wrażenie, że dla lekarza pracującego na kontrakcie kwota 70-80 tys. zł miesięcznie to norma (choć zdecydowana większość dyrektorów szpitali, pytanych o to, ile płacą lekarzom kontraktowym, mówi o kwotach 30-40 tys., i to z wliczonymi dyżurami). Inną sprawą jest, że lekarz pracujący na kontrakcie taką kwotę może otrzymać w jednym szpitalu, co nie wyklucza, że w innych podmiotach, jeśli pełni dyżury, również otrzymuje wynagrodzenie.

W kontekście problemów finansowych NFZ oraz będących ich następstwem problemów szpitali pojawiają się coraz częściej głosy, że ustawa o wynagrodzeniach minimalnych byłaby dużo mniejszym obciążeniem kosztowym, gdyby wyceny Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji obejmowały tylko koszty bezpośrednio wynikające z przepisów. Mówiąc inaczej, gdyby płatnik finansował tylko wzrost wynagrodzeń etatowych.

DUŻE NADZIEJE W REFORMIE

Ministerstwo Zdrowia nie kryje, że duże nadzieje na poluzowanie presji placowej wiąże z przedstawionym

przez siebie projektem zmian dotyczących szpitalnictwa. Dyrektorzy szpitali powiatowych podkreślają, że reforma Izabeli Leszczyny dotknąć ma wyłącznie ich placówek i dla części z nich będzie oznaczać nie fizyczną, ale faktyczną likwidację (jako pełnowymiarowej placówki szpitalnej). Zapowiedzi, że część oddziałów nie będzie musiała pracować w trybie ostrym, a więc nie będą musiały zapewniać obsady dyżurowej (nie będzie więc konieczności „podkupowania” i ściągania lekarzy za wszelką cenę) podoba się menedżerom. Ale jednocześnie obawiają się oni, że w dłuższej perspektywie szpital z „nieostrymi” oddziałami będzie musiał oddać pole innym szpitalom w zakresie działalności leczniczej, ograniczając się do rozwijania opieki ambulatoryjnej, ewentualnie przekształcając się w podmiot opieki długoterminowej (do czego zresztą będą zachęcać pieniądze z Krajowego Planu Odbudowy).

Dyrektorzy takich placówek, ale przede wszystkim samorządowcy analizują, czy bardziej będą się opłacać próby utrzymania się w grze nawet kosztem rosnących wydatków placowych, czy też przystąpienie (dobrowolne) do proponowanych zmian. Pojawiają się jednak głosy, że z zapowiadanej przez resort reformy nic nie wyjdzie. Głównie dlatego że nie jest to reforma, a propozycja punktowych zmian, za które odpowiedzialność przerzucona ma być na samorządy lokalne. ●

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

AKTUALNOŚCI

Klincz w ochronie zdrowia. Brakuje pieniędzy

MAŁGORZATA SOLECKA
DZIENNIKARKA

Trudna sytuacja finansowa Narodowego Funduszu Zdrowia nie może skutkować zapaścią polskiego szpitalnictwa i tym samym dramatycznym pogorszeniem dostępności do świadczeń zdrowotnych udzielanych pacjentom w szpitalach – podkreśla samorząd lekarski w apelu skierowanym 7 października do minister zdrowia.

W apelu czytamy: „W związku z napływającymi do samorządu lekarskiego niepokojącymi doniesieniami dotyczącymi pogarszającej się sytuacji finansowej szpitali Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej apeluje do Ministra Zdrowia, aby w roku 2024 szpitale miały zapewnione finansowanie świadczeń zdrowotnych udzielanych ponad ryczałt systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ), tj. ratujących życie, oraz świadczeń szpitalnych wynikających z pilnych wskazań medycznych”. Samorząd lekarski zwraca uwagę, że zapowiedzi sfinansowania jedynie świadczeń nielimitowanych nie wystarczą. Część szpitali, zwłaszcza powiatowych, których budżety w ogromnym stopniu zależą od ryczałtów, może znaleźć się w jeszcze większych niż do tej pory opałach.

– Nasz apel do Ministerstwa Zdrowia to reakcja na liczne doniesienia lekarzy i przedstawicieli szpitali o narastającym problemie z finansowaniem przez NFZ świadczeń wykonanych ponad limity określone w umowach – tłumaczył w mediach wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej dr Klaudiusz Komor. – Jesteśmy coraz bardziej zaniepokojeni tym, że szpitale, które i tak już od dłuższego czasu są niedofinansowane i zadłużone, teraz zmuszone są do redukcji działalności. Nie mówimy tu jedynie o planowych operacjach, które ewentualnie mogą poczekać, ale również o pilniejszych zabiegach. Sytuacja jest

coraz trudniejsza, a część nierozliczonych świadczeń to procedury, których niewykonanie może skutkować pogorszeniem zdrowia, m.in. w kardiologii czy onkologii, jak np. programy lekowe. Obawiamy się, że sytuacja może się jeszcze pogorszyć – wyjaśnił wiceszef NIL.

W NFZ PUSTA KASA

Sytuacja pogarsza się już od kilku miesięcy. W połowie roku stało się jasne, że w przeciwieństwie do 2023 r., gdy NFZ płacił pełną wartość świadczeń za wszystkie nadwykonania (również w ryczałcie), teraz nie ma na to szans. Zarówno za pierwszy kwartał (w czerwcu), jak i za drugi (w pierwszej połowie października) szpitale mogły

wszystko, by placówki otrzymały pieniądze jeszcze w tym roku, ale czy znajdą się na to środki? Narodowy Fundusz Zdrowia szacuje, że kwartalnie wartość świadczeń nielimitowanych, na które w planie NFZ nie ma pieniędzy, oscyluje wokół 2 mld zł. Kwota zaległości Funduszu wobec szpitali za drugi kwartał ma przekraczać 3 mld zł. Pieniądze za pierwszy i drugi kwartał minister zdrowia przesunęła z własnego budżetu, tnąc głównie wydatki na inwestycje (co też dla systemu nie pozostanie obojętne).

Przedstawiciele samorządów i szpitali powiatowych szacują, że wartość nierozliczonych nadwykonania (a więc świadczeń limitowanych) sięga po trzech kwartałach 10 mld zł. To powoduje, że placówki zawieszają oddziały, ograniczają przyjęcia i przesuwają planowe zabiegi na przyszły rok. Świadczenia ratujące życie i zdrowie NFZ rozlicza bowiem w pierwszej kolejności, w związku z tym planowe leczenie staje się nadwykonaniem, które – słuchając zapowiedzi przedstawicieli MZ i NFZ – prawdopodobnie nie zostanie zapłacone. Podczas wszystkich dyskusji, czy towarzyszących konferencjom eksperckim, czy posiedzeniom sejmowych komisji i obradom plenarnym Sejmu, powraca jak mantra stwierdzenie, że szpitale, realizując nadwykonania i udzielając świadczeń poza

Aby uniknąć całkowitej zapaści finansowej systemu ochrony zdrowia, potrzeba z budżetu państwa dofinansowania na poziomie przynajmniej 92,5 mld zł

liczyć tylko na zapłatę za świadczenia nielimitowane. Pod znakiem zapytania staje płatność za trzeci kwartał (choć nie sama płatność, bo ona zostanie zrealizowana na pewno, ale jej termin). Ministerstwo Zdrowia zapewnia, że zrobi

► Katarzyna Sójka, była minister zdrowia, mówiła o Izabeli Leszczynie, że jest jak struś z głową w piasku przy problemach ochrony zdrowia

limitem zawartym w umowie, „podjęły ryzyko”, zaś Fundusz może działać jedynie w ramach planu finansowego. A w nim pieniądze na nadwykonania świadczeń limitowanych nie ma. Szpitale, zwłaszcza powiatowe, liczą że apele i rozmowy z MZ przyniosą skutek choćby w postaci częściowej zapłaty za nadwykonania, ale – na razie – szanse na to wydają się znikome.

JAK STRUŚ Z GŁOWĄ W PIASKU

Finanse NFZ są w oplakany stan. Posłowie PiS twierdzą, że w ciągu ośmiu – dziewięciu miesięcy rząd Donalda Tuska doprowadził ochronę zdrowia na skraj przepaści, podczas gdy w ciągu dwóch kadencji rządów PiS system miał się dobrze, a w każdym razie coraz lepiej. Czesław Hoc, uzasadniając wniosek o przedstawienie przez rząd informacji na temat sytuacji w ochronie zdrowia, wysuwał sugestię, że „doprowadzenie szpitali do zapaści finansowej” może być wstępem do ich komercjalizacji i prywatyzacji. Stwierdził wręcz, że powinna powstać komisja śledcza, której zadaniem byłoby ustalenie, gdzie podziewają się miliardy złotych na zdrowie.

– Pacjenci przestają być leczeni, odmawiane są im przyjęcia, nie ma dla nich terminów. NFZ ociera się o bankructwo, a wy tego nie widzicie i udajecie, że jest okej. Nie podejmujecie działań. (...) Brakuje kroplówek. Nie ma leków. Nie ma programów lekowych. Nie płacicie POZ za opiekę koordynowaną. Leczenie SMA jest zagrożone. KPO nie działa. Piszą o tym nawet sprzyjające wam media, a minister Leszczyna jak struś z głową w piasku przy tych wszystkich problemach – mówiła cała w emocjach była minister zdrowia Katarzyna Sójka.

Posłowie PiS nie szczędzili też ostrych komentarzy dotyczących niezrealizowanych obietnic wyborczych: zniesienia limitów na leczenie szpitalne, likwidacji czy radykalnego skrócenia czasu oczekiwania na konsultację lekarskie i bonu stomatologicznego. Przypominali o pojawiających się sygnałach ze strony lekarzy dentyków, że w ogóle przestaną wkrótce przyjmować pacjentów „na NFZ” w związku m.in. z brakiem zapłaty za nadwykonania i ciągle zbyt niskimi wycenami.

WYJĄTEK, A NIE REGUŁA

Wiceminister zdrowia Marek Kos, przedstawiając informację o finansach NFZ,



foto: KPRM

podkreślał, że sytuacja, w której Fundusz realizował na bieżąco płatności za wszystkie nadwykonania, również w świadczeń objętych ryczałtem, była wyjątkiem, a nie regułą, i obejmowała jedynie drugie półrocze 2022 r. i cały poprzedni rok. Miało to, jak mówił wiceszef resortu zdrowia, podwójne uzasadnienie. Bezpośrednio po pandemii trzeba było maksymalnie szybko niwelować dług zdrowotny i przyjmować pacjentów, których diagnostyka i leczenie zostały odłożone ze względu na covidowy paraliż systemu ochrony zdrowia. NFZ miał na to środki, bo przez

wyborami 2023 r. Plan, który był kilka razy zmieniany w ciągu roku. Plan, który Izabela Leszczyna dopiero w pierwszej dekadzie października oceniła jako „zły” i dostrzegła, że obecne problemy wynikają z niedoszacowania kosztów, choć wielu ekspertów zwracało już na początku roku uwagę, że rzeczywistość może się bardzo różnić z przyjętymi założeniami.

Przedstawicielowi ministerstwa wtórowali posłowie koalicji rządzącej. Przypominali o błędach popełnionych przez poprzedników przy wprowadzaniu sieci szpitali i o tym, jak nowelizacja ustawy o wynagrodzeniach minimalnych pogрузzyła w 2022 r. finanse szpitali. Wskazywali, że średni czas oczekiwania na konsultację lekarską przez dwie kadencje rządów Zjednoczonej Prawicy zwiększył się z nieco ponad 70 do ponad 120 dni. Odpierając zarzuty o chęć likwidacji czy prywatyzacji szpitali, przypominali, że to w ciągu dwóch kadencji rządów PiS liczba porodówek zmniejszyła się o blisko siedemdziesiąt.

Koronnym argumentem w dyskusji były jednak kwestie finansowe. Posłowie KO i Trzeciej Drogi przywoływali decyzję z końca 2022 r. o przeniesieniu finansowania wielomiliardowego pakietu świadczeń zdrowotnych z budżetu ministra zdrowia do NFZ. – Co to za problem? Pracujecie nad

Plan finansowy NFZ był w tym roku zmieniany już sześć razy; ostatni raz we wrześniu

niedow wykonania z lat 2020-2021 w funduszu zapasowym znalazło się ponad 22 mld zł. – Te pieniądze zostały w całości zużyte. Funduszu zapasowego w tej chwili już nie ma – mówił Kos. Podkreślał, że jest zdziwiony dyskusją i zarzutami dotyczącymi dramatycznej sytuacji finansów NFZ, bo w tej chwili realizowany jest plan finansowy Funduszu, który został przygotowany i zaakceptowany jeszcze przed

budżetem na 2025 r., przeniesie te wydatki z powrotem do budżetu państwa – ripostowała jedna z posłanek PiS.

CO Z PRZYSZŁYM ROKIEM?

W dyskusji, która była do bólu przewidywalna, mocno wybrzmiał głos Adriana Zandberga (Lewica). – To, że NFZ ma już w tym momencie naprawę poważne problemy z płynnością, jest chyba oczywiste dla wszystkich na tej sali. Jest też jasne, że w tym roku zabraknie pieniędzy, że te plany, które miały być zrealizowane, zrealizowane nie będą – mówił poseł. Zwracając się do wiceministra Marka Kosa, stwierdził: – Rozumiem, że będzie pan tu teraz mówić o tym, jak to na szybko zalepić, choć mówiąc szczerze, szacunki pani minister Leszczyzny mówiące o tym, ile to będzie kosztować, budzą we mnie pewne niedowierzanie i myślę sobie, że dobrze opisuje je fraza: tani kupiec.

Zandberg postawił też wprost pytanie o przyszłość. – Co z przyszłym rokiem? Bo przecież ta historia się powtórzy. Według planu finansowego, który jest na przyszły rok, według planów, które są zapisane w budżecie, jest zapisana podobna, tylko jeszcze na większą skalę katastrofa. Moje pytanie do ministerstwa jest takie: Co chcecie zrobić w przyszłym roku? To nie jest kwestia tylko i wyłącznie uratowania się tu i teraz przed jakimś technicznym problemem, to jest systemowy kłopot polegający na tym, że od lat

mamy niedofinansowaną publiczną ochronę zdrowia i niestety w planie budżetu przygotowanym przez Ministerstwo Finansów to jest powrót do starych PiS-owskich błędów – ocenił, antycypując to, co w Sejmie miało się wydarzyć w następnym punkcie, czyli pierwsze czytanie projektu budżetu na 2025 r., podczas którego minister finansów Andrzej Domański akcentował wydatki na obronność i rozwój, ale mówił też o ochronie zdrowia. – Dziś przed nami nie tylko wyzwania związane z zapewnieniem bezpieczeństwa i rozwoju gospodarczego, ale także, a może przede wszystkim, poprawą jakości życia obywateli. Na opiekę zdrowotną w 2025 r. przeznaczymy 221,7 mld zł. To o 30 mld zł więcej niż w roku obecnym – tłumaczył.

TRUDNO O OPTYZMIZM

Doświadczenie tego roku nie pozwala jednak na optymizm: zestawienie „plan do planu”, w momencie gdy plan na ten rok jest wyraźnie niedoszacowany, nie mówi absolutnie nic pozytywnego. Przeciwnie, można przeczuwać wyłącznie kłopoty, o jakich z mównicy przestrzegali Zandberg, a kilka miesięcy wcześniej zrobił to samo zespół ekspertów, przedstawiając raport o luce w finansach NFZ w latach 2025-2027. Zwracał

uwagę, że aby uniknąć całkowitej zapaści finansowej systemu ochrony zdrowia, potrzeba będzie ze strony budżetu państwa dofinansowania na poziomie przynajmniej 92,5 mld zł. Raport spotkał się latem z zerowym zainteresowaniem ze strony polityków, zwłaszcza koalicji rządzącej.

Współautor raportu z czerwca, dr n. ekon. Sławomir Dudek, prezes i główny ekonomista Instytutu Finansów Publicznych i były dyrektor Departamentu Polityki Makroekonomicznej Ministerstwa Finansów, komentując polityczne spory wokół finansów Funduszu, którym równocześnie towarzyszy dyskusja o obniżaniu składki zdrowotnej dla przedsiębiorców, stwierdził włącznie: – Plan NFZ był już zmieniany w tym roku sześć razy. Ostatni raz we wrześniu. Łącznie podniesiono wydatki o ponad 20 mld zł, nowa prognoza składek dała +5 mld zł. Czyli dziura w NFZ wzrosła wobec pierwotnego planu o ok. 15 mld zł, a już wcześniej zakładano ok. 8 mld zł dotacji z budżetu. Czyli razem na dzisiaj to ok. 22 mld zł dziury (wpis na platformie X).

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

PAKIET RATUNKOWY

Połączenie składki chorobowej ze zdrowotną, podniesienie tej ostatniej o 0,5 punktu procentowego dla większości ubezpieczonych i nieznaczna korekta składki płaconej przez rolników, uszczelnienie systemu rejestracji zdarzeń medycznych – to niektóre propozycje zespołu ekspertów Federacji Przedsiębiorców Polskich, które miałyby przynieść systemowi ochrony zdrowia korzyść w postaci ponad 24 mld zł w pierwszym roku po wprowadzeniu zmian i nieco ustabilizować jego finansowanie w perspektywie do 2028 r. „Pakiet ratunkowy” FPP obejmuje zarówno stronę przychodową, jak i kosztową. Jeśli chodzi o kontrolę kosztów, w ustawie o minimalnym wynagrodzeniu pracowników ochrony zdrowia proponują zastąpienie średniego wynagrodzenia jako

podstawy do obliczania minimalnych zarobków waloryzowaną stawką bazową oraz brak kompensacji wzrostu wynagrodzeń kontraktowych. Zwłaszcza w przypadku przekroczenia wielokrotności wynagrodzenia średniego w gospodarce (nie określają jednak poziomu owej wielokrotności, czy ma to być na przykład pięcio- czy sześciokrotność, co wydaje się najbardziej logiczne, biorąc pod uwagę deklaracje dyrektorów na temat przeciętnej wysokości kontraktów obecnie). Zdaniem FPP konieczne jest również przesunięcie obowiązku retaryfikacji świadczeń, tak by nowe zaczynały obowiązywać 1 stycznia (a nie w połowie roku), „by zapewnić zbieżność procesu planowania wydatków przez instytucje publiczne”. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji powinna

móc zbierać również dane dotyczące wysokości kontraktów. Pakiet obejmuje również po stronie porządkowania kosztów pewne rozluźnienie norm zatrudnienia w przeliczeniu na łóżko (dostosowanie do faktycznego obciążenia, a nie liczby łóżek). Częścią umowy jest również zwiększenie składki zdrowotnej. Większość ubezpieczonych płaciłaby 9,5 proc. składki zdrowotnej, a razem z chorobową składką „bazową” za tę grupę wynosiłaby blisko 12 proc. (składkę chorobową opłacają pracodawcy). Pozytywne skutki pakietu zmian zobaczylibyśmy jednak dopiero w 2026 r. Wyliczenia przedstawione przez FPP potwierdzają, że w 2025 r. – zakładając planowany poziom wydatków na zdrowie – sytuacja systemu będzie jeszcze trudniejsza niż obecnie.

AKTUALNOŚCI

Mały robak źródłem przełomowego odkrycia

LIDIA SULIKOWSKA
DZIENNIKARKA

Victor Ambros i Gary Ruvkun to tegorocznymi laureatami Nagrody Nobla w dziedzinie fizjologii lub medycyny. Amerykańskich naukowców wyróżniono za odkrycie cząsteczki mikroRNA i jej roli w potranskrypcyjnej regulacji genów.

Dzięki nagrodzonemu odkryciu poznaliśmy nową zasadę regulacji aktywności poszczególnych genów w komórkach. „Victor Ambros i Gary Ruvkun interesowali się tym, jak rozwijają się różne typy komórek. Odkryli mikroRNA, nową klasę małych cząsteczek RNA, które odgrywają kluczową rolę w regulacji ekspresji genów. Ich przełomowe odkrycie ujawniło zupełnie nową zasadę regulacji genów, niezbędną dla organizmów wielokomórkowych, w tym ludzi. MikroRNA okazują się fundamentalnie ważne dla rozwoju i funkcjonowania organizmów” – czytamy w komunikacie prasowym Komitetu Noblowskiego.

MikroRNA odpowiada za to, że tylko właściwy zestaw genów jest aktywny w konkretnym typie komórki. Dzięki badaniom genetycznym wiemy, że komórki i tkanki nie rozwijają się prawidłowo bez tej cząsteczki. Z kolei nieprawidłowa regulacja przez mikroRNA może przyczynić się do rozwoju nowotworów, a mutacje w genach kodujących mikroRNA stwierdzono u ludzi cierpiących m.in. na wrodzony ubytek słuchu, choroby oczu i układu kostnego. Mutacje w jednym z białek niezbędnych do produkcji mikroRNA prowadzą do DICER1, rzadkiego, ale ciężkiego zespołu związanego z rakiem w różnych narządach i tkankach.

OD LIN-4 DO LET-7, CZYLI PO NITCE DO KLĘBKA

Jak doszło do odkrycia mikroRNA? Pod koniec lat 80. ubiegłego wieku Victor Ambros i Gary Ruvkun prowadzili badania z wykorzystaniem małego nicienia *Caenorhabditis elegans*. W wyniku badań nad zmutowanymi szczepami tych

Victor Ambros urodził się w 1953 r. w Hanowerze w stanie New Hampshire (USA). Jest profesorem nauk przyrodniczych na University of Massachusetts Medical School w Worcester.

Gary Ruvkun urodził się w 1952 r. w Berkeley w Kalifornii (USA). Jest profesorem genetyki w Massachusetts General Hospital i Harvard Medical School w Bostonie (USA).

To już 36. raz w historii, kiedy nagroda Nobla w dziedzinie fizjologii lub medycyny została podzielona pomiędzy dwóch laureatów. 40 razy była ona wręczana pojedynczym osobom, a 39 – podzielona pomiędzy trzy osoby.

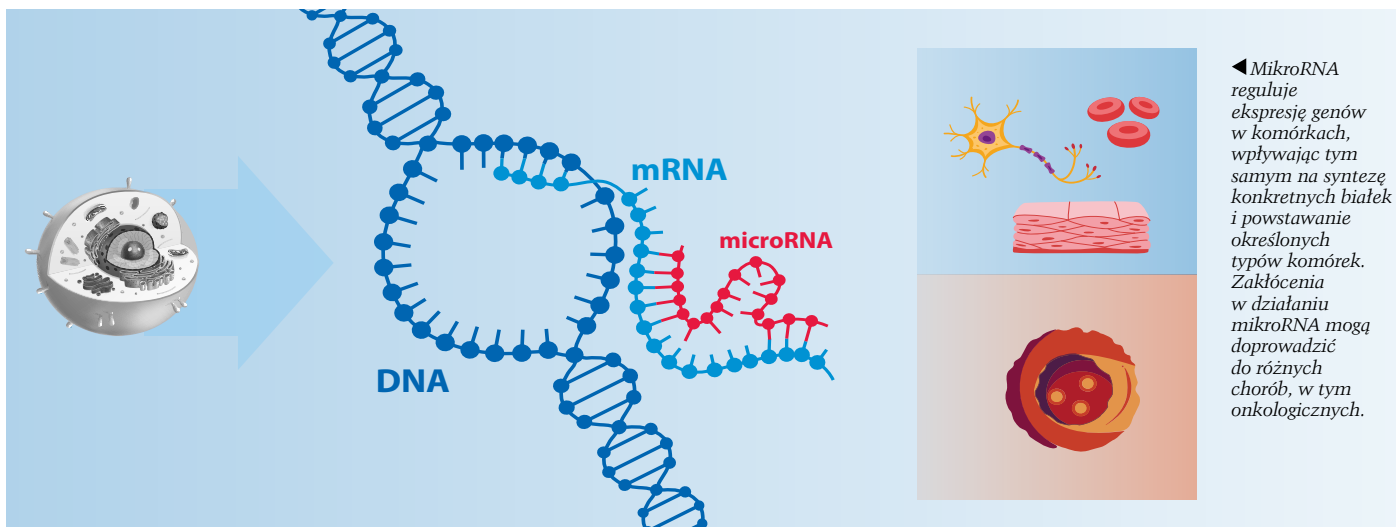
robaków, *lin-4* i *lin-14*, odkryto nową zasadę regulacji aktywności genów przez wcześniej nieznaną typ RNA, czyli mikroRNA. To właśnie u tego niepozornego robaka naukowcy zidentyfikowali cząsteczkę, która wpływała na rozwój *C. elegans*.

Wyniki badań opublikowano w 1993 r., ale nie wzbudziły one wielkiej sensacji. Uznano bowiem, że opisany mechanizm regulacji genów nie ma przełożenia na bardziej złożone organizmy. Sytuacja

zmieniła się siedem lat później – po publikacji odkrycia grupy badawczej Gary’ego Ruvkuna dotyczącego innego mikroRNA (*let-7*), tym razem obecnego w całym królestwie zwierząt, w tym u ludzi. Od tamtego czasu zainteresowanie mikroRNA ogromnie wzrosło. Doszło wręcz do eksplozji badań w tym temacie. Obecnie wiadomo, że genom człowieka koduje ponad tysiąc mikroRNA. Okazuje się, że regulacja genów za pomocą tej cząsteczki jest powszechna w wielokomórkowych organizmach. Więcej o odkryciu nagrodzonych naukowców można znaleźć w oficjalnym serwisie noblowskim.

– Odkrycie dotyczy regulacji ekspresji genów, ale już na etapie, kiedy geny są przepisane na cząsteczki RNA – tłumaczy dr hab. Seweryn Mroczek, prof. ucz. z Instytutu Genetyki i Biotechnologii Wydziału Biologii Uniwersytetu Warszawskiego. – Mamy więc do czynienia z odkryciem dotyczącym pewnej klasy bardzo krótkich cząsteczek RNA, nazywanych mikroRNA, które po pewnym procesie obróbki, cięcia, zostają dostarczone i hybridują, stając się częściowo komplementarne do cząsteczek mRNA i w ten sposób przyczepiając się do nich, regulują proces translacji lub stabilności tych cząsteczek – dodaje dr hab. Seweryn Mroczek.

Dr hab. Magdalena Dziembowska z Instytutu Biologii Funkcjonalnej i Ekologii Wydziału Biologii Uniwersytetu Warszawskiego zwraca uwagę, że to nagroda za odkrycie, które



◀ MikroRNA reguluje ekspresję genów w komórkach, wpływając tym samym na syntezę konkretnych białek i powstawanie określonych typów komórek. Zakłócenia w działaniu mikroRNA mogą doprowadzić do różnych chorób, w tym onkologicznych.

pokazuje, jak mocno możemy regulować niezwykle ważny proces, jakim jest synteza białek w komórce.

Z LABORATORIUM DO PRAKTYKI KLINICZNEJ

Jaką rolę może odgrywać wiedza o mikroRNA w świecie medycyny?

– Po pierwsze, możemy badać je jako markery pewnych chorób, zwłaszcza nowotworowych. Ale nie tylko, między innymi chorób strukturalnych serca czy też zaburzeń innych organów – mówi płk prof. Paweł Krzesiński, kierownik Kliniki Kardiologii i Chorób Wewnętrznych Wojewódzkiego Instytutu Medycznego. – Po drugie, mamy też możliwość wpływania na te cząsteczki, modyfikując pewne procesy. Są już np. na bardzo zaawansowanych etapach badań takie cząsteczki dla różnych chorób w zakresie wirusowego zapalenia wątroby typu C. Poprzez tego typu badania i dokonania ratujemy życie. Spodziewamy się, że mikrocząsteczki RNA jako cele terapeutyczne, czy nawet tworzone sztucznie, będą w przyszłości narzędziem w naszych rękach w walce z chorobami – dodaje prof. Paweł Krzesiński.

– Na razie nie ma terapii opartych na mikroRNA, ale według mnie to kwestia czasu, a potencjał jest ogromny. Jedno mikroRNA może wyłączyć ekspresję wiele różnych mRNA. Może to być postrzegane jako utrudnienie, brak specyficzności, ale moim zdaniem będzie mieć to rewolucyjne znaczenie w leczeniu chorób takich jak nowotwory, gdzie jeden „cel” zazwyczaj nie jest wystarczający dla skutecznej terapii – stwierdza dr hab. Magdalena Masłoń z Małopolskiego Centrum Biotechnologii Uniwersytetu Jagiellońskiego. – Dla mnie jako naukowca praca Ambrosa i Ruvkuna

to przede wszystkim dowód na to, że prowadzenie badań motywowanych ciekawością, zadawanie pytań, nawet niepopularnych, wbrew dogmie, może doprowadzić do odkryć, które zmieniają bieg nauki i mogą wpłynąć na przyszłość ludzkości – dodaje Magdalena Masłoń w komentarzu opublikowanym na stronie internetowej UJ, dotyczącym tegorocznego werdyktu Komitetu Noblowskiego.

TEMAT BARDZO ROZWOJOWY

Badania nad mikroRNA prowadzi wielu naukowców na świecie, także w Polsce. Na przykład zespół Zakładu Biologii Medycznej (ZBM) Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie kierowany przez prof. Małgorzatę Milkiewicz od ponad 10 lat prowadzi badania mikroRNA w rzadkich chorobach wątroby. Jak informuje PUM, w 2014 r. zespół w współpracy z Uniwersytetem Harvarda zdefiniował grupę kilkunastu mikroRNA o potencjalnym znaczeniu w rozwoju rzadkich chorób wątroby. Są one przedmiotem analiz. W tym samym Zakładzie realizowane są projekty prof. Agnieszki Kempieńskiej-Podhorodeckiej na temat roli

mikroRNA w indukowaniu stanu zapalnego i nowotworzenia w jelicie grubym pacjentów z pierwotnym stwardniającym zapaleniem dróg żółciowych (PSC).

Ekspresja różnych cząsteczek mikroRNA w różnych jednostkach chorobowych, m.in. z zakresu onkologii, kardiologii, okulistyki czy ginekologii, od wielu lat jest także w kręgu zainteresowań badaczy z Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu (UMW). – Jedną z ciekawszych prac doktorskich, związanych z badaniem mikroRNA, dotyczyła niedrobnokomórkowego raka płuc. Po raz pierwszy udało się wskazać na istnienie mechanizmu znoszenia ekspresji określonego białka w komórkach tego raka z udziałem cząsteczek mikroRNA. Problem wymaga dalszych badań pozwalających na pełniejsze zrozumienie molekularnych podstaw rozwoju tej choroby, co w przyszłości może przyczynić się do rozwoju nowej terapii celowanej – informuje prof. Piotr Dziegiel, prorektor ds. nauki Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu i kierownik Zakładu Histologii i Embriologii UMW, na stronie internetowej tej uczelni. ●

Dotychczas Nagrodę Nobla w dziedzinie fizjologii lub medycyny przyznano:

- 115 razy (po raz pierwszy w 1901 r.)
- 229 osobom, w tym 13 kobietom
- najstarszy laureat miał 87 lat, a najmłodszy – 31 lat
- nikt nie otrzymał nagrody więcej niż raz
- dwa razy laureatami były małżeństwa

źródło: nobelprize.org

AKTUALNOŚCI

Wybitni medycy uhonorowani

LIDIA SULIKOWSKA
DZIENNIKARKA

Polskie Towarzystwo Lekarskie przyznało swoje najważniejsze tytuły i odznaczenia. Wśród uhonorowanych znalazły się m.in. osoby związane z samorządem lekarskim.

Uroczysta gala odbyła się 5 października na Zamku Królewskim w Warszawie. W uroczystości uczestniczyli liczni przedstawiciele środowisk lekarskich, w tym towarzystw naukowych, uczelni medycznych i samorządu lekarskiego. Naczelną Radę Lekarską reprezentował wiceprezes Klaudiusz Komor. Gości przywitał prof. Waldemar Kostewicz, prezes PTL.

Członkami honorowymi PTL zostali dr n. med. Antoni Sydor i dr n. med. Adam Wiernikowski. Tytuł i odznaczenie „Zasłużonemu Polskie Towarzystwo Lekarskie” otrzymały cztery osoby, w tym dr n. med. Agnieszka Gorgoń-Komor (senator RP, wiceprezes PTL, członek Okręgowej Rady Lekarskiej Beskidzkiej Izby Lekarskiej oraz Komisji Legislacyjnej Naczelnej Rady Lekarskiej). „Wielkim zaszczytem jest dla mnie odznaczenie »Zasłużonemu Polskie Towarzystwo Lekarskie«, którym wyróżniona zostałam podczas dzisiejszej ceremonii. To dla mnie nie tylko zobowiązanie, ale i wielka motywacja do działania na rzecz społeczeństwa” – napisała Agnieszka Gorgoń-Komor na swoim oficjalnym profilu na Facebooku. Odznaczeniem tym uhonorowano także dr hab. nauk o kulturze fizycznej Agnieszka Stępień, dr n. prawnych Sylwester M. Królak, a także prezesa Fundacji „Dobro wraca” Mateusza Gruzłę.

Tytułem i odznaczeniem Bene Meritus wyróżniono prof. Stanisława Pomianowskiego, dr hab. n. med. Piotra Myrche, a także Fundację „Dobro wraca”. Dyplom najwyższego uznania przyznano dr Kornelii Król, prezes Federacji Polonijnych Organizacji Medycznych.

Najważniejszym momentem gali było wręczenie medali Gloria Medicinæ. – Inicjatorem nadawania tego medalu, a było to dokładnie w 1990 r., był prof. Jerzy Woy-Woyciechowski. To najwyższe odznaczenie, które Polskie Towarzystwo Lekarskie



for.: Lidia Sulikowska

może przyznać lekarzowi – podkreślił prof. Marek Krawczyk, kanclerz kapituły medalu Gloria Medicinæ. Zaznaczył, że lekarze otrzymują to wyróżnienie nie tylko za ofiarną służbę ludziom, ale też za najwyższy szacunek dla zdrowia i życia ludzkiego, za sumienne i godne wykonywanie sztuki leczenia, a także za podtrzymywanie honoru i szlachetnych tradycji stanu lekarskiego.

W tym roku medale wręczono dziewięciu osobom. Otrzymali je m.in. prof. Waldemar Andrzej Hładki (wiceprezes Związku Literatów Polskich, prezes Unii Polskich Pisarzy Lekarzy, były przewodniczący Okręgowego Sądu Lekarskiego w Krakowie), dr n. med. Tadeusz Urban (prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach), dr hab. n. med. Andrzej Wojnar (wiceprezes Dolnośląskiej Rady Lekarskiej) oraz Maria Syczewska (prezes PTL w Baranowiczach na Białorusi). Medale otrzymali także: prof. Arkadiusz Jeziorski, prof. Stanisław Kwiatkowski, prof. Jacek Legutko, Maria Anna Ryss, prof. Mirosław Ząbek.

▲ Uonorowani medalami Gloria Medicinæ odebrali wyróżnienia w Sali Wielkiej Zamku Królewskiego

Powagi i doniosłości wydarzenia sprzyjała magiczna sceneria Sali Wielkiej Zamku Królewskiego oraz fenomenalna oprawa muzyczna. Galę uświetniły występy utalentowanych medyków. Chór Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie „Medicantus” odśpiewał „Gaude Mater Polonia” i „Hymn Lekarzy – Floreat Res Medica”. Przed publicznością wystąpili również lekarze: Anna Kutkowska-Kass (specjalista pediatrii i genetyki klinicznej, sopranistka koloraturowa), Marcin Morawski (rezydent chirurgii ogólnej, pianista), Paweł Pecuszok (specjalista medycyny rodzinnej i geriatrii, tenor), a także Ewa Pelwecka (pianistka). Honorowy patronat nad wydarzeniem objęła Pierwsza Dama Rzeczypospolitej Polskiej Agata Kornhauser-Duda.

Gratulujemy wszystkim laureatom.

AKTUALNOŚCI

W walce z COVID-19 jest gorzej, niż było

ARTUR PEDRYC

Miały być dostępne we wrześniu. Później zapewniano, że pojawią się na początku października. Szczepionek przeciwko SARS-CoV-2 wciąż nie ma – ani tych, które mieliśmy odkupić od Łotwy, ani tych zamówionych przez rząd w ramach przetargu.

Jesień w pełni, kolejne szpitale „z uwagi na sytuację epidemiologiczną” wprowadzają ograniczenia odwiedzin pacjentów. Nic dziwnego, na oddziałach przybywa zarażonych wirusem SARS-CoV-2, a szczepionek nie ma. Fatalnie jest też z lekami na COVID-19.

INNI JUŻ MAJĄ, A MY...

Ostatnie dawki szczepionek przeciwko SARS-CoV-2 zostały w naszym kraju podane 31 sierpnia. Były to preparaty, które miały chronić przed zachorowaniem na COVID-19 w wariantach Omikron XBB.1.5 oraz B.1.4. Ich data ważności skończyła się wraz z wakacjami. W Europie są już nowe, zaktualizowane preparaty, skierowane przeciwko podwariantowi JN.1, ale nie w Polsce. Dlaczego? Obecny rząd winą za taki stan rzeczy obarcza swoich poprzedników.

– Rząd PiS odstąpił od centralnych zakupów unijnych. Zrobiła to Rumunia, Polska i Węgry. To znaczy, że inne kraje mają już szczepionkę dopuszczoną przez Europejską Agencję Leków (...). My, niestety, musieliśmy zorganizować przetarg oddzielnie – tłumaczyła 5 września minister Izabela Leszczyńska na antenie Polsat News w programie „Graffiti”. Chwilę później w tym samym programie zapewniła, że szczepionki zakupione w ramach kolejnego ogłoszonego przetargu będą w październiku.

Nastał październik, a szczepionek jak nie było, tak nie ma – ani tych z Łotwy, ani tych z rządowego przetargu. Ministerstwo Zdrowia na nasze pytania o realny termin rozpoczęcia szczepień odpowiedziało: „Pierwsze dostawy do Polski szczepionek ukierunkowanych na wariant JN.1 zostały zaplanowane do 15 października. Przetargi zostały ogłoszone na 1 054 000 dawek.

Szczepienia ruszą, jak tylko szczepionki będą dostępne w Polsce”. Jednak już w kolejnym zdaniu pada ciekawe stwierdzenie. „To szczepienie zalecane przeciw COVID-19, od 31 października zostaje objęte finansowaniem przez Ministra Zdrowia” – czytamy.

Co to oznacza? Ekspert, którzy wieszczyli, że szczepienia ruszą najwcześniej w listopadzie, mogą czuć wątpliwą satysfakcję.

Szczęśliwie Omikron nie jest tak groźny jak poprzednie warianty SARS-CoV-2, a zakaźnicy mają już spore doświadczenie w leczeniu COVID-19. Do dyspozycji są także leki przeciwwirusowe o udowodnionym działaniu... i tu niestety pojawia się problem.

– Wcześniej leki takie jak remdesiwir dostawaliśmy za darmo z Rządowej Agencji Rezerw Strategicznych. W tym momencie finansowanie zostało przerwane na szpitalach. Jedna ampułka kosztuje ok. 2,5 tys. zł. Na terapię trzeba ich sześć, co daje 15 tys. zł. Przy tym, co płaci obecnie NFZ za leczenie chorych na COVID-19 szpital musi dopłacić do pacjenta, któremu włączamy remdesiwir, kilka tysięcy złotych. To kuriozalna sytuacja – mówi dr Piotr Stępień z Kliniki Chorób Zakaźnych Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Kielcach.

– W moim odczuciu w kwestii leczenia COVID-19 jesteśmy w gorszym położeniu niż cztery lata temu. Wtedy próbowaliśmy różnych terapii, nie wiedząc, jaki przyniosą skutek, co było bardzo stresujące, ale dostawaliśmy wszystko, co było dostępne, by

ratować ludzi. Dziś wiemy, jak leczyć, mamy działający lek, ale jest on niedostępny ze względu na cenę i brak refundacji – podkreśla doktor Stępień.

REFUNDACJA NA OSTATNIĄ CHWILĘ

Wysłaliśmy pytania do Ministerstwa Zdrowia oraz Narodowego Funduszu Zdrowia o to, czy i kiedy zostanie wprowadzona refundacja leków wykorzystywanych w szpitalach do leczenia chorych na COVID-19. Tuż przed zamknięciem tego wydania otrzymaliśmy odpowiedź z resortu: „Informujemy, że zostało podpisane i opublikowane na stronie zarządzenia prezesa NFZ z 10 października 2024 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne oraz leczenia szpitalne – świadczenia wyspecjalistyczne. W rezultacie wprowadzono możliwość rozliczania leku remdesiwir (...). Produkt można sprawozdawać z grupami D18 Zapalenie płuc nietypowe, D52 Niewydolność oddechowa, P04 Choroby dolnych dróg oddechowych, P30 Infekcje wirusowe określone, S57 Inne choroby wirusowe, we właściwych dla tych grup zakresach, w przypadku pacjentów hospitalizowanych z objawowym zakażeniem SARS-CoV-2, potwierdzonym dodatnim testem antygenowym lub molekularnym. Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od 1 października 2024 r. Zarządzenie wchodzi w życie 11 października 2024 r.” – poinformowało Ministerstwo Zdrowia.

Spiskowe teorie dziejów wciąż żywe

Za każdym razem gdy zbliża się fala zachorowań na COVID-19, a lekarze przypominają o działaniach profilaktycznych, wzmaga się aktywność ruchów antyszczepionkowych. Tym razem wodą na młyn są dla nich procesy, które wytoczono jednemu z producentów za rzekome ukrywanie niektórych skutków ubocznych. Czy tego typu informacje powinny mieć dla nas jakiegokolwiek znaczenie?



fot.: archiwum prywatne

PROF. DR HAB. KRZYSZTOF SIMON

Problem jest szerszy i nie dotyczy tylko COVID-19. 90 tys. ludzi w Polsce się nie szczepi, i to jest skandal. Co do szczepienia przeciwko SARS-CoV-2, obecnie ich nie ma, ale kiedy wejdą, dobrze by się było szczepić. Pytanie kto! Być może nie muszą tego robić wszyscy, bo ludzie silni, młodzi chorują lekko, ale mogą przenosić chorobę na inne osoby, i to jest już pewien problem. Natomiast absolutnie powinny się szczepić osoby po 65. roku życia, ludzie z wielochorobowością, bo to gwarantuje im większe bezpieczeństwo i zdecydowanie zmniejsza ryzyko ciężkich powikłań i zgonu. Nie można słuchać bredni, że nie wolno się szczepić, jak się ma chorobę nowotworową. Znam takich lekarzy niestety, którzy tak twierdzą i absolutnie trzeba zawiesić im prawo wykonywania zawodu, bo takie wypowiedzi nie mają nic wspólnego z wiedzą medyczną. To jest działanie na szkodę pacjenta, społeczeństwa i państwa. ●

Resort oszacował, że wprowadzenie refundacji na te preparaty będzie kosztowało budżet państwa 32 mln zł rocznie. Niestety, zgoda nie oznacza, że leki takie jak remdesiwir natychmiast pojawią się w szpitalach. Dyrektorzy muszą teraz rozpiąć przetargi na zakup preparatów, co może potrwać nawet kilka tygodni.

Na rozwiązanie problemu refundacji leków przeciw COVID-19 czekały szpitale w całym kraju. Wielokrotnie decydowały się dopłacać do leczenia pacjentów, by ratować ich życie.

– Koszt remdesiwiru, który mimo braku refundacji ze strony Narodowego Funduszu Zdrowia kupowaliśmy dla pacjentów najciężej przechodzących COVID-19, wyniósł w okresie od stycznia do września br. ponad 122 tys. zł. W związku z znacznym

PROF. DR HAB. ROBERT FLISIAK



fot.: archiwum prywatne

Jak wiemy, wytoczyć proces jest bardzo łatwo potrzebny jest do tego tylko ambitny i pozbawiony skrupułów prawnik. W związku z tym nie są istotne wytaczane procesy, ale to, ile z nich skończyło się wyrokiem, a nawet jeżeli, to czy problem był jednostkowy, czy ma charakter globalny i wreszcie – czy wiąże się z faktycznym zagrożeniem życia i zdrowia. Ponadto w przypadku preparatów medycznych kluczowym elementem jest ważenie potencjalnych korzyści w stosunku do niebezpieczeństw związanych z ich stosowaniem. Do czasu gdy instytucje dopuszczające leki do obrotu (FDA i EMA) nie uznają, że ryzyko przewyższa korzyści, wszelkie oskarżenia należy uznać za mało znaczące lub wręcz nieistotne. A co do „ukrywania” działań niepożądanych należy

zwrócić uwagę, że niektóre z nich występują tak rzadko, że mogą nie zostać zarejestrowane nawet w badaniach klinicznych obejmujących tysiące uczestników. Dotyczy to wszelkich leków i nic w tym nadzwyczajnego. W przypadku szczepionek badania kliniczne prowadzi się na znacznie większych grupach niż w przypadku innych leków, stąd ryzyko pominięcia nawet rzadkiego działania niepożądanego na etapie badań klinicznych jest znacznie mniejsze, ale nie można go wykluczyć. Skoro do chwili obecnej dystrybucja szczepionek przeciw COVID-19 nie została wstrzymana, to jest to jednoznaczny dowód na bezzasadność jakichkolwiek oskarżeń o złe intencje producentów, a przede wszystkim o niebezpieczeństwa związane ze stosowaniem szczepionek. ●

obciążeniem budżetu szpitala z niecierpliwością czekaliśmy na podpisanie przez prezesa NFZ zarządzenia dotyczącego możliwości rozliczania leku dla pacjentów – informował 10 października Tomasz Owsik-Kozłowski, rzecznik prasowy Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Szczecinie. Eksperti rynku zdrowia szacują, że w skali kraju są to kwoty liczone w dziesiątkach milionów złotych.

SITUACJA NIESPOTYKANA W HISTORII

Z ogromnym niepokojem na obecną sytuację w kontekście szczepień oraz leczenia pacjentów z COVID-19 patrzy prof. dr hab. Robert Flisiak, kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych

i Hepatologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, wiceprezes Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych.

– Problemem jest brak regulacji pozwalających na zakup szczepionek i leków w okresie największego zapotrzebowania. O stworzenie takich mechanizmów eksperci wnioskowali już na początku 2024 r., jak widać bez efektu – podkreśla prof. Flisiak. – Konsekwencją tego jest obecnie (9 października – przyp. red.) całkowity brak szczepionek refundowanych grupom ryzyka, bardzo ograniczony dostęp do szczepionek odpłatnych, a nawet brak pewności co do tego, że masowe szczepienia będą możliwe – stwierdza polski zakaźnik. ●

WAŻNE SPRAWY

Recepty jak szwajcarski ser

MARIUSZ TOMCZAK
DZIENNIKARZ

Samorząd lekarski oczekuje, że Ministerstwo Zdrowia jak najszybciej przystąpi do prac nad zmianą przepisów dotyczących recept. Chodzi nie tylko o zdjęcie z lekarzy obowiązku określania poziomu refundacji.

Obecny system preskrypcji i realizacji recept przypomina szwajcarski ser z uwagi na liczne dziury, które pozwalają na nadużycia i drenaż budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) – tak brzmi jeden z wniosków zawartych w 113-stronicowym raporcie Zespołu ds. preskrypcji i realizacji recept na leki gotowe oraz recepturowe, opublikowanym we wrześniu na stronie Ministerstwa Zdrowia.

Zespół został powołany ponad rok temu na mocy ministerialnego zarządzenia. Było to w czasie, gdy na czele resortu zdrowia stała Katarzyna Sójka. Jej następczyni, Izabela Leszczyna, zleciła kontynuowanie prac. Toczyły się one pod przewodnictwem ówczesnego podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia Macieja Miłkowskiego. Zespół pracował przez dziewięć miesięcy pod kuratelą Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji.

Zaprezentowany dokument podsumowuje pracę zespołu, w którego skład weszło 33 członków, m.in. przedstawiciele resortu zdrowia, NFZ, Rzecznika Praw Pacjenta (RPP), Centrum e-Zdrowia, Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego, Ministerstwa Rolnictwa i Rozwoju Wsi, Naczelnej Rady Lekarskiej (NRL) i Naczelnej Rady Aptekarskiej.

– W opinii większości członków zespołu raport stanowi pierwsze w swoim rodzaju kompleksowe opracowanie obejmujące zarówno analizę aktualnej sytuacji, diagnozę problemów, jak i propozycję ich rozwiązań – mówi Mateusz Oczkowski, wiceszef zespołu, a jednocześnie zastępca

dyrektora Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji w Ministerstwie Zdrowia.

CEL: USZCZELNIENIE SYSTEMU

Propozycje zmian legislacyjnych obejmują 48 obszarów. Dotyczą one m.in. recept elektronicznych i papierowych, recept transgranicznych, a także recept na leki psychotropowe, narkotyczne i pochodzące z importu docelowego.

Zespół proponuje zdjęcie z lekarza odpowiedzialności prawnej i finansowej za źle określony poziom refundacji

Chodzi m.in. o uprawnienia preskryptorów i pacjentów, liczbę pozycji na recepcie, długość terapii, dawkowanie, termin ważności czy możliwość realizacji w kilku aptekach. Jest w nich również mowa o automatyzmie refundacyjnym.

Zawarte w dokumencie propozycje zmian opierają się na kilku założeniach:

- modyfikacji i uszczelnieniu istniejących przepisów prawnych,
- wdrożeniu nowoczesnych rozwiązań informatycznych, które automatyzują procesy i zmniejszają ryzyko błędów, co nawiasem mówiąc, od dawna stanowi kość niezgody między środowiskiem lekarskim i kolejnymi ekipami

zarządzającymi polityką zdrowotną państwa,

- budowaniu współpracy pomiędzy lekarzami, farmaceutami i płatnikiem publicznym.

CZTERY KWESTIE WAŻNE DLA LEKARZY

Zdaniem wiceprezesa NRL Klaudiusza Komora, który był członkiem ministerialnego zespołu, z punktu widzenia lekarzy najbardziej istotne są cztery kwestie. – Zespół zaproponował, by każdy lekarz, niezależnie od miejsca pracy, mógł wystawiać recepty dla seniorów i osób niepełnoletnich. W tej chwili mogą to robić tylko osoby mające podpisaną umowę z NFZ – mówi w rozmowie z „Gazetą Lekarską”.

– Zespół chce utrzymania recept rocznych, tak by jednorazowo można wykupić cztery opakowania, a kolejne cztery dopiero po upływie trzech miesięcy. Zaproponował również pozostawienie możliwości wystawiania recept papierowych w wyjątkowych sytuacjach, takich jak awaria systemu informatycznego czy przepisanie leku dla siebie lub rodziny – dodaje wiceprezes NRL. Tę ostatnią kwestię w raporcie doprecyzowano tak, że papierowe recepty *pro auctore* i *pro familiae* powinny być traktowane „awaryjnie” i wystawiane na jedno najmniejsze refundowane lub dostępne w obrocie opakowanie danego produktu.

Najważniejsza propozycja dotyczy wprowadzenia automatycznej refundacji, o co samorząd lekarski

► Teleporady nie mogą być wykorzystywane do obchodzenia reguł w dostępie do leków

zabiega od wielu lat. – Zespół proponuje zdjęcie z lekarza odpowiedzialności prawnej i finansowej za źle określony poziom refundacji. To bardzo ważny postulat dla naszego środowiska. Mam nadzieję, że automatyzacja refundacji zostanie wprowadzona jak najszybciej – podkreśla Klaudiusz Komor.

AUTOMATYCZNA REFUNDACJA

Obecnie o tym, ile pacjent zapłaci za lek w aptece, decyduje minister zdrowia, ale obowiązkiem określenia stopnia refundacji na recepcie spoczywa na lekarzu. To on podejmuje ostateczną decyzję w oparciu m.in. o aktualną wiedzę medyczną oraz na podstawie takich informacji, jak wiek pacjenta i rodzaj jego schorzenia. To samo w sobie nie jest łatwe, a sytuację komplikuje nieustanna zmiana przepisów.

Zawarta w raporcie propozycja dotycząca automatycznej refundacji – w uproszczonej formie – brzmi następująco: „Zautomatyzowanie sposobu nalenoszenia na recepcie poziomu należnej refundacji poprzez zmapowanie kodów ICD-10 odpowiadających wskazaniom refundacyjnym produktów znajdujących się na wykazie leków refundowanych i stworzenie narzędzia informatycznego, w którym lekarz określa stan kliniczny pacjenta i na tej podstawie system dobiera poziom refundacji. Lekarz korzystający z systemu nie ponosi odpowiedzialności finansowej za nieprawidłowo naniesiony poziom odpłatności. Warunkiem koniecznym jest wprowadzenie przez lekarza do systemu informacji o stanie klinicznym pacjenta, mających potwierdzenie w dokumentacji medycznej”.

O tym, że z lekarzy należy zdjąć obowiązek oznaczania stopnia refundacji na recepcie, świadczą m.in. zawarte w raporcie dane NFZ. Z kontroli przeprowadzonych od 2019 r. do września 2023 r. wynika, że wśród najczęściej pojawiających się błędów jest m.in. ordynacja niezgodna ze wskazaniami refundacyjnymi określonymi w obwieszczeniach ministra zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia



foto: freepik.com

żywnościowego oraz wyrobów medycznych, które obowiązują w momencie wystawienia recepty.

RECEPTOMATY NA CENZUROWANYM

W toku prac zespołu wiceprezes NRL Klaudiusz Komor wskazywał m.in. na zjawisko masowego i zautomatyzowanego pozyskiwania recept na produkty lecznicze, co nie jest poprzedzone osobistym zbadaniem pacjenta ani inną formą bezpośredniego kontaktu w czasie rzeczywistym między pacjentem a lekarzem. Podkreślał, że organy samorządu lekarskiego prowadzą postępowania dotyczące osób, których numer Prawa Wykonywania Zawodu widniał na receptach wystawionych przez podmioty prowadzące receptomaty.

Z danych Ministerstwa Zdrowia wynika, że o ile w 2019 r. istniały tylko trzy podmioty świadczące usługi w charakterze receptomatów, to w 2023 r. było ich już 28. W ślad za tym wzrosła liczba wystawianych recept – w 2019 r. było ich ok. 583 tys., a w 2023 r. ponad 2,85 mln. W tym samym czasie lawinowo wzrosła liczba osób korzystających z receptomatów (z prawie 64 tys. do ponad miliona).

„Skalę zjawiska dobrze obrazuje także wartość leków, które zostały zakupione za pomocą

recept wystawionych za pośrednictwem receptomatów – wynosiła ona w 2019 r. 21 742 742,49 zł, a w r. 2023 wzrosła aż do 275 081 403,59 zł. Oznacza to ponaddwunastokrotny wzrost wartości sprzedaży leków pozyskanych z recept wystawionych za pośrednictwem receptomatów w okresie zaledwie 5 lat” – wskazano w raporcie.

Jednocześnie w tym czasie znacznie zmniejszył się procentowy udział w wartości sprzedaży leków refundowanych na receptach wystawionych z wykorzystaniem receptomatów z 60,69 proc. w 2019 r. do 1,33 proc. w roku ubiegłym. „Oznacza to, że osoby korzystające z receptomatów zainteresowane są głównie lekami, które nie są objęte refundacją” – dodano w raporcie.

TELEMEDYCYNIA: BLOKADA SYSTEMOWA

Zespół uważa za niezbędne stworzenie systemowych blokad przeciwko wykorzystywaniu telemedycyny w celu obchodzenia reguł w dostępie do leków i ich bezpiecznego stosowania. – Zespół opowiedział się za stworzeniem ram prawnych, w których samo powstanie receptomatu byłoby naruszeniem przepisów prawa i nie powinno być dopuszczalne. W tym celu zasadne byłoby opracowanie i przyjęcie nowelizacji ustawy o działalności

lecniczej, która reguluje zasady powstawania i działalności wszystkich podmiotów świadczących usługi zdrowotne, począwszy od praktyk lekarskich, przez przychodnie, a skończywszy na dużych szpitalach – mówi Michał Kozik, radca prawny NIL, który uczestniczył w pracach w charakterze eksperta.

I przypomina, że każdy podmiot wykonujący działalność leczniczą podlega rejestracji. Organem rejestrującym jest wojewoda, a dla praktyk zawodowych – organy samorządów zawodów medycznych. – To właśnie ten organ powinien być wyposażony w narzędzia prawne, aby już na etapie zgłoszenia do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą mógł pozyskać informację o planowanej działalności i odmówić wpisu, gdy podmiot zamierza wystawiać recepty na podstawie ankiet od pacjentów – tłumaczy radca prawny NIL.

ABY NIE OBCHODZIĆ PRAWA

Zespół opowiedział się m.in. za możliwością czasowego zawieszenia funkcjonowania podmiotu prowadzącego działalność leczniczą w przypadku uzasadnionego podejrzenia wystawiania recept w sposób niezgodny z przepisami. – Instrumenty prawne powinny zapewniać efektywność postępowania – mówi mec. Michał Kozik, odnosząc się do obecnie istniejącej procedury stwierdzania naruszenia zasad udzielania świadczeń w trybie teleporady zakończonej wystawieniem recepty. Jest ona po prostu długotrwała.

– Mnożenie wniosków o przeprowadzenie różnego rodzaju dowodów, składanie wielu pism w toku postępowania i wszelkich znanych prawu środków odwoławczych w sprawach, które nie budzą wątpliwości, może skutkować tym, że zatrzymanie szkodliwej działalności zajmuje nawet lata. Proponując środek tymczasowy w postaci czasowego zawieszenia działania danego podmiotu, zespół wskazał, że powinno to dotyczyć tylko uzasadnionych przypadków. Jednocześnie oczywiste jest, że będzie musiał być poddany kontroli sądowej – dodaje radca prawny NIL.

INNE PROPOZYCJE

W zakresie recept na leki psychotropowe i narkotyczne zespół proponuje wystawianie ich na maksymalnie 120 dni terapii, umieszczenie precyzyjnego dawkowania, eliminację zapisu „doraźnie” oraz rezygnację z umieszczania informacji o łącznej zawartości substancji czynnej w przepisanej ilości leku.



foto.: Racool, studio on Freepik

W odniesieniu do zamiany leku powinna istnieć możliwość nanieśienia na receptę znacznika „NZ” (tj. „nie zamieniać”). Co ważne, wydanie odpowiednika powinno

Przez akceptację treści raportu szefowa resortu zdrowia przychyliła się do zawartych w nim propozycji

być możliwe po kontakcie z preskrytorem i za jego zgodą oraz odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta.

W zakresie dawkowania zespół sugeruje m.in. stworzenie wymogu jednolitego sposobu jego zapisu z podaniem rodzaju jednostek oraz powiązanie trwałości leku z dawkowaniem, a także aby zapis „doraźnie” dotyczył wyłącznie jednego najmniejszego refundowanego bądź dostępnego w obrocie opakowania.

W odniesieniu do recept elektronicznych proponuje się ordynację dowolnej liczby e-recept w jednym pakiecie. Zespół chce, by na e-recepte rocznej można było zapisać lek niezbędny do maksymalnie 360-dniowej terapii i by system P1 dzielił ją na trzy okresy (każdy zapewniający terapię na maksymalnie 120 dni, z tym że okresy ważności recept zazębiałyby się o 30 dni).

◀ Zespół sugeruje m.in. stworzenie wymogu jednolitego sposobu zapisu dawkowania

Wśród innych pomysłów warto wspomnieć o umieszczaniu na recepte danych umożliwiających bezpośredni kontakt z pacjentem pod warunkiem uzyskania jego zgody oraz wprowadzeniu możliwości kontaktu z pacjentem za pomocą aplikacji mojeIKP. Propozycji zmian jest jednak znacznie więcej – dotyczą 48 obszarów tematycznych.

ZMIANY SĄ NIEUNIKNIONE

Zawarte w raporcie rozwiązania mają równoważyć interesy pacjentów, lekarzy, farmaceutów, producentów surowców farmaceutycznych i NFZ. Wspólnym mianownikiem ma być zarówno uszczelnienie, jak i uproszczenie systemu. „Chcemy, aby każda osoba uczestnicząca w procesie preskrypcji i realizacji recept miała pewność, że działa on sprawiedliwie i efektywnie” – podkreślono we wstępie do raportu.

Prezes Klaudiusz Komor ma nadzieję, że dokument nie trafi na dno szuflady biurka obecnej szefowej resortu zdrowia, ponieważ zawarte w nim propozycje wychodzą naprzeciw oczekiwaniom medyków i pacjentów. – Członkowie zespołu wywodzący się z różnych środowisk poświęcili wiele godzin na przygotowanie tego raportu. Jest to wersja kompromisowa i każdy musiał trochę ustąpić. Najważniejsze, by zalecenia zespołu zostały potraktowane jako materiał do pracy nad przygotowaniem konkretnych przepisów, które zaowocują wprowadzeniem ich w życie – podkreśla wiceszef samorządu lekarskiego. I dodaje, że minister Izabela Leszczyna zadeklarowała zainteresowanie efektami prac zespołu, co stanowi dobry prognostyk na przyszłość.

„Zmiany w systemie preskrypcji i realizacji recept są konieczne i nieuniknione – musimy dostosować się do rozwoju techniki oraz zmieniających się warunków i potrzeb użytkowników. Ignorowanie tych aspektów może prowadzić do stagnacji i pozostawania w tyle. Dlatego tak istotne jest, aby

podejść do procesu zmian kompleksowo i z pełnym zaangażowaniem wszystkich zainteresowanych stron” – wskazano w raporcie. Dodano, że propozycje powinny być wprowadzane w życie równocześnie, ponieważ są ze sobą ściśle powiązane.

CO NA TO RESORT ZDROWIA

Ministerstwo Zdrowia zapytane przez „Gazetę Lekarską”, która z propozycji zawartych w raporcie zostanie wdrożona jeszcze w tym roku kalendarzowym, przekazało, że zwiększenie kwot taksy laborum, czyli stawek, które apteka otrzymuje za wykonanie leku recepturowego, można uznać za już zrealizowaną. „O kolejności wprowadzania zmian zaproponowanych przez zespół decyduje minister zdrowia” – dodał resort.

Aktualnie procedowana jest zmiana ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dotycząca wprowadzenia możliwości nanoszenia na receptę uprawnień pacjenta „S” i „Dz” przez osoby uprawnione (chodzi nie tylko o lekarzy, ale również pielęgniarki, położne, felczerów i farmaceutów) do wystawiania recept, bez względu na rodzaj posiadanej umowy z NFZ oraz niezależnie od posiadania jakiegokolwiek tego rodzaju umowy, np. pozostawanie lekarzem przyjmującym prywatnie w ramach prowadzonej praktyki zawodowej. Projekt jest na etapie Komisji Prawniczej w Rządowym Centrum Legislacji.

Na pytanie, jakie najważniejsze przeszkody stoją na drodze do wprowadzenia w życie automatyzacji refundacji, która stanowi jeden z kluczowych postulatów samorządu lekarskiego, ministerstwo odpowiedziało, że wiąże się to ze stworzeniem odpowiedniego narzędzia i wprowadzeniem do niego danych dotyczących każdego produktu objętego refundacją, np. wskazań, kodów ICD-10 z nim powiązanych oraz pytań dodatkowych mających doprecyzować stan kliniczny pacjenta. „Zbudowanie takiej bazy danych, prawidłowej pod względem merytorycznym i technicznym, jest czasochłonne” – podkreślono.

Taka odpowiedź może trochę studzić entuzjazm osób liczących na szybkie wprowadzenie w życie zmian zawartych w raporcie. Niemniej deklaracja przekazana przez Biuro Komunikacji Ministerstwa Zdrowia, że przez akceptację treści raportu szefowa resortu przychyliła się do zawartych w nim propozycji, daje powody do optymizmu. ●

Kara pieniężna dla gabinetu lekarskiego?

Zespół ds. preskrypcji i realizacji recept zaproponował, by Rzecznik Praw Pacjenta otrzymał uprawnienie do nakładania kary pieniężnej na podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w związku ze stwierdzeniem stosowania praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów.

Kara ta byłaby nakładana bez konieczności uprzedniego wydania przez Rzecznika decyzji nakazującej zaprzestanie stosowania praktyki naruszającej zbiorowe prawa pacjentów. Czy samorząd lekarski popiera to rozwiązanie? Komentuje **Michał Kozik**, radca prawny NIL.

Większość członków zespołu opowiedziała się za tym rozwiązaniem.

Wydaje się ono nieco kontrowersyjne, ponieważ wykracza poza ramy zwalczania receptomatów i dotyka szerszej kwestii odpowiedzialności finansowej wszystkich placówek medycznych. Przyznanie takiego uprawnienia RPP może oznaczać, że placówki medyczne, w tym także gabinety lekarskie, zostaną obciążone ryzykiem poniesienia dodatkowej sankcji finansowej. Nowe szerokie uprawnienie Rzecznika w zakresie możliwości nakładania kar pieniężnych na podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w związku ze stwierdzeniem, że stosował praktyki naruszające zbiorowe prawa pacjentów, dotyczyłoby nie tylko karania podmiotów prowadzących receptomaty, ale też bardzo wielu innych działań uznawanych za naruszające zbiorowe prawa pacjenta, które mogą zdarzyć się lekarzom prowadzącym indywidualne praktyki lekarskie.

Dotychczas za naruszenie zbiorowych praw pacjenta uznawano m.in.:

- pobieranie od pacjentów wyższych niż maksymalne opłat za jedną stronę kopii, wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej;
- nieudostępnianie dokumentacji medycznej bez zbędnej zwłoki z uwagi na ustanowienie w akcie wewnętrznym przychodni terminu 7 dni roboczych na rozpatrzenie wniosku o udostępnienie

dokumentacji medycznej przez kierownika przychodni oraz terminu 7 dni roboczych na wykonanie kopii dokumentacji medycznej;

- brak zapewnienia odpowiednich warunków zabezpieczających część dokumentacji medycznej przed zniszczeniem, uszkodzeniem lub utratą i dostępem osób nieupoważnionych, wytworzonej w czasie prowadzenia przez stronę działalności leczniczej po zaprzestaniu działalności prowadzonej przez tę firmę;

- ograniczenie pacjentom możliwości dokonania rejestracji telefonicznej lub osobistej w celu uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;

- brak umieszczenia w miejscu wykonywania świadczeń informacji o warunkach realizacji teleporady w podstawowej opiece zdrowotnej, spełniającej wymagania wynikające z § 3 pkt 1 lit. f rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 sierpnia 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.

W tych przypadkach wystarczające byłoby jedynie zobowiązanie podmiotu, u którego te naruszenia stwierdzono, do ich zaniechania, natomiast nie wydaje się konieczne i zasadne nakładanie na te podmioty dodatkowych kar o charakterze pieniężnym, a do tego zmierza rekomendacja zespołu. Z tej przyczyny samorząd lekarski opowiedział się przeciwko temu rozwiązaniu. ●

PODATKI I FINANSE

Jak nie płacić fiskusowi

MARIUSZ TOMCZAK
DZIENNIKARZ

Niektórych danin publicznych można uniknąć w pełni legalnie i w bardzo prosty sposób. Dzięki indywidualnemu kontu emerytalnemu lekarz nie zapłaci 19-proc. podatku od zysków kapitałowych.

Zniesiemy podatek od zysków kapitałowych, tak zwany podatek Belki – zapowiadała Izabela Leszczyńska podczas przedwyborczej konwencji Platformy Obywatelskiej we wrześniu 2023 r., trzy miesiące przed objęciem urzędu ministra zdrowia. Podobne obietnice składali również inni czołowi politycy tej partii, w tym premier Donald Tusk.

Od wyborów parlamentarnych minął już rok, a tymczasem podatek Belki pozostał nietknięty. Wstępna koncepcja zmian nie została nawet wpisana do Wykazu prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów. Od czasu do czasu z kręgów związanych z rządem docierają informacje, że jest omawiana i analizowana przez resort finansów, ale konkretów wciąż nie ma.

TO JUŻ DWIE DEKADY

Niezależnie od tego, czy obecny obóz władzy zdecyduje się na likwidację lub zmniejszenie podatku Belki, czy też pozostawienie przepisów bez zmian, od jego zapłaty można wykpić się już teraz. A właściwie od dwóch dekad, bo tyle czasu istnieje indywidualne konto emerytalne (IKE). Służy ono zarówno do oszczędzania, jak i inwestowania, pozwalając na uniknięcie zapłaty 19-proc. podatku od dochodów kapitałowych.

Żeby skorzystać z ulgi podatkowej, trzeba spełnić kilka warunków, np. dokonać wypłaty zgromadzonych środków po osiągnięciu 60. roku życia (w przypadku wcześniejszego nabycia uprawnień emerytalnych wystarczy 55 lat). Trzeba również dokonać wpłat na konto przynajmniej w pięciu dowolnych latach kalendarzowych albo ponad połowę wartości wpłat minimum pięć

lat przed dniem złożenia wniosku o wypłatę.

LIMIT WPŁAT

Niektóre osoby może przerażać wizja „zamrożenia” swoich pieniędzy na długie lata. Da się je łatwo odzyskać, ale jest to mało opłacalne, ponieważ wcześniejsze wycofanie zgromadzonych środków wiąże się z koniecznością zapłaty podatku

Indywidualne konto emerytalne (IKE) służy do oszczędzania i inwestowania, a przy tym pozwala uniknąć zapłaty 19-proc. podatku od dochodów kapitałowych

od dochodów kapitałowych na powszechnie obowiązujących zasadach. To oznacza, że wypracowane zyski zostaną uszczuplone o 19 proc.

Osoby pełnoletnie mogą wpłacić na IKE maksymalnie 300 proc. prognozowanego na dany rok przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w gospodarce narodowej. Nie trzeba samodzielnie liczyć, ile to dokładnie jest, ponieważ minister rodziny i polityki społecznej corocznie ogłasza nowy limit wpłat. Do końca 2024 r. obowiązuje kwota 23 472 zł, ale w 2025 r. na pewno wzrośnie.

DLA KOGO?

Z danych Komisji Nadzoru Finansowego (KNF) wynika, że na koniec pierwszego półrocza 2024 r. IKE posiadało ponad 881 tys. osób. Nie jest to zatem coś niszowego, choć wiele Polek i Polaków w ogóle nie słyszało

o tego typu kontach. Zgromadzono na nich ponad 20,4 mld zł (to dość duża kwota, biorąc pod uwagę fakt, że w przyjętym pod koniec sierpnia projekcie budżetu państwa na 2025 r. na publiczną ochronę zdrowia przewidziano ok. 222 mld zł). Przez pierwsze sześć miesięcy br. zostało otwarte kilkadziesiąt tysięcy nowych kont.

Z IKE mogą korzystać zarówno osoby inwestujące pasywnie (które przez bardzo długi czas, np. kilka czy kilkanaście lat, dokupują nowe aktywa, niczego nie sprzedając), jak i aktywnie (czyli takie, które często dokonują transakcji kupna i sprzedaży). KNF podaje, że największe środki znajdują się na kontach prowadzonych przez podmioty maklerskie.

OD OBLIGACJI PO BITCOINA

„IKE maklerskie” pozwala na samodzielne inwestowanie w obligacje i akcje z Polski i zagranicy, fundusze ETF (ang. Exchange Traded Funds), czyli gotowe koszyki obligacji i akcji, a nawet w fundusze ETN (ang. Exchange Traded Notes) dające ekspozycję m.in. na „króla kryptowalut”, czyli bitcoina. Wprawdzie prowadzenie IKE umożliwiają kilkadziesiąt różnych instytucji, ale jeśli chodzi o „IKE maklerskie”, to oferta jest ograniczona do zaledwie kilku podmiotów.

Dodatkowe informacje są dostępne na stronie internetowej resortu rodziny, pracy i polityki społecznej. W razie wątpliwości można sięgnąć do niedawno ogłoszonego tekstu jednolitego ustawy z 20 kwietnia 2004 r. o indywidualnych kontach emerytalnych oraz indywidualnych kontach zabezpieczenia emerytalnego. ●

PRAWO I MEDYCINA

Godność i powaga nie tylko w gabinecie

Każde zachowanie, które może przynosić ujmę zbiorowości lekarskiej, bez względu na sam bezpośredni związek z wykonywaniem zawodu, stanowi naruszenie godności zawodu lekarza. Będzie nim również niezaplacenie za mebel.

JACEK MIARKA
PRZEWODNICZĄCY
NACZELNEGO SĄDU LEKARSKIEGO



Lekarz dentysta zamówił w salonie meblowym narożnik, wpłacając ok. 10 proc. zaliczki i zobowiązując się, co poświadczył swoim podpisem i pieczętą lekarską, do zaplacenienia reszty należności przelewem w ciągu dwóch dni. Po dostarczeniu mebla do domu mimo wielu monitów i prośb właścicieli salonu nie wywiązał się z tego zobowiązania, a bezsilni właściciele zgłosili problem do izby lekarskiej.

Okręgowy sąd lekarski uznał lekarza za winnego naruszenia art. 1 ust. 3 Kodeksu Etyki Lekarskiej i skazał na upomnienie oraz obciążył kosztami postępowania.

Obwiniony i jego obrońca odwołali się do Naczelnego Sądu Lekarskiego (NSL), podnosząc, że w ich ocenie występki nie miał nic wspólnego z wykonywaniem zawodu lekarza i w związku z tym nie podlega jurysdykcji sądu lekarskiego.

NSL podtrzymał jednak argumentację i orzeczenie OSŁ, uznając winę lekarza i utrzymując orzeczenie w mocy. Od orzeczenia NSL obrońca złożył kasację do Sądu Najwyższego, a ten uznał ją za całkowicie bezzasadną.

KILKA SŁÓW O SŁUSZNOŚCI

W kwietniowym numerze „Gazety Lekarskiej” opisałem trzy sprawy przewinień lekarzy niezwiązanych z wykonywaniem zawodu. We wszystkich sądy lekarskie uznały ich za winnych. Artykuł ten wywołał bardzo żywą reakcję kolegów lekarzy, którzy w różnej formie wyrazili swoją opinię, uznając w większości, że choć sprawy były wyjątkowe, to generalnie nie zgadzają z karaniem lekarzy za czyny niezwiązane ściśle z wykonywaniem zawodu. W związku z tym opisuję kolejną taką sprawę, z szerszą argumentacją i nadzieją przekonania choć części kolegów, że takie postępowanie jest słuszne.

W uzasadnieniu orzeczenia NSL stwierdził, że zgodnie z art. 53 ustawy o izbach lekarskich lekarze podlegają odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza. W świetle wykładni tegoż przepisu prawa NSL nie ma żadnych wątpliwości, iż już samo zawinione naruszenie normy zawartej w zbiorze zasad etyki lekarskiej, jakim pozostaje KEL, stanowi wystarczającą podstawę odpowiedzialności zawodowej lekarza.

Naruszona przez obwinionego norma etyczna nie musi pozostawać w bezpośrednim związku z udzielaniem świadczenia medycznego. Wymaganiem, aby lekarze przestrzegali godności i powagi zawodu lekarskiego, stanowi, obok profesjonalizmu i przestrzegania tajemnicy zawodowej, jeden z fundamentów wykonywania zawodu. Już samo przyrzeczenie lekarskie zawiera frazę zobowiązującą młodych adeptów medycyny do strzeżenia godności zawodu lekarza.

Zawód lekarza jest zawodem zaufania publicznego. Wymaga nie tylko odpowiednich kwalifikacji profesjonalnych, ale także moralnych i etycznych.

Naruszenie godności zawodu lekarza stanowi nie tylko niewłaściwe zachowanie lekarza w relacji z pacjentami, innymi lekarzami, członkami

personelu medycznego lub innymi pracownikami placówek, w których wykonuje swoje czynności (m.in. brak szacunku wobec innych). Chodzi także o każde zachowanie, które może przynosić ujmę zbiorowości lekarskiej, bez względu na sam bezpośredni związek z wykonywaniem zawodu.

POSTAWY MORALNE

Chciałbym tu przytoczyć kolejne już postanowienie Sądu Najwyższego (sygn. akt II ZK 29/24; poprzednie, w podobnej sprawie z 2016 r.). SN uznał, że NSL trafnie ocenił wykładnię prawną, wyrażającą się zarówno w przyjęciu, iż zachowanie obwinionego niezwiązane z zawodem może co do zasady stanowić przewinienie zawodowe, jak i w wolnym od uchybień uznaniu, że wypełniło jego znamiona, gdyż naruszyło zasady etyki lekarskiej. SN podkreślił także, że korporacyjne sądy dyscyplinarne, niewątpliwie doskonale znają realia wykonywania zawodu i jawią się jako najlepiej predestynowane do określania właściwych postaw etycznych.

I wreszcie na koniec mała refleksja: koszty poniesione przez obwinionego lekarza, zarówno sądowe w dwóch instancjach, jak i honoraria prawnika, w tym złożonej kasacji, wielokrotnie przekroczyły wartość narożnika. ●

PRAWO I MEDYCYNĄ

Granice farmakoterapii w procesie diagnostyczno-leczniczym

JOLANTA PIETRKIEWICZ-KNECHT

RADCA PRAWNY, WKB WIERCIŃSKI, KWIECIŃSKI, BAEHR SP. K.

Aktualna wiedza medyczna zdaje się nie znać granic międzypaństwowych. Jak daleko powinna więc sięgać preskrypcja produktów leczniczych i czy powinna obejmować również niedopuszczone do obrotu na terytorium Polski?

Na polskim rynku rokrocznie przybywa nowych produktów leczniczych. W samym tylko 2023 r. Prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych (URPL) wydał aż 576 pozwoleń na dopuszczenie do obrotu dla nowych produktów leczniczych. Liczba ta nie uwzględnia jednak produktów leczniczych dopuszczonych do obrotu przez Komisję Europejską (które mogą być dostępne również na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej), jak również produktów leczniczych niewymagających pozwolenia na dopuszczenie do obrotu czy też importowanych produktów leczniczych.

Produktów leczniczych dostępnych na polskim rynku jest zatem bardzo dużo. Jednak jeszcze więcej jest ich dostępnych na terytorium pozostałych państw, w tym państw członkowskich, jak również na terytorium państw trzecich. W tych okolicznościach uzasadnione wydaje się pytanie, jak daleko powinien sięgać obowiązek preskrypcji produktów leczniczych. Czy powinien obejmować wyłącznie produkty lecznicze dostępne na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, czy też powinien obejmować produkty lecznicze dostępne na terytorium wszystkich państw członkowskich Unii Europejskiej lub państw członkowskich Europejskiego

Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, czy również produkty lecznicze dostępne na terytorium państw trzecich, takich jak USA, Kanada czy Chiny. Aktualna wiedza medyczna zdaje się nie znać granic międzypaństwowych.

CO ZAORDYNUJE LEKARZ

Zgodnie z art. 45 ust. 1 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tj. Dz. U. z 2024 r., poz. 1287) lekarz może ordynować produkty lecznicze, które są dopuszczone do obrotu na

Produktami leczniczymi dopuszczonymi do obrotu na terytorium Polski są te, które otrzymały pozwolenie wydane przez Prezesa URPL lub Komisję Europejską

terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na zasadach określonych w odrębnych przepisach, zaś stosownie do ust. 3 wspomnianego przepisu: w uzasadnionych przypadkach lekarz może ordynować produkty lecznicze dopuszczone do obrotu

w innych państwach, z jednoczesnym szczegółowym uzasadnieniem w dokumentacji medycznej.

Oznacza to, że zasadą jest dopuszczalność ordynowania produktów leczniczych dopuszczonych do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zaś wyjątkiem – wymagającym zaistnienia uzasadnionych okoliczności – ordynowanie produktów leczniczych dopuszczonych do obrotu w innych (niż Polska) państwach. Jakie jednak produkty lecznicze powinny być uznane za podlegające pod dyspozycję art. 45 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, a więc za dopuszczone do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej?

KILKA PROCEDUR

Produktami leczniczymi dopuszczonymi do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej są produkty lecznicze, które uzyskały pozwolenie wydane przez Prezesa URPL lub Komisję Europejską.

Komisja Europejska wydaje pozwolenie na dopuszczenie do obrotu produktu leczniczego w ramach procedury scentralizowanej. Procedura ta uprawnia posiadacza pozwolenia do wprowadzenia produktu leczniczego do obrotu na terytorium całej UE, a więc bez konieczności

► *Nadrzędną zasadą przy preskrypcji farmakoterapii jest konieczność pozostawania w zgodzie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej*

ubiegania się o uzyskanie takiego pozwolenia w każdym z państw członkowskich, do którego chce wprowadzić produkt leczniczy.

Prezes URPL wydaje zaś pozwolenie na dopuszczenie do obrotu w ramach procedury zdecentralizowanej, wzajemnego uznania i „czystej” narodowej.

Procedura zdecentralizowana polega na tym, że wniosek o wydanie pozwolenia na dopuszczenie do obrotu jest równocześnie składany do kilku państw członkowskich, z których jedno jest państwem referencyjnym odpowiedzialnym za przygotowanie raportu oceniającego, na podstawie którego inne państwa członkowskie (państwa zainteresowane) oceniają zasadność dopuszczenia tego produktu do obrotu. Procedura wzajemnego uznania (w przeciwieństwie do procedury zdecentralizowanej) polega zaś na tym, że w jej ramach inne (wskazane przez podmiot odpowiedzialny) państwa członkowskie – na podstawie sporządzonego przez państwo referencyjne raportu oceniającego – dopuszczają możliwość uznania u siebie takiego pozwolenia na dopuszczenie do obrotu. Procedura „czysta” narodowa polega zaś na tym, że produkt leczniczy jest rejestrowany wyłącznie w jednym państwie członkowskim. W przypadku każdej z procedur, tj. procedury zdecentralizowanej, wzajemnego uznania i narodowej, organem kompetentnym do wydania pozwolenia na dopuszczenie do obrotu jest Prezes URPL – z tym zastrzeżeniem, że podmiot odpowiedzialny wybrał Polskę jako kraj, w których chce zarejestrować swój produkt leczniczy.

Produktami leczniczymi dopuszczonymi do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej są zatem produkty, które otrzymały stosowne pozwolenie wydane przez Prezesa URPL lub też Komisję Europejską. Lista tych produktów jest na bieżąco aktualizowana i znajduje się w Rejestrze Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i Unijnym Rejestrze Produktów Leczniczych dostępnym na stronie: <https://rejstry.zdrowie.gov.pl/rpl/search/public>.

NIE ZAWSZE Z POZWOLENIEM

Do obrotu, bez konieczności uzyskania pozwolenia na dopuszczenie do obrotu,



foto.: Shutterstock.com

są również dopuszczone (art. 3 ust. 4 Prawa farmaceutycznego):

- leki recepturowe oraz leki recepturowe stosowane jako badane produkty lecznicze;
- leki apteczne oraz leki apteczne stosowane jako badane produkty lecznicze;
- produkty radiofarmaceutyczne przygotowywane w momencie stosowania w upoważnionych podmiotach leczniczych z dopuszczonych do obrotu generatorów, zestawów, radionuklidów i prekursorów, zgodnie z instrukcją wytwórcy, radionuklidy w postaci zamkniętych źródeł promieniowania oraz badane produkty lecznicze radiofarmaceutyczne;
- krew i osocze w pełnym składzie lub komórki krwi pochodzenia ludzkiego lub zwierzęcego z wyłączeniem osocza przetwarzanego w procesie przemysłowym;
- surowce farmaceutyczne nieprzeznaczone do sporządzania leków recepturowych i leków aptecznych oraz leków recepturowych i leków aptecznych stosowanych jako badane produkty lecznicze na zasadach określonych w art. 61 ust. 5 lit. c rozporządzenia 536/2014;
- immunologiczne produkty lecznicze weterynaryjne wytworzone z patogenów lub antygenów pochodzących od zwierząt znajdujących się w danym gospodarstwie

i przeznaczonych do leczenia zwierząt występujących;

- produkty lecznicze terapii zaawansowanej – wyjątki szpitalne;
- produkty lecznicze z importu docelowego i importu równoległego – z zastrzeżeniem spełnienia wymogów właściwych dla tej procedury.

WSKAZANIA AKTUALNEJ WIEDZY MEDYCZNEJ

Z dyspozycji art. 45 ust. 1 i 3 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty wynika duża dowolność w preskrypcji produktów leczniczych zarówno tych dopuszczonych, jak i niedopuszczonych do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Należy jednak wskazać, iż nadrzędną zasadą (również o charakterze deontologicznym), która powinna być stosowana przy preskrypcji takiej farmakoterapii, jest konieczność pozostawania przez nią w zgodzie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej.

Wymóg preskrypcji produktów leczniczych w sposób zgodny ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej pozwala zapewnić nie tylko o skuteczności, ale i bezpieczeństwie leczonych farmakoterapią pacjentów. Powtarzając za Hipokratesem „Lekarz ma tylko jedno zadanie: wyleczyć chorego. Jaką drogą tego dopnie, jest rzeczą obojętną”.

Inni nam zazdroszczą

Wspólny samorząd lekarzy i lekarzy dentystów wcale nie jest normą w Europie. Koledzy z innych krajów zazdroszczą nam jednej reprezentacji i przemawiania jednym głosem – po prostu duży może więcej.

PAWEŁ BARUCHA
WICEPREZES NACZELNEJ
RADY LEKARSKIEJ



W Białymstoku odbyła się międzynarodowa konferencja stomatologiczna – 47. Kongres Europejskiego Towarzystwa Protetycznego. Polska protetyka po 20 latach przejęła przewodnictwo w Europie. Prof. Teresa Sierpińska, prezydent EPA, zorganizowała największe wydarzenie stomatologiczne tego roku – do stolicy Podlasia przybyli specjaliści ze Szwajcarii, z Niemiec, Portugalii, Włoch, Izraela, Grecji, Brazylii, Korei Południowej oraz Japonii. Zdaniem uczestników konferencja została fantastycznie zorganizowana i miała bardzo wysoki poziom merytoryczny.

Również Naczelna Izba Lekarska czynnie włączyła się w realizację tego wydarzenia. Możliwość pomocy w tak doniosłym wydarzeniu była naszym obowiązkiem, ale przede wszystkim wielką przyjemnością. Prezes Łukasz Jankowski uczestniczył w uroczystej inauguracji kongresu. Obecni byli również: pani prezes Anna Lella i wiceprezes Dariusz Paluszek. Ja

sam niestety nie mogłem uczestniczyć ze względów zdrowotnych, ale zastąpił mnie wiceprezes Dariusz Samborski, za co jestem bardzo wdzięczny.

Fakt uczestnictwa Łukasza Jankowskiego, prezesa lekarza, w spotkaniu lekarzy dentystów odbił się szerokim echem wśród uczestników. Warto przypomnieć tutaj, że wspólny samorząd lekarzy i lekarzy dentystów wcale nie jest normą w Europie. Koledzy z innych krajów zazdroszczą nam jednej reprezentacji i przemawiania jednym głosem – po prostu duży może więcej.

I wreszcie ostatnia kwestia, ale nie najmniej ważna: po półrocznym braku aktywności Rady ds. Rozwoju Stomatologii odbyło się wreszcie jej kolejne posiedzenie. Uważam, że tak długie przerwy w pracy nie służą wprowadzaniu zmian i wysiłkowi na rzecz rozwoju stomatologii w Polsce. Dlatego mam nadzieję na systematyczne spotkania i wznowienie dobrej współpracy naszego środowiska i strony rządowej. •

Oczy lekarzy dentystów były zwrócone w dniach 19-21 września 2024 r. na Białystok i odbywający się tam 47. Kongres Europejskiego Towarzystwa Protetycznego. Kongres współorganizowały Sekcja Protetyki Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Naczelna Izba Lekarska oraz prof. Teresa Sierpińska, prezydent Europejskiego Towarzystwa Protetycznego (EPA). To dzięki jej staraniom Polska stała się gospodarzem tego wydarzenia.

W TLE DOKONANIA NAUKOWE

Europejskie Towarzystwo Protetyczne przyznaje organizację kongresu na wniosek towarzystwa naukowego reprezentującego dany kraj, w tym wypadku Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego. Aplikujący musi wykazać się osiągnięciami naukowymi i warunkami do przeprowadzenia tego prestiżowego przedsięwzięcia. Przywilejem gospodarza jest możliwość zaprezentowania dokonań naukowych towarzystwa oraz uczelni. Dlatego o ten przywilej ubiega się wiele krajów. Poprzednie kongresy odbywały się m.in. w Madrycie, Amsterdamie, Atenach, Sienie, Wilnie. W Polsce kongres EPA ostatnio odbył się w 2005 r. w Poznaniu.

Europejskie Towarzystwo Protetyczne (EPA) powołano w 1976 r. w Wielkiej Brytanii, a wśród założycieli byli niezjący już profesorowie: Eugeniusz Spiechowicz i Włodzimir Józefowicz, nestorzy polskiej stomatologii.

– To duże wydarzenie dla nauki. Będąc gospodarzem kongresu, polscy lekarze dentyści mogli przedstawić swój dorobek na forum światowym, co – mam nadzieję – zaowocuje współpracą na polu badań naukowych i zaproszeniami naszych naukowców do realizacji nowych projektów w obszarze funkcji narządu żucia – podkreśla prof. Teresa Sierpińska. Prof. Sierpińska jest kierownikiem Zakładu Protetyki Stomatologicznej UM w Białymstoku, dlatego też dokonania adeptów nauki tej uczelni szczególnie leżą jej na sercu.

W kongresie uczestniczyło 560 osób, w tym 220 z zagranicy. Program obejmował 31 wykładów plenarnych, wygłoszonych w dwóch

STOMATOLOGIA

Lekarze dentyści debatowali w Białymstoku

LUCYNA KRYSIAK
DZIENNIKARKA

Tematem, który wzbudza kontrowersje wśród lekarzy dentyistów, jest okluzja. A to dlatego, że nie wypracowano dotąd jednoznacznych poglądów, w jaki sposób wpływa ona na funkcjonowanie układu stomatognatycznego i jaka jest relacja pomiędzy poszczególnymi elementami tego układu.

równoległych sesjach, i 35 krótkich wystąpień konferencyjnych, które cieszyły się ogromnym zainteresowaniem i wywoływały gorące dyskusje między naukowcami z 42 krajów świata. EPA przyznaje podczas swoich kongresów nagrody w postaci diamentów w kategoriach: „EPA Best Poster Presentation” oraz „EPA Best Oral Presentation”. Wygrała reprezentacja z Finlandii z uniwersytetu w Turku.

WOKÓŁ OKLUZJI

Wykłady dotyczyły najnowszych trendów i nowoczesnych technologii Protetyczne, m.in. implantologii, rekonstrukcji protetycznych, cyfrowych technik diagnostycznych oraz innowacyjnych materiałów stosowanych w protetyce stomatologicznej. Tematy te krążyły jednak wokół okluzji, która wciąż wzbudza kontrowersje wśród lekarzy. A to dlatego, że nie wypracowano dotąd jednoznacznych poglądów, w jaki sposób wpływa ona na funkcjonowanie układu stomatognatycznego i jaka jest relacja pomiędzy poszczególnymi elementami tego układu.

– Z praktyki wiadomo, że w wyniku błędów okluzyjnych pacjenci mogą cierpieć z powodu wielu zaburzeń czynnościowych układu ruchowego narządu żucia, dlatego postanowiliśmy podczas kongresu przedstawić temat w szerszym ujęciu, począwszy od diagnostyki, poprzez możliwości zastosowania nowoczesnych materiałów, technologii, zwłaszcza jeśli chodzi o wirtualną artykulację, skończywszy na rekonstrukcji warunków



zwarciowo-artykulacyjnych – tłumaczy prof. Teresa Sierpińska.

WSPARCIE SAMORZĄDU LEKARSKIEGO

Zawód lekarza i lekarza dentyisty powinien być uprawiany w oparciu o fakty naukowe (evidence-based medicine, evidence-based dentistry) i kongres był tego przykładem. W jego organizację zaangażował się więc samorząd lekarski, który jest orędownikiem tego kierunku działania. Uczestniczący w kongresie lek. med. Łukasz Jankowski, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej, w swoim wystąpieniu mówił o wspólnej

◀ Łukasz Jankowski mówił na kongresie o mariażu lekarzy i lekarzy dentyistów

drodze lekarzy i lekarzy dentyistów, a także o wartościach, jakie niesie ze sobą ten mariaż.

– Kongres Europejskiego Towarzystwa Protetycznego ze względu na wysoki poziom naukowy odbił się szerokim echem w Europie. Zauważono także i komentowano pozytywnie fakt, że w Polsce tworzymy wspólny samorząd, że się uzupełniamy oraz wspieramy, co w krajach UE jest ewenementem – powiedział Paweł Barucha, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej i przewodniczący Komisji Stomatologicznej NRL. Dodał, że medycyna wciąż się zmienia, rozwija i samorząd sekunduje tym zmianom, mając na uwadze poziom kształcenia lekarzy i lekarzy dentyistów.

Anna Lella, członek zarządu World Dental Federation FDI i członek zarządu Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, zwróciła uwagę, że wybór okluzji jako tematu wiodącego był trafiony, ponieważ dotyczy nie tylko protetyki, ale jest tak samo ważny dla ortodontów czy periodontologów, a nawet lekarzy ogólnie praktykujących. – Ten interdyscyplinarny charakter kongresu wzbudził zainteresowanie szerokiej rzeszy lekarzy, co przełożyło się na frekwencję i sukces merytoryczny – podsumowała Anna Lella. ●



Fot.: Shutterstock.com

PRAKTYKA LEKARSKA

Od otyłości do próchnicy

LUCYNA KRYSIAK
DZIENNIKARKA

Otyłość jest postrzegana jako główny czynnik ryzyka zachorowania na cukrzycę typu 2, chorób sercowo-naczyniowych, w tym zawałów serca i udarów mózgu, czy np. raka jelita grubego. Jednak coraz częściej dostrzega się związek otyłości z chorobami przyzębia, próchnicą zębów, wadami zgryzu i zaburzeniami metabolicznymi, np. stłuszczeniem szpiku kostnego.

Z chorobą otyłościową mierzą się już nie tylko diabetolodzy, kardiolodzy czy onkolodzy, ale także lekarze dentyści.

ZACZYNA SIĘ OD ZŁEJ DIETY

Według najnowszych danych Ministerstwa Sportu i Turystyki ponad 52 proc. Polaków zmaga się z nadwagą i otyłością, w tym 13 proc. ma wskaźnik BMI przekraczający 30. Niestety, co roku otyłych przybywa, a najbardziej niepokojące jest to, że problem ten dotyczy coraz większej grupy dzieci i młodzieży. Nadwagę i otyłość ma 19 proc. dziewczynek w wieku

11 lat oraz 41 proc. chłopców w tym samym wieku. Zdaniem pediatrów to skutek złych nawyków żywieniowych i braku ruchu, a stomatolodzy dodają do tego upodobanie do słodkich napojów, przekąsek w postaci np. drożdżówek, batonów, żelków, itp.

Coraz częściej problem choroby otyłościowej i jej wpływu na stan zdrowia jest więc przedmiotem wielodyscyplinarnych konferencji. We wrześniu Polskie Towarzystwo Stomatologiczne było partnerem takiej konferencji w Sejmie RP

◀ Bogata w witaminy i minerały dieta może wzmocnić kości i dziąsła i podnieść odporność

pod hasłem „Poznaj temat rosnącej wagi”, współorganizowanej przez wicemarszałek Sejmu Monikę Wielichowską oraz Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu.

Profesor Marzena Dominiak, prorektor UMW i prezydent Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, w wykładzie wprowadzającym przedstawiła wyniki badań naukowych, które wykazały zależność nadmiernego spożycia cukru pochodzącego z przekąsek, przetworzonej żywności i napojów słodzonych cukrem nie tylko ze wzrostem zachorowań na cukrzycę typu 2, chorobami układu krążenia czy nowotworami, ale także chorobami jamy ustnej.

– Najczęściej mówi się, że walcząc z otyłością, zapobiegamy przedwczesnej śmierci z powodu zawału serca, udaru mózgu czy powikłań cukrzycowych, rzadziej wskazuje na zależność pomiędzy otyłością a chorobami przyzębia czy próchnicą prowadzącymi do utraty własnych zębów. Uważam, że takie wielodyscyplinarne konferencje pozwalają szerzej spojrzeć na ten problem – powiedziała prof. Marzena Dominiak.

HIGIENA JAMY USTNEJ TO ZA MAŁO

Zauważono też, że dieta osób otyłych jest przeważnie uboga w składniki odżywcze, wskutek czego ich układ odpornościowy może być osłabiony i bardziej narażony na infekcje. A jak dowodzą badania naukowe, choroba przyzębia zaczyna się właśnie od zapalenia dziąseł. Raport opublikowany w „Journal of Family Medicine and Primary Care” sugeruje, że otyłość u dzieci i dorosłych może do niej prowadzić. Wprawdzie sprzyja temu kilka innych czynników, głównie zła higiena jamy ustnej, palenie tytoniu, predyspozycje genetyczne, stres czy niektóre leki, to do otyłości jako czynnika ryzyka występowania chorób przyzębia przykładają się coraz większą wagę.

Zwiększone ryzyko wystąpienia zapalenia przyzębia ma udowodniony związek z nadmierną masą ciała, obwodem w talii, odsetkiem podskórnej tkanki tłuszczowej i poziomem lipidów w surowicy, co jest spowodowane działaniem określonych białek zwanych cytokinami i hormonami pochodzącymi z tkanki tłuszczowej. Niektóre cytokiny chronią organizm przed stanem zapalnym, podczas gdy inne sprzyjają rozwojowi stanu zapalnego, co jest ważnym ogniwem w zapaleniu przyzębia. Ponadto stres oksydacyjny, który jest zaburzeniem równowagi między wolnymi rodnikami a obroną antyoksydacyjną, może również prowadzić do zniszczenia tkanki dziąseł. Tak więc diety bogate w przeciwutleniacze mogą potencjalnie pomóc zmniejszyć ryzyko i postęp choroby dziąseł. W tym kontekście odpowiednia higiena jamy ustnej, która jest uznawana za najważniejszą w profilaktyce chorób przyzębia, to za mało. Musi być ona poparta odpowiednią dietą i aktywnością fizyczną, by uniknąć otyłości i konsekwencji z nią związanych. Zrównoważona, bogata w witaminy i minerały, może nie tylko oczyścić, ale także wzmocnić zęby, kości i dziąsła oraz pomóc w usuwaniu płytki nazębnej i podnieść odporność.

CUKIER I PRÓCHNICA

Podczas konferencji rządzący zapowiedzieli, że przekażą 300 mln zł na program „Aktywna szkoła”. Planowane jest także wprowadzenie nowego przedmiotu edukacja zdrowotna, który ma obejmować różne aspekty zdrowia – fizyczne, psychiczne, seksualne, prewencję, ruch,

dietę oraz inne działania zmierzające do wyrobienia w uczniach zachowań prozdrowotnych.

W tym pakiecie prewencyjnym powinno się też znaleźć przeciwdziałanie próchnicy zębów, która ma związek z otyłością. Jak podaje Światowa Federacja Dentystyczna (FDI), próchnica występuje prawie

Walcząc z otyłością rzadko
wskazuje na zależność pomiędzy nią,
a chorobami przyzębia
czy próchnicą

tak często jak otyłość. W Polsce 80 proc. dzieci w wieku pięciu lat ma zęby zajęte próchnicą, mimo że zgodnie z założeniami FDI i WHO w 2020 r. 80 proc. dzieci miało być wolnych od próchnicy.

– W artykule „Obesity in adults” opublikowanym w „The Lancet” konsekwencje otyłości zostały podzielone na trzy grupy: komplikacje mechaniczne, metaboliczne oraz behawioralne i mentalne. Dołączyłabym do nich jeszcze – obok próchnicy – występowanie wad zgryzu, do czynników metabolicznych dodałabym stłuszczenie szpiku kostnego, choroby przyzębia, periimplantitis i nowotwory jamy ustnej – wylicza prof. Marzena Dominiak.

Z kolei prof. dr hab. Dorota Olczak-Kowalczyk, dziekan Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego WUM oraz krajowy konsultant w dziedzinie stomatologii dziecięcej, w prezentacji „Produkty spożywcze dobre i złe, czyli winowajcy i obrońcy zębów” zauważa, że etiologia próchnicy jest wieloczynnikowa, złożona, ale zwykle związana z zachowaniami zdrowotnymi, głównie higienicznymi i dietetycznymi. – Chciałabym zwrócić uwagę na podstawowe sprawy, głównie na czynnik wczesnej kolonizacji jamy ustnej bakteriami kariogennymi, a także nadmierną ekspozycję na cukier. Należy też pamiętać, że wiele czynników wpływających na występowanie i nasilenie próchnicy jest również czynnikami związanymi z występowaniem otyłości – podkreśliła prof. Dorota Olczak-Kowalczyk. Jej zdaniem istotne jest, czy w pierwszych dwóch latach życia dziecko było karmione sztucznie, czy naturalnie, gdyż w tym okresie kształtują się już zachowania żywieniowe, a popełnione błędy dietetyczne w pierwszym roku życia dziecka są czynnikami ryzyka wystąpienia próchnicy.

Konferencja „Poznaj temat rosnącej wagi”, jak zapowiadają organizatorzy, jest początkiem kampanii, która ma przynieść wymierne korzyści z ograniczania nadwagi i otyłości oraz pomóc w prowadzeniu bardziej skutecznej profilaktyki wielu chorób, w tym chorób jamy ustnej. ●

REKLAMA

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

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

Nr konta: 31 1240 6263 1111 0010 4779 2541

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

Mariusz Janikowski, prezes zarządu Fundacji Lekarze Lekarzom



PRAKTYKA LEKARSKA

„Aleś ty gruba”

Zaburzenia odżywiania i próby samobójcze wiele łączy. Tu ktoś się zabija na raty, a tam – próbuje od razu. Na szczęście i w jednym, i w drugim przypadku rzadko działanie dzieci kończy się śmiercią. Ale efekty bywają porażające – opowiada **prof. Elżbieta Czkwianianc** w rozmowie z Adamem Czerwińskim.

Przynajmniej dwa razy w tygodniu albo częściej przyjmujemy do kliniki dzieci po próbach samobójczych. To bardzo, bardzo dużo. Jak dojdą do siebie, wysyłamy je na psychiatrię...

Pani Profesor, mieliśmy rozmawiać o zaburzeniach odżywiania.

Ostatnio obserwujemy coraz więcej zaburzeń psychicznych. Wynika to zapewne z wielu rzeczy, na przykład świat elektroniki bardzo zaburza psychikę. A dzieci przenoszą się w ten świat w wielu płaszczyznach. Wiele można w nim zrobić, nie ponosząc żadnych konsekwencji. W grach komputerowych można zabić, ale to „zabicie” jest tylko umowne. W życiu umowność nie zawsze działa. Zaburzenia odżywiania i próby samobójcze wiele łączy. Na pewno nie obowiązuje tu wspomniana umowność. Tu ktoś się zabija na raty, a tam – próbuje od razu. Na szczęście i w jednym, i w drugim przypadku rzadko działanie dzieci kończy się śmiercią. Ale efekty bywają porażające.

Przechodząc do rzeczy. Zaburzenia odżywiania to zjawisko w sensie fizjopatologicznym nie do końca poznane, ale za każdym razem jest widoczny pewien schemat. Osobom, które cierpią na to, wydaje im się, że nic od nich nie zależy, że są traktowane bezosobowo. No i wreszcie okazuje się, że mają nad czymś kontrolę. To jest kontrola nad masą ciała. Zazwyczaj dziewczynki mają zaburzone postrzeganie swojej sylwetki i nawet siebie w całości.

W lustrze zawsze widzą grubą osobę, choćby nie wiem jak była naprawdę chuda. Problem jest duży. Według rekomendacji jeśli BMI spada

poniżej 17,5, mamy do czynienia z istotnym zaburzeniem. A dzieci, które do nas trafiają, zwykle mają BMI poniżej 14. Niekiedy poniżej 8.

Poniżej 8? Nie wierzę! Jeśli ktoś ma 160 cm wzrostu, musiałby ważyć około 20 kilo.

Pokażę, panu zdjęcie. Proszę zobaczyć.

Straszne. Przecież tak wyglądali więźniowie obozów koncentracyjnych.

Dokładnie tak! Dziewczynka, którą pan zobaczył, miała 15 lat, kiedy przestała jeść. Nie chodziła do szkoły, miała indywidualne nauczanie. Tak schudła, że jej BMI wynosiło 8.

To indywidualne nauczanie musiało być on-line.

Chyba tak. Każdy, kto by ją odwiedził, wezwałby jakieś służby ratunkowe.

Rodzice nie widzieli, co się dzieje?

Widzieli. Nie ważne, co się wydarzyło, w końcu mama wezwała karetkę, która przywiozła nam tę dziewczynkę. Ona przypominała osobę, która już umarła za życia. Szkielet pokryty skórą z licznymi owrzodzeniami i przebarwieniami wyglądającymi jak plamy opadowe.

Z całą pewnością ona nie akceptowała... Właściwie to nie wiem, czego nie akceptowała. To była bardzo złożona sytuacja. Powiem tylko, że jej siostra była niewiele grubsza. Musiała mieć BMI 13, może 14. Ale była

dorośla i nie wykazała zainteresowania podjęciem leczenia. Musieliśmy zawiadomić służby, prokuratura wszczęła postępowanie i tu musimy postawić kropkę.

Powiem jeszcze, że u pacjentki rozwinęła się polineuropatia i straciła możliwość poruszania nogami. Do dziś nie chodzi i nie ma czucia w kończynach dolnych. Tak wyglądają skutki wyniszczenia organizmu z głodu.

A jak wygląda leczenie tak wychudzonego dziecka?

Staramy się odżywić je do stanu, w którym osiągną BMI 14, wtedy w miarę bezpiecznie można przekazać je psychiatrom.

Tego nie ma w żadnych rekomendacjach. Można powiedzieć, że z psychiatrami mamy niepisaną umowę, że wszystko, co poniżej 14 BMI, przechodzi do oddziału internistycznego dziecięcego.

Na zbudowanie takiej masy u dziecka z anoreksją przede wszystkim potrzeba dużo czasu. Wczoraj wypisaliśmy dziewczynkę, która w klinice przebywała półtora miesiąca. Gdy wychodziła do domu, miała BMI 13,5.

A mówimy o szpitalu, w którym średnia hospitalizacja trwa 3-4 dni.

Tak. No ale tutaj nie ma wyjścia. Trzeba działać powoli. Najpierw przeprowadza się obiektywizację – musimy zyskać pewność, że nie ma choroby somatycznej, która mogłaby doprowadzić do tak skrajnego wyniszczenia

organizmu. Wykluczamy więc guzy mózgu, choroby przewodu pokarmowego. Doświadczony lekarz wie, że ich nie ma, ale i tak ma obowiązek to udokumentować.

Robimy zatem masę badań. Jest diagnostyka obrazowa laboratoryjna, gastroskopie... Jednocześnie przystępujemy do realimentacji, czyli po prostu zaczynamy odkarmiać pacjentki. Realimentacja musi być bardzo powolna i pod kontrolą. Codziennie przeprowadza się bardzo dużo badań. Sprawdzamy, jak wygląda gospodarka wapniowa, fosforanowa.

Bo szybkie najedzenie się to pewna śmierć.

Tak właśnie ginęli więźniowie obozów koncentracyjnych po wyzwoleniu. Szybka realimentacja powoduje zaburzenia metaboliczne w drodze mechanizmów wzrostu insulinemii i spadku glukagonu. To pociąga za sobą spadek stężenia fosforanów, potasu i magnezu we krwi oraz nagły niedobór tiaminy, skutkując encefalopatią, a także retencją sodu i płynów, co może prowadzić do zgonu w mechanizmie poważnych objawów neurologicznych oraz niewydolności krążenia. Ten proces nazywa się refeeding syndrome, czyli zespół ponownego odżywiania. Dlatego w pierwszych dwóch, trzech tygodniach nie ma dnia, żeby tych badań nie było. Sprawdzamy m.in., czy realimentacja przebiega odpowiednio wolno. Jak już pokonamy pierwszy etap, możemy działać szybciej i kontrola polega w zasadzie na sprawdzaniu masy ciała.

Jak wygląda karmienie wychudzonych pacjentek

Tłumaczyłam już, że nie można działać zbyt ostro. Dlatego zazwyczaj zaczynamy od kroplówek i żywienia dożylnego. Dopiero po kilku dniach można przejść na karmienie łyżeczką. Nasze pacjentki najczęściej jedzą samodzielnie, nie są niezdolne do jedzenia fizycznego. Ale jeżeli ktoś ma BMI 8, to przez cały dzień jest w stanie zjeść jeden serek albo kromkę chleba.

Wychodzi jakieś 200 kalorii na dzień.

Na 200 nie możemy się zgodzić. To trochę za mało. To jest bilans ujemny. Staramy się zaczynać mniej więcej od 300. Wielkość porcji zależy od wielkości fizycznej pacjentki. Na podstawie pomiarów wagowo-wzrostowych



fot.: archiwum prywatne

▲ Chłopcy w końcu potrafią zaakceptować jedzenie, a dziewczynki nie – mówi prof. Elżbieta Czkwianianc

oceniaemy, ile dziecko potrzebuje kalorii dziennie, i na początek staramy się podać maksimum 30 proc. Później powoli zwiększamy porcje posiłków.

Po jakim czasie dochodzi się do 100 proc. dobowego zapotrzebowania?

Czasem to się zwyczajnie nie udaje. Zależy od pacjentki. Są takie, którzy osiągają to magiczne 14 BMI, co i tak jest za mało. Wiele nie osiągnie takiego poziomu, a przecież kiedyś muszą być wypisane. Dziewczynka, która miała BMI 8, była u nas ponad pół roku.

W jakim tempie taka pacjentka przybiera na wadze?

Miesięcznie pół kilo.

Cały czas mówi pani o pacjentkach. Chłopcy nie mają zaburzeń odżywiania?

W mojej klinice zaledwie 1-2 proc. anorektycznej społeczności to chłopcy. Jeden z ostatnich był bardzo wysoki i przeraźliwie chudy. Podkreślam, przeraźliwie chudy. Osobiście wole, żeby młody mężczyzna był szczupły. Nawet 65 kg przy 185 centymetrach mnie nie przeraża. Jak się ożeni, to przytyje. Ale chłopiec,

o którym mówię ważył około 45 kilo. Przyjeliśmy go z przekonaniem, że będziemy poszukiwać jakiejś ciężkiej choroby. Zrobiliśmy badania i nic nie znaleźliśmy. Czyżby anoreksja? Potwierdziła ją konsultacja psychiatryczna. Dlaczego w nią popadł? Bo był chyba trochę gruby i ktoś mu robić jakieś przytyki.

W ogóle geneza anoreksji najczęściej jest taka, że ktoś, kto może nawet nie jest gruby, ale dobrze zbudowany, cały czas słyszy – na przykład córka od ojca – „aleś ty gruba”. Może nawet rodzic tak nie myśli, ale powtarzając to „aleś ty gruba”, uruchamia mechanizm spustowy. Dziecko myśli: okej, muszę coś ze sobą zrobić.

A jak było z przeraźliwie chudym chłopcem?

Miał konflikty rówieśnicze, podobno był trochę „przy kości”. Rodzice prawdopodobnie nie mieli z nim realnego kontaktu, jak zresztą większość z nas. Tak, wszyscy jesteśmy zapracowani i na co dzień mówimy sobie zdawkowe „dzień dobry”, „do widzenia”, „co było ciekawego?”, na co dzieci niezmiennie odpowiadają, że nic. I to jest wymiana zdań. U niego też pewnie żadnych rozmów nie było, dziecko robiło, co uważało za słuszne, aż doszło do naprawdę znaczących zaburzeń odżywienia. Na szczęście chłopcy się dobrze leczą. Wystarczyło poświęcić mu trochę czasu, porozmawiać z nim i zaczął jeść. Bo u chłopców nie ma tak głębokiego oporu przed jedzeniem, jak to jest z dziewczynkami. I muszę powiedzieć, że łatwiej się ich leczy.

Dlaczego?

Pewnie z powodów psychogennych. Chodzi o to, że chłopcy w końcu potrafią zaakceptować jedzenie, a dziewczynki nie. Dlatego do poprowadzenia pacjentów z zaburzeniami odżywiania potrzebny jest psychoterapeuta. Nawet on sam nie da rady. Potrzebuje wsparcia psychiatry, żeby podać leki psychiatryczne, które powodują, że nastrój się lekko wyrównuje i można nawiązać porozumienie z dzieckiem



fot.: freepik.com

To one nawet w szpitalu odmawiają jedzenia?

A jak inaczej można osiągnąć skrajnie niskie BMI? I chłopcy, i dziewczynki nie chcą jeść. Mają takie pomysły na chomikowanie jedzenia, że już nic nas nie jest w stanie zaskoczyć. Dlatego każda anorektyczka powinna mieć swoją pielęgniarkę, która ją pilnuje. Te pacjentki są niekiedy w stanie dość ciężkim. Nim trzeba będzie pilnować, by jadły, konieczne jest stałe monitorowanie tętna, ciśnienia, pobieranie krwi. Trzeba obserwować, czy nie występuje zespół refeeding.

To taka trochę bardziej intensywna terapia.

Intensywna terapia nie hospitalizuje pacjenta przez pół roku. Ale racja, właściwie to przydałoby się nam stanowisko jak na OIT.

Często taki pacjent nie jest w stanie się poruszać ani usiąść, ani chodzić. Dlatego to przydałoby specjalistyczne urządzenie pomiarowe – takie specjalne łóżko z wagą dla pacjentów leżących, najlepiej wyposażone w materac przeciwoleżynowy. Jest multifunkcjonalne w sensie, że można pacjenta dowolnie pacjenta układać i obracać. My go nie mamy. Niestety, nie jest tanie.

Innym urządzeniem, które mogłoby pomóc w opiece nad

dzieckiem z zaburzeniami odżywiania, jest waga najazdowa łózkowa. Jest tańsza niż całe łóżko. No i jeszcze przydałby się zespół: psychiatra, rehabilitant, dietetyk...

Bo my zajmujemy się dziećmi z zaburzeniami odżywiania trochę siłą inercji. Nikt nie chce leczyć takich pacjentów. Między innymi dlatego, że to są bardzo długie pobyty. I oni zostali samozwańczo przypisani do gastroenterologii. Chociaż oczywiście z zaburzeniami żywienia gastroenterologia nie ma nic do rzeczy. Żadnych leków gastroenterologicznych ci pacjenci nie dostają. Ale hospitalizujemy ich jako wyniszczonych z niedożywienia.

Jak często przyjmujecie takie dzieci?

W tej chwili są w oddziale przynajmniej trzy takie pacjentki. Wczoraj jedna wyszła. Była sześć tygodni. Kolejna jest od czterech tygodni i pewnie zaraz trafi następna. Oczywiście, z BMI < 14. Czasem zastanawiam się, dlaczego tak długo się czeka, nim wyśle ewidentnie potrzebującą pomocy pacjentkę do szpitala. Dlatego pozwolę sobie na apel do koleżanek i kolegów z POZ-ów. Wiem, że przyjmujecie po 40 pacjentów

◀ *Zaburzenia odżywiania to zjawisko w sensie fizjopatologicznym nie do końca poznane, ale za każdym razem jest widoczny pewien schemat*

dziennie i macie masę roboty, ale gdy przychodzi wychudzone dziecko, nanieście dane na siatki centylowe, spotkajcie się z obojgiem rodziców, spróbujcie zobaczyć, jak funkcjonuje ta rodzina. ●

Profesor Elżbieta Czkwianianc to łodzianka.

Po ukończeniu studiów na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Łodzi podjęła pracę w szpitalu w Łagiewnikach (obecnie Centrum Chorób Płuc). Związała się z działającą tam Kliniką Pediatrii Wojskowej Akademii Medycznej. W latach 90. podjęła pracę w Klinice Pediatrii i Gastroenterologii Instytutu „Centrum Zdrowia Matki Polki”, którą kieruje od 2009 r. Dziś to Klinika Gastroenterologii, Alergologii i Pediatrii. Specjalistka pediatrii, gastroenterologii i gastroenterologii dzieci. W 1992 r. uzyskała tytuł doktora nauk medycznych, w 2007 r. doktora habilitowanego. Na początku lat 90. była na stażu w nowojorskim The Long Island College Hospital Brooklyn. Autorka i współautorka blisko 200 oryginalnych prac naukowych, publikowanych po polsku i w językach obcych. Jak mówi, szybko się nuży jednym tematem, dlatego oprócz prac z zakresu gastroenterologii ma w dorobku publikacje dotyczące alergologii, niskorosłości czy zaburzeń odżywiania u dzieci. Kocha wszystkie zwierzęta, ale najbardziej psy i koty. Odpoczywa na nartach. Najlepiej na alpejskich stokach.

PRAKTYKA LEKARSKA

Francuski paradoks, czyli wymysł diabła

ZBIGNIEW WOJTASIŃSKI

Najwyższy czas skończyć z mitem, że umiarkowane picie alkoholu jest korzystne dla zdrowia. To przekonanie tak szkodliwe, jak sięganie po alkohol.

W Polsce najgorętszym tematem ostatnich tygodni są alkotubki i małpeczki. Wszyscy wiedzą, o co chodzi, i można stwierdzić tylko jedno: skoro tak emocjonuje nas ten temat, spożycie alkoholu jest u nas poważnym problemem. Małpечzek nie powinno być, tak jak i alkotubek. Nie powinno być wszystkiego, co zachęca nas do picia alkoholu, jak też wszechobecnej reklamy napojów alkoholowych. Chyba że ten problem nas nie interesuje.

MAŁPECZKI Z ALKOTUBKAMI

Nie zdajemy sobie sprawy, że nie powinno się reklamować piwa bezalkoholowego, a tym bardziej sprzedawać go młodzieży poniżej 18. roku życia. Wydaje się to absurdalne, ale toruje to drogę do sięgania po piwo alkoholowe i inne napoje wysokokowe. I nie jest to opinia nienawistnego abstynenta. Przekonują o tym badania naukowe. W Polsce o nich nie słyhać albo nikt się nimi nie przejmuje.

Mechanizm jest taki: najpierw jest coś bezalkoholowego – a są już nawet szampany dla dzieci. Potem jest piwo procentowe, alkotubki, a następnie przechodzimy na małpeczki. Najpierw raz dziennie, najlepiej przed południem albo zaraz po przebudzeniu. A potem trzy razy dziennie.

A wyjść z tego trudno. Pułapka małpечzek nie polega tylko na tym, że są łatwo dostępne. Pomagają w samooszukiwaniu się, że nie pijemy tak dużo, w efekcie osoba uzależniona później

podejmuje leczenie i jest ono znacznie trudniejsze.

JEDNAK SZKODZI

Zacznijmy jednak od umiarkowanego picia alkoholu i tzw. francuskiego paradoksu. Francuski paradoks i chroniące przed zawałem czerwone wino to wymysł diabła, choć przekonywali o tym niektórzy badacze, jak również część kardiologów. Na szczęście dziś kardiolodzy na ogół się z tego wycofują. Przed kilku

Alkohol wywiera negatywny wpływ na wiele narządów, nie tylko na serce i mózg. Dodatkowo jest wysoce kaloryczny i sprzyja tyćiu

laty, przed pandemią, mówił o tym prof. Piotr Jankowski, wtedy jeszcze z Instytutu Kardiologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, a dziś zastępca dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie.

„Z badań wynika, że im większa dawka alkoholu, tym na ogół większe jest ryzyko chorób sercowo-naczyniowych zarówno u mężczyzn, jak i kobiet” – powiedział prof. Jankowski. Najlepszym przykładem jest nadciśnienie tętnicze krwi będące głównym czynnikiem ryzyka zawału serca i udaru mózgu,

a także migotanie przedsionków i częsta arytmia serca. Okazuje się, że nawet niewielkie dawki alkoholu zwiększają ryzyko obu tych schorzeń.

Z piwem jest podobnie. Z badań kardiologów Uniwersyteckiego Szpitala w Monachium, opublikowanych w 2017 r. przez „European Heart Journal”, wynika, że piwo powoduje tachykardię. Może ono powodować również przejściowe migotanie przedsionków, odczuwane jako kołatanie serca. Oba rodzaje arytmii – podkreślali autorzy tych badań – nie były związane z innymi czynnikami ryzyka, takimi jak palenie tytoniu.

W 2018 r. „Lancet” opublikował badania wskazujące, że w przypadku udaru krwotocznego również nie ma bezpiecznej dawki alkoholu. Jedyne w przypadku udaru niedokrwiennego – przyznał prof. Jankowski – stwierdzono, że małe dawki alkoholu, nie więcej niż 30 ml na dobę, mogą zmniejszać ryzyko tego schorzenia. „Ogółem jednak alkohol nie chroni przed chorobami serca” – podkreślił.

NADCIŚNIENIE, RAK – A DO TEGO KALORIE

Ostatnio na ten temat wypowiedział się kardiolog dr Tomasz Rosiak z klinik American Heart of Poland. Podkreślił, że wbrew dotychczasowym opiniom spożywanie nawet niewielkich ilości alkoholu nie jest korzystne dla serca, a może wręcz



◀ *Napoje bezalkoholowe nie powinny być sprzedawane przed osiągnięciem pełnoletności – uważają sepcjaliści*

foto: Shutterstock.com

zwiększać ryzyko chorób układu krążenia. „Obecne badania wskazują, że nawet spożycie poniżej dopuszczalnego progu 14 jednostek tygodniowo zwiększa ryzyko problemów sercowo-naczyniowych, nie wspominając o istotnym wzroście ryzyka chorób nowotworowych” – zaznaczył.

Zdaniem specjalisty alkohol w znacznym stopniu przyczynia się do występowania takich chorób serca, jak kardiomiopatia rozstrzeniowa, nadciśnienie tętnicze, arytmie nadkomorowe (w tym migotanie przedsionków), miażdżyca, choroba wieńcowa, niewydolność serca i zawał serca, a także pogarsza się ogólny stan zdrowia układu krążenia. A dzieje się tak, dlatego że etanol i jego toksyczne metabolity uszkadzają komórki mięśnia sercowego.

Nie chodzi tylko o serce. Alkohol wywiera negatywny wpływ na wiele narządów, nie tylko na serce i mózg. O tym, że nawet niewielkie jego ilości mają potencjał kancerogenny, nie warto przypominać – tego raczej nikt nie podważa.

Mniej może zdajemy sobie sprawę z faktu, że alkohol jest wysoce kaloryczny i sprzyja tyłciu. Dr Rosiak wyjaśnia, jaki jest tego mechanizm: organizm metabolizuje alkohol w pierwszej kolejności, przez co tymczasowo zmniejszają się jego zdolności do rozkładania tłuszczów,

białek czy węglowodanów, co sprzyja ich magazynowaniu.

WINO DO KOLACJI TEŻ NIE

Gdy wszystko to weźmiemy pod uwagę, bardziej jest przekonujące twierdzenie, że umiarkowane picie wcale nie przedłuża życia. Bo nie przedłuża. Chcielibyśmy tego, bo byłoby łatwo, lekko i przyjemnie. Ale tak nie jest. Wątpliwości te rozwiewa metaanaliza 87 badań, którą w 2016 r. opublikował „Journal of Studies on Alcohol and Drugs”. A objęto nimi ponad 4 mln osób (część z nich obserwowano nawet przez kilkadziesiąt lat).

Jeśli jakieś badanie wykazuje, że umiarkowane picie alkoholu przedłuża życie, to najprawdopodobniej zostało ono wadliwie przeprowadzone albo było „niskiej jakości”. Choćby dlatego że uwzględniono w nich osoby starsze i nie wzięto pod uwagę związanych z piciem nawyków. Wskazuje na to analiza ponad stu badań opublikowana w lipcu 2024 r. na łamach „Journal of Studies on Alcohol and Drugs” przez kanadyjskich badaczy z University of Victoria.

I jeszcze jedna kwestia z ostatnich tygodni. Badania opublikowane przez „JAMA Network Open”

wykazały, że dla seniorów szkodziła jest nawet niewielka ilość alkoholu, zwiększa bowiem ryzyko chorób nowotworowych.

Ale nie chodzi tylko o raka. „Nie wykryliśmy niczego, co by wskazywało, że występuje jakikolwiek korzystny związek między niewielkim spożyciem alkoholu a ryzykiem zgonu” – twierdzi główna autorka badania prof. Rosario Ortolá z Universidad Autónoma de Madrid.

Przyznaje ona, że ryzyko zgonu jest nieco mniejsze u seniorów sięgających głównie po wino oraz spożywających je do posiłków. Ale to nie oznacza, że takiego powiązania nie ma. I że do posiłków to pić można, a może nawet trzeba.

TERAPIA AKCYZĄ

Inną kwestią jest nadmierne picie alkoholu. W Polsce są jednak wątpliwości, czy można z tym zjawiskiem walczyć wyższą ceną. Wszędzie na świecie od dziesięcioleci badania pokazują, że im wyższa cena, tym mniejsza konsumpcja alkoholu zarówno w całej populacji, jak i w grupach o największym ryzyku zdrowotnym, czyli wśród osób silnie nadużywających trunków oraz nieletnich i młodych dorosłych.

Efekt ten jest szczególnie widoczny w dłuższym okresie, o czym pisze „Alcohol Research & Health”. Ale są też inne korzyści: mniej osób „pod wpływem” zasiada za kierownicą albo popełnia jakieś przestępstwo, a także mniej dzieci uzyskuje gorsze wyniki w nauce i mniej osób cierpi z powodu marskości wątroby. W tym ostatnim przypadku nie trzeba wcale naużywać alkoholu. „Szczególnie systematyczne picie może skutecznie zniszczyć ten narząd” – ostrzega dr n. med. Jan Miczek ze Szpitala Miejskiego w Gliwicach.

W naszym kraju często podnoszony jest argument, że wyższe ceny alkoholu nic nie dadzą, bo zwiększy się sprzedaż alkoholu nielegalnego, po mniejszej cenie. Tak stało się na Litwie, gdzie na przełomie 2017 i 2018 r. wprowadzono restrykcyjną ustawę o kontroli alkoholu. Nie ograniczono się jednak tylko do wyższych cen. Ograniczono również godziny i miejsca sprzedaży alkoholu. Nie wolno go sprzedawać na przykład na stadionach czy stacjach benzynowych oraz plażach. Ograniczono nawet produkcję i reklamę szampana bezalkoholowego dla dzieci.

Ogólnie ocenia się, że to kompleksowe podejście przyniosło więcej korzyści niż negatywnych skutków. Zmniejszyła się ogólna dostępność do alkoholu, co też z powodzeniem od wielu lat jest realizowane w krajach skandynawskich.

PIWO ZERO NA DOWÓD OSOBISTY?

Ważna jest ochrona dzieci przed alkoholem, i to od najmłodszych lat. „Zależy mi przede wszystkim na tym, żeby nie

było na to stać dzieci i młodzieży. To kwestia kluczowa. Jeśli młodzież pali papierosy i sięga po alkohol, bo ich na to stać i nie zostali odpowiednio wyedukowani, bo nie zdają sobie sprawy, jak jest to niebezpieczne, wtedy szkodzą sobie, jak również na różne sposoby obciążają całe społeczeństwo. Naszym zadaniem jest zatem uzyskanie odpowiedniej akceptacji społecznej dla tego typu działań” – mówił dla PAP były konsultant krajowy w dziedzinie zdrowia publicznego prof. Jarosław Pinkas.

Jeśli jakieś badanie wykazuje, że umiarkowane picie alkoholu przedłuża życie, to najprawdopodobniej zostało ono wadliwie przeprowadzone

Daleko nam jeszcze do rozwiązań, jakie wprowadzono w innych krajach. W Polsce niedorzeczne wręcz wydaje się pytanie, czy dzieciom i nastolatkom poniżej 18. roku życia należy zakazać sprzedaży piwa bezalkoholowego. Według naszego prawa dozwolone jest sprzedawanie i podawanie alkoholu osobom, które są pełnoletnie, a piwo bezalkoholowe takim wyrobem przecież nie jest. Tak, ale to nie oznacza, że żadnego problemu nie ma.

Piwo bezalkoholowe nie zawiera alkoholu, ale wygląda jak piwo alkoholowe, ma jego smak i zapach, a nawet nazwę. Wszystko jest takie samo, poza jednym: nie ma alkoholu lub jest go mało. Ale to znakomita szkoła picia piwa alkoholowego! I tak na to należy patrzeć. Nastolatki, a może już dzieci, które sięgały po piwo bezalkoholowe, częściej potem sięgają po ten sam trunek, ale już procentowy.

Wskazują na to badania przeprowadzone w Japonii, Australii i na Tajwanie wśród uczniów na wszystkich poziomach szkół: podstawowych, średnich i wyższych. Od 20 do 30 proc. badanych przyznało, że zanim zaczęło pić napoje wysokokowe, to wcześniej zaczynało od tego bezalkoholowego. O badaniach tych informuje najnowsze wydanie „JAMA Pediatrics”. Ich autorzy zaznaczają, że w Japonii uczniowie, którzy sięgali po piwo bezalkoholowe, byli później bardziej zainteresowani tym alkoholowym (w Kraju Kwitnącej Wiśni alkohol można pić dopiero po 20. roku życia).

Podobnie wypadły badania na Tajwanie, gdzie alkohol jest sprzedawany wyłącznie osobom pełnoletnim. Tak jest i w Australii, gdzie co piąty nastolatek w wieku 15-17 lat przyznał, że po napój bezalkoholowy lub o małej zawartości alkoholu (taki jak ten z procentami) sięgał co najmniej raz w miesiącu. Ogólnie ci, którzy w okresie nastoletnim pili takie napoje, po dorośnięciu ok. 2,5 razy częściej raczyli się trunkami w porównaniu do tych, którzy takich „bezalkoholowych” doświadczeń wcześniej nie mieli.

Coraz więcej specjalistów w wielu krajach przekonuje, że tak jak alkohol, również napoje bezalkoholowe pod tą samą marką nie powinny być sprzedawane przed osiągnięciem pełnoletności. U nas to wciąż abstrakcja, a tacy sportowcy, jak Adam Małysz i Krzysztof Hołowczyc, reklamują piwo bezalkoholowe. Może o tym nie wiedzą, ale zgodnie z badaniami takie napoje i ich reklama predysponują młodych do sięgania po alkohol. A znane i cenione osoby jeszcze bardziej w tym pomagają. ●

◀ Kardiolodzy wycofują się z tego, że picie czerwonego wina chroni przed zawałem



foto: Shutterstock.com

Jak łatwo się oszukać

Warto czasem wysłuchać do końca, bo na końcu bywają informacje, które czynią cały wygenerowany strach mało istotnym albo mało istotne historie niezwykle ważnymi.

Pewien człowiek wrzucił post na Facebooka z dzieckiem na rękę i podpisem: „Wreszcie się doczekałem”. Z dwudziestu lajków, jakie zwykle zdobywa, zrobiło się prawie 700. Posypały się kolejne gratulacje, gdyż wpis wskazywał, że to szczęśliwy tata, ewentualnie dziadek, a w takim przypadku – jako ludzie dobrze wychowani – zwykle sobie gratulujemy. I w taki oto sposób sami siebie wpuszczamy czasami w maliny. Nakładamy na czyjeś informacje swój własny filtr i wyciągamy wnioski, które nie są oparte na faktach. Skoro się doczekał, jedni myślą tata, inni – dziadek, ale czyje jest dziecko, nie było przecież napisane. Może to jego wujek?

Podobnie widok obrączki na palcu odczytywany jest jako zamężna/zamężny. Rozpięcie górnych guzików koszuli przez polityka odczytamy, że jest to człowiek pracy. Mundur w kolorze niebieskim oznacza, że będziemy mieli do czynienia z policjantem/policjantką, a biały fartuch to sygnał – niech mnie wyleczy. Czy tak jest naprawdę?

Sami nabijamy się w butelkę. Nasza świadomość jak do niedokończonego koła dopisuje znany nam kształt i schemat, a to niedokończone koło może być w rzeczywistości zupełnie innym kształtem. Badania mówią, że lekarze w tym właśnie mechanizmie narażeni są na popełnienie błędów. W pogoni za czasem przerywają pacjentowi i dają szybką diagnozę, a to w kolejnych minutach wywiadu pada często to, co w opisie objawów zmienia wnioskowanie.

Zjawisko to opisał Daniel Kahneman w swoich „Pułapkach myślenia”, które opowiadają o opracowanej przez niego (wspólnie z Amosem Tverskim) teorii perspektywy. Sprawdźcie sami. Kij baseballowy i piłka kosztują razem 1 dolara i 10 centów. Kij jest o dolara droższy od piłki. Ile kosztuje piłka? Jeśli zapisałeś sobie w pamięci odpowiedź to

ANNA GOŁĘBICKA,
EKONOMISTKA, STRATEG
KOMUNIKACJI I ZARZĄDZANIA



teraz zweryfikuj, czy była poprawna. Odpowiedź brzmi: kij – 1 dolar 5 centów, piłka – 5 centów.

Za tę właśnie teorię w 2002 r. jej autorzy otrzymali Nagrodę Nobla w dziedzinie ekonomii. Teoria opowiada o tym, jak różne przedstawienie danych zmienia naszą perspektywę w ich interpretacji, a co za tym idzie – wpływa na nasze decyzje. Pokazuje jak, jeśli włączmy myślenie mechaniczne, łatwo ulec manipulacji. Docierają do nas miliony informacji, jesteśmy przebudźcowani, nasz umysł broniąc się, pokazuje najprostsze rozwiązania, które czasem potrafią wprowadzić nas w błąd. Kahneman w swojej książce nazywa to systemem szybkim.

Sama wielokrotnie przy szukaniu najlepszej drogi strategii miałam pokusy, aby skończyć już trudny, a nawet nudny proces i zostawić to, co jest. A potem okazywało się, że drażnienie dalej i pomoczenie uczestników dawało naprawdę spektakularne efekty. Pierwsza myśl bywa dobra, ale nie zawsze. Popełniamy błędy, bo za szybko podejmujemy decyzje, nie sprawdzamy, nie szukamy u źródeł, przekazujemy dalej zasłyszane, rozumiemy po swojemu, bo nie chciało się nam dopytać.

Nie można tu pominąć systemu szybkiego, który opisali nobliści. Nie dlatego, żeby automatyki się nie

przydawały, bo – jak opisują również inni autorzy – są nam one czasem potrzebne w różnych sytuacjach (na przykład gdy trzeba reagować na niebezpieczeństwo lub w grach, w których jest potrzebna szybka reakcja). W teorii opisuje się historię drużyny sportowej, która, aby wygrać, musiała wyłączyć nadmierne analizowanie i wyćwiczyć w danych sytuacjach zachowania automatyczne. Ważne, aby były one adekwatne. Jeśli naszą automatyką jest wskakiwanie do wody za tonącym, gdy nie umiemy ratować – to źle, bo wtedy toniemy razem, ale jeżeli jest to rzucenie koła ratunkowego – to dobrze, bo wtedy mamy szansę.

Trzeba mieć świadomość, że współczesny świat wystawia nas na miliony prób i fejków. Dlatego zanim zajmimy stanowisko w danej sprawie, warto – jak mi kiedyś powiedziała pani w banku – „czytać ze zrozumieniem, a jak się nie rozumie, to nie udawać, tylko sprawdzić” (nawet te rzeczy małym drukiem). Warto wysłuchać do końca, bo na końcu bywają informacje, które czynią cały wygenerowany strach mało istotnym albo mało istotne historie niezwykle ważnymi. System szybki i wolny istnieją i podobnie jak nóż i widelec warto wiedzieć, kiedy ich używać. Po to, by było wygodniej, lepiej i bezpieczniej. ●

PRAKTYKA LEKARSKA

Świadomy pacjent to połowa sukcesu terapeutycznego

Dążymy do tego, aby pacjent był świadomy swojej choroby i wynikających z niej zagrożeń i by współpracował z lekarzem – mówi **prof. Robert Gil**, prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, w rozmowie z Lucyną Krysiak.

We wrześniu odbył się w Katowicach Międzynarodowy Kongres PTK związany z obchodami 70-lecia towarzystwa. Jak uhonorowano ten jubileusz?

Założyliśmy, że będziemy obchodzić ten ważny dla nas jubileusz przez cały rok, a kongres był jednym z elementów tych obchodów. Nie chcieliśmy, aby wybijał się w postaci specjalnych wykładów, ale by przewijał się przez sesje naukowo-szkoleniowe niejako przy okazji. Głównym celem kongresu jest jego rola edukacyjna.

Każdy kongres ma hasło. Jak brzmiało tegoroczne?

Staraliśmy się, aby hasło kongresu korespondowało z programem. Obecne brzmiało: „Od prewencji do interwencji”. 70-lecie naszego Towarzystwa uhonorowaliśmy serią konferencji naukowych i prasowych, podczas których przedstawialiśmy dokonania Towarzystwa w ciągu siedmiu dekad. W lutym tego roku rozpoczęliśmy rok jubileuszowy konferencją prasową w Centrum PAP w Warszawie. W kwietniu odbyła się tzw. Wiosenna Konferencja PTK, podczas której także nawiązaliśmy do jubileuszu, a na Międzynarodowym Kongresie PTK w Katowicach również wybrzmiał temat 70-lecia.

W związku z jubileuszem wypuściliśmy okolicznościowe znaczki i wydaliśmy książkę autorstwa prof. Krzysztofa Filipiaka, szefa Komisji Historycznej PTK, i mojej osoby, pod redakcją Małgorzaty Konaszczuk

fot.: ArLumen_Piotr Woźniakiewicz



z „Pulsu Medycyny”, pt. „W pamięci. 70 lat Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego we wspomnieniach prezesów”. W książce tej żyjącym prezesom PTK zadano 12 pytań i w odpowiedziach zawarta jest kwintesencja działań Towarzystwa w poszczególnych kadencjach.

Co w takim razie zdominowało tegoroczny kongres?

Przygotowaliśmy 152 sesje naukowe, które prowadziło blisko 250 wykładowców, również z zagranicy. Mimo powodzi i związanych z nią utrudnień w kongresie uczestniczyło ponad 4 tys. lekarzy. Już na początku

◀ Mam jeszcze dużo do zrobienia, ale najbardziej zależy mi na poprawie sytuacji pacjentów ze wstrząsem kardiogenym – mówi prof. Robert Gil

Zarząd PTK zdecydował o wyasygnowaniu z własnych środków i przekazaniu 50 tys. zł na rzecz powodźian, z konkretnym wskazaniem na Polską Akcję Humanitarną.

Przez trzy dni trwania kongresu dyskutowaliśmy głównie o tym, co się w kardiologii zmienia – w diagnostyce, technikach leczenia zabiegowego i farmakoterapii, a trzeba podkreślić, że zmiany te są istotne. Kongres PTK w Katowicach poprzedzał Kongres Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ETK), na którym przedstawiono nowe, ważne wytyczne dotyczące migotania przedsionków, przewlekłych zespołów wieńcowych, chorób tętnic obwodowych i aorty oraz nadciśnienia tętniczego. Oprócz sesji poświęconych zmianom były takie, które omawiały niuanse występujące podczas leczenia.

Należy też docenić sesje, które dotyczyły rozwiązań systemowych, np. sesja poświęcona Narodowemu Programowi Chorób Układu Krążenia, który do tej pory był „gdzieś pochowany” w gabinetach Ministerstwa Zdrowia i trudno było określić, jakie są perspektywy jego rozwoju.

Prof. Adam Witkowski, prezes PTK w latach 2019-2021, kierownik Kliniki Kardiologii i Angiologii Interwencyjnej w Narodowym Instytucie Kardiologii, który został nowym pełnomocnikiem ds. Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia, przedstawił plan działania, który ma nadrobić te zaległości.

Jak zmieniła się przez dziesięciolecia polska kardiologia?

Od czasu gdy aktywnie działałem w PTK, czyli od początku lat 90. XX wieku, przeżyłem kilka okresów, które były dla mnie czymś fascynującym i, co ciekawe, mało kto wtedy przypuszczał, że będą stanowiły przełomy w kardiologii, staną się standardami i będą ratowały ludzkie życie na tak dużą skalę. Warto wspomnieć, iż na początku mojej współpracy z PTK byliśmy „ubogim krewnym” zachodniej kardiologii. Jednak już pod koniec lat 90. w Polsce zaczęła się jej dynamiczny rozwój, głównie za sprawą łatwej dostępności materiałów edukacyjnych oraz możliwości udziału w międzynarodowych konferencjach naukowych. W kraju zwiększyły się nakłady na kardiologię i w rezultacie zaczęliśmy gonić czołówkę, a jednocześnie ta pogoń spowodowała, że dokonywaliśmy przełożenia doniesień naukowych na codzienną praktykę.

To za rządów AWS prof. Wojciech Maksymowicz, ówczesny minister zdrowia, otworzył drzwi kardiologii interwencyjnej, którą dziś mamy na bardzo wysokim, europejskim poziomie. Pełniąc funkcję szefa resortu zdrowia, szukał sposobu na unowocześnienie medycyny w postaci przyspieszenia procesu diagnostycznego i skrócenia pobytu w szpitalu, a inwazyjna diagnostyka kardiologiczna rozwiązywała wiele problemów dotyczących słabości ówczesnego systemu, np. pozwalała przyjmować większą liczbę pacjentów z chorobą wieńcową do diagnostyki i leczenia, w tym rewaskularyzacji. Kiedy „nauczyliśmy się” diagnostyki inwazyjnej oraz zabiegów angioplastycznych w stabilnej chorobie wieńcowej, weszliśmy w całodobowe dyżury w ośrodkach dla pacjentów z zawałem mięśnia sercowego, czego skutkiem było w latach 2005-2006 powstanie sieci takich ośrodków

(było ich wówczas ponad 150 w całym kraju) i upowszechnienie 24-godzinnych dyżurów zawałowych. To było prawdziwe wyzwanie, ale jakże ekscytujące. Wysiłek setek kardiologów okazał się wielkim sukcesem na miarę nie tylko Europy. Siłą rzeczy, staliśmy się znani i cenieni na Zachodzie, co było dotychczas czymś niespotykanym.

A potem zimny prysznic.

Po ponad dekadzie okazało się, że wprowadzone wyniki wewnętrzzszpitalne i krótkoterminowe naszych działań są dobre, jednak spora część pacjentów po zawale umiera w ciągu roku od wyjścia ze szpitala. I to był zimny prysznic dla kardiologów inwazyjnych, a jednocześnie szansa dla elektrofizjologów, którzy mocno zaakcentowali swoje znaczenie w czasie tego „dołka” inwazyjnego. Trzeba przyznać, że swoją aktywnością i zakresem wykonywanych zabiegów zaskoczyli Europę. Krótko mówiąc, z bardzo odległych pozycji wynieśli swoją dziedzinę do czołówki.

Kolejny przełom wiązał się z programem KOS-Zawał, utworzonym dla utrzymania efektu terapeutycznego osiągniętego w ośrodku kardiologii interwencyjnej. Kluczowe okazało się włączenie do niego obok kardiologów inwazyjnych również kardiologów zachowawczych oraz przedstawicieli rehabilitacji i prewencji kardiologicznej. I to był kolejny przełom. W międzyczasie pojawiły się nowe leki, nowe metody zabiegowe w stenozie aortalnej czy w niedomykalności zastawki mitralnej i trójdzielnej. Warto również wspomnieć o niestety niezakończonym sukcesem, ale dwukrotnie ogłaszanym starcie programu koordynowanej opieki pacjenta z niewydolnością serca, KONS.

Co się kryje pod hasłem „Od prewencji do interwencji”?
Odwołując się do przysłowia „Czym skorupka za młodu nasiąknie, tym na starość trąci”, chodzi o profilaktykę

pierwotną, diagnostykę dotyczącą zwłaszcza czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, którą powinno prowadzić się już od najmłodszych lat, jeszcze przed wystąpieniem epizodów klinicznych sercowo-naczyniowych serca. Ogromną rolę ma tu do odegrania edukacja. Wprowadzone lekcje o zdrowiu w IV klasie szkoły podstawowej będą ten cel realizować. Wprowadzę uważam, że powinno się edukować dzieci w tym zakresie jeszcze wcześniej, ale to i tak postępek.

W prewencji wtórnej, prowadzonej u pacjentów z już przeżytym epizodem sercowo-naczyniowym, w tym zawałem serca, ważne jest, aby interwencja medyczna nie ograniczała się do „udrożnienia zatłkanej tętnicy” i wszczepienia zastawki czy stymulatora serca, ale by u tych chorych oceniać inne organy, dowiedzieć się, czy np. miażdżycy występuje tylko w naczyniach wieńcowych, czy również w obwodowych, czy też doprowadzających krew do nerek lub jelit. Chodzi o to, aby dzięki temu rozpoznać leczenie wcześniej, np. w nadciśnieniu tętniczym, zapobiegając ciężkim powikłaniom, głównie udarom. Bardzo ważne jest wypracowanie i utrzymywanie przez cały czas choroby dobrego kontaktu z pacjentami. W prewencji zwraca się szczególną uwagę na umiejętność dotarcia do świadomości pacjenta i przekonania go, że uczestniczy w procesie leczenia i że od współpracy z lekarzem w dużej mierze zależy jego efekt. Jeśli sam nie zadba o siebie, nie wprowadzi zaleceń lekarza, to jego szanse na polepszenie stanu zdrowia są mniejsze. Musimy pamiętać, że tzw. medycyna naprawcza jest coraz doskonalsza, ale też coraz bardziej kosztowna, i należy robić wszystko, aby skutecznie leczyć na etapie, kiedy nie zachodzi potrzeba interwencji kardiochirurgów czy elektrofizjologów, zapobiegając poważnym epizodom sercowo-naczyniowym. Dążymy więc do tego, aby pacjent był świadomy swojej choroby i wynikających

z niej zagrożeń i by współpracował z lekarzem. Musimy rozmawiać z pacjentami nie z pozycji siły i tego, kto ma rację, ale z pozycji partnera, który sam z siebie coś daje, a nie tylko oczekuje od drugiej strony.

Jakie kierunki działania są obecnie dominujące w kardiologii?

W kardiologii ogromny nacisk kładzie się na diagnostykę. Jej rola wciąż wzrasta. Coraz powszechniej mamy do czynienia z diagnostyką genetyczną, choć jesteśmy tu mocno w tyle. Naszemu Towarzystwu udało się wspólnie z Polskim Towarzystwem Genetycznym stworzyć schemat pewnych zaleceń – jak w kardiologii ta diagnostyka powinna funkcjonować, ale to dopiero pierwszy krok. Dlatego działania PTK w przyszłym roku będą ukierunkowane na diagnostykę genetyczną. Dziedzina ta wymaga sporych nakładów finansowych, ale też intelektualnych. Dysponujemy bardzo skromnym zapleczem w postaci odpowiednio wykwalifikowanych kadr, ale Zachód pokazuje nam, że przyszłość należy do terapii celowanych, np. przy wykorzystaniu biologii molekularnej, które bezwzględnie wymagają diagnostyki genetycznej. Innej drogi nie ma. Obserwujemy także dynamiczny rozwój nowych technik obrazowych związanych z radiologią, stosowanych w diagnostyce. Dzięki nim jesteśmy w stanie dziś rozróżnić siedem, a jak się uprzeć, to nawet 12 typów kardiomiopatii, której do niedawna rozróżnialiśmy zaledwie 3-4 typy. Nowe techniki obrazowania z niespotykaną dotąd precyzją różnicują także objawy np. przyjmującej rozmiar epidemii niewydolności serca. Do niedawna wydawało się, że jedynym kryterium diagnostycznym jest obniżona frakcja wyrzutowa lewej komory. Dziś wiemy, że frakcja wyrzutowa może być w normie, a można być w stanie niewydolności serca.

Choroby sercowo-naczyniowe są wciąż główną przyczyną zgonów. Jak wyjść poza ten schemat i czy są kraje, którym się to udało?

To prawda, że w kardiologii postęp jest niewiarygodny i nowe techniki diagnostyczne oraz nowoczesne terapie kardiologii interwencyjnej są

w Polsce powszechnie dostępne. Prawdą jest też jednak, że wciąż przybywa pacjentów z chorobami sercowo-naczyniowymi, dla wielu z nich w przeszłości nie było ratunku, np. w przypadku stenozы aortalnej, a dziś są oni leczeni i żyją, a pieniądze w systemie nie przybywa. Mimo że zawały serca są wciąż główną przyczyną zgonów, większe nakłady finansowe niż na kardiologię są kierowane np. na onkologię. Nie mówię, żeby pieniądze zabierać jednemu, a dawać innemu, ale trzeba wyasygnować środki na działania, które obniżą śmiertelność i wydłużą czas przeżycia np. po śmieci. Dotyczy to także nagłej śmierci sercowo-naczyniowej, która zabiera tragicznie dużo.

Od współpracy z lekarzem zależy efekt leczenia, dlatego tak ważne jest dotarcie do świadomości pacjenta

Należy też pamiętać, że kardiologia często współistnieje z onkologią (kardioonkologia), ponieważ pacjenci z nowotworami mają również schorzenia sercowo-naczyniowe i trzeba ich wspólnie leczyć. W PTK powołaliśmy Sekcję Kardioonkologii i jesteśmy z tego dumni. Dynamika jej rozwoju dowodzi, że to był strzał w dziesiątkę. Podział środków finansowych wymaga więc ponownego rozpatrzenia, rozumienia sytuacji oraz nowych rozwiązań systemowych. To trudne, nawet krajom bardziej zamożnym nie udaje się przełamać schematu, w którym choroby sercowo-naczyniowe są głównym zabójcą. Lepsze są tam natomiast wskaźniki przeżywalności pacjentów. Polka żyje średnio 82 lata, Polak niewiele ponad 74 lata, średnia dla obu płci wynosi w Polsce około 79 lat, a w Europie Zachodniej kobieta żyje średnio 84 lata, mężczyzna ponad 80 lat, a średnia wynosi około 84 lat. Decyduje o tym

wiele czynników, nie tylko nakłady finansowe, ale także wspomniana już świadomość społeczna zagrożeń i dbałość o własne zdrowie.

Rozwój i nowoczesność wymagają od lekarzy ciągłego kształcenia się. Czy PTK nadąża z realizacją swoich celów szkoleniowych za nowymi technologiami?

Nie chciałbym być sędzią we własnej sprawie, ale PTK liczy 5,5 tys. członków i jest największym w Polsce lekarskim towarzystwem naukowym. Kardiologia to specyficzna specjalizacja, która wymaga od specjalisty w tej dziedzinie zapału, cierpliwości, determinacji, samozaparcia i poświęcenia czasu, by każdego dnia mierzyć się z szybko następującymi po sobie zmianami. Jeśli chcesz być dobry, musisz się wciąż uczyć, dokształcać, i tej wiedzy nigdy nie jest dosyć – niezależnie od wieku i zdobytych już umiejętności. W sposób naturalny wybierają więc tę specjalizację lekarze z określonymi predyspozycjami. Mają pewien rys charakterologiczny, pozwalający im dobrze czuć się w pracy, która wkrótce staje się ich pasją. Kiedy ktoś mnie pyta o moje hobby, odpowiadam – kardiologia. Wielu moich kolegów mówi podobnie. Ich zaangażowanie i wieczny głód wiedzy są nadzwyczajne. PTK jest ogromnym wsparciem w dostępie do najnowszej wiedzy i jej przekazywaniu. Oprócz kongresów co chwila odbywają się warsztaty, konferencje, webinary. Jako prezes towarzystwa mam jeszcze wiele do zrobienia w tej kadencji, ale najbardziej leży mi na sercu poprawa sytuacji pacjentów ze wstrząsem kardiogenym. Śmiertelność w tej grupie chorych wynosi w Polsce 65 proc., a w krajach Europy Zachodniej 38 proc. Jest szansa, by to zmienić za sprawą narodowego programu wstrząsu kardiogenego, nad którym pracuje PTK. Liczę, że jeszcze w końcu tego roku wejdziemy w pilotaż. ●

Po wielkiej wodzie

Jeśli apteka zawarła z NFZ umowę na wykonywanie płatnych dyżurów, nie może ich nagle zaprzestać. Jeśli to zrobi, musi – wraz z odsetkami – zwrócić Funduszowi zarobione pieniądze. Nie ma żadnych wyjątków, jak np. powódź.

Powódź, która w połowie września nawiedziła południowo-zachodnie rejony Polski, przejdzie do historii, jak ta z 1997 r. Wielka woda przyniosła fatalne skutki także w ochronie zdrowia. Nie tylko szpital w Nysie spektakularnie ucierpiał wskutek zalania. Z powierzchni ziemi zniknęły przynajmniej dwie apteki, a około dziesięciu kolejnych uległo dewastacji. Sprzęt, w tym komputery, a także leki muszą zostać zutylizowane.

Na zdjęciach widać zaledwie cząstkę tragedii, która dotknęła nie tylko właścicieli i pracowników aptek, ale także pacjentów. Co nieuchronne, także prywatne domy zostały zalane przez wodę. Mam koleżkę farmaceutę, w którego domu panele podłogowe pływały na wysokości górnej krawędzi okien. Fotografie, które widziałem, są przerażające. W przypadku jego nieszczęścia jest promyczek nadziei. Kilku jego kolegów farmaceutów mieszkających w pobliżu skrzyknęło się i któregoś dnia przyjechali z narzędziami, aby pomóc w doprowadzeniu domu do stanu deweloperskiego. Wszystko inne wywieziono na wysypisko śmieci.

By przestać funkcjonować, apteka nie musi zostać zniszczona lub „tylko” zalana. Brak prądu oraz dostępu do internetu wyłącza ją z działania. Pacjenci, którzy w jakże zrozumiałej panice ratowali się przed utonięciem, nie zabierali z sobą niczego, w tym także stale przyjmowanych leków. Nie mają ich ani recept. Nawet jeśli potrafia skorzystać z Internetowego Konta Pacjenta (IKP), niekoniecznie mieli naładowane telefony. Nawet jeśli mieli, apteka nie mogła funkcjonować.

Mój samorząd zawodowy natychmiast wielopoziomowo włączył się do pomocy powodzianom. Jedną z form tej pomocy jest przypomnienie wsparte wypowiedzią Głównego Inspektora Farmaceutycznego, że w stanie zagrożenia zdrowia farmaceuci mogą wystawić pełnopłatne recepty farmaceutyczne realizowane

MARIUSZ POLITOWICZ
CZŁONEK NACZELNEJ
RADY APTEKARSKIEJ



w aptecę, w której je wystawiono. Jak wiadomo, pacjenci często nie pamiętają nazw i dawek leków, które stale przyjmują. Gdy nie mają dostępu do IKP lub swej, także zalanej, placówki POZ, problem robi się niezwykle poważny. Na szczęście w wielu przypadkach nie pacjenci, ale farmaceuci na pamięć znają nazwy i dawki przyjmowanych przez nich leków. Gdy jest prąd i internet, a komputery działają, można dodatkowo zweryfikować historię leków kupowanych przez pacjenta w danej aptecce. W tak ekstraordynaryjnej sytuacji recepta farmaceutyczna jest i będzie wybawieniem.

Niezwykle poważnym problemem jest odbudowa lub remont apteki. W pierwszym przypadku niezbędne będzie przejście długotrwałej procedury starania się o nowe zezwolenie na prowadzenie apteki. Mój samorząd w pełni rozumie tę trudną sytuację, więc farmaceuci mogą liczyć na jego pomoc. Także finansową, choć w tym zakresie zbiórki pieniężne są organizowane poza izbą. My możemy je „tylko” rozpropagowywać.

Remont, a tym bardziej budowa nowej apteki, to sporo czasu i pieniędzy. Pieniądzy, które były zamrożone w zniszczonych lekach. Nadeszły terminy płatności, ale nie ma czym płacić, bo nikt nie sprzedaje ani nie kupi zniszczonych leków. Błędne koło. Jak dotąd znany jest

jeden przypadek, gdy na wniosek farmaceuty hurtownia umorzyła połowę wymaganych należności. Dokładnie tyle, o ile wniosował zainteresowany.

Niezależnie od opisanych sytuacji, gdy apteka nie pracuje, nie zarabia. Nie funkcjonujemy dzięki dotacjom lub stałym przelewom np. z Ministerstwa Zdrowia lub NFZ. To truizm, ale wart przypomnienia szczególnie w kontekście dyżurów.

Otóż art. 94 ustawy Prawo farmaceutyczne mówi, że jeśli apteka zawarła z NFZ umowę na wykonywanie płatnych dyżurów, nie może ich nagle zaprzestać. Jeśli jednak to zrobi np. we wrześniu, a dyżurowała od stycznia, musi – wraz z odsetkami – zwrócić Funduszowi pieniądze uczciwie zarobione od stycznia do września. Ustawa nie przewiduje żadnych wyjątków, w tym siły wyższej, jak np. powódź.

Pewną nadzieję daje poprawka, którą jakiś czas temu zaproponował resort zdrowia. Wystąpienie siły wyższej i w ciągu 14 dni poinformowanie o tym zarządu powiatu oraz NFZ nie wiązałoby się ze zwrotem pieniędzy. Byłoby to sprawiedliwe i czysto ludzkie rozwiązanie. Pozostaje mieć nadzieję, że nowelizacja ustawy nastąpi szybko i wstecznie uwzględni wszystkie stany nagłe, które mogły zaistnieć do momentu jej wejścia w życie. ●

PRAKTYKA LEKARSKA

Śladami pacjentów: tetralogia Fallota

DR N. MED. MAGDALENA MAZURAK
KARDIOLOG DZIECIĘCY

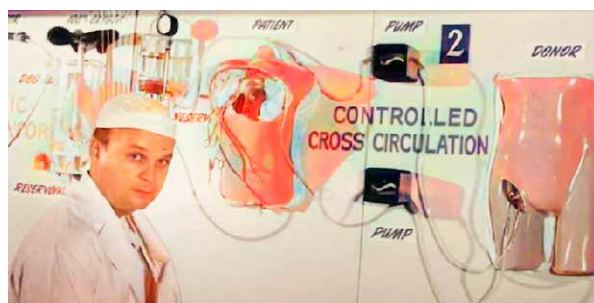
Walton Lillehei zrewolucjonizował leczenie operacyjne wad wrodzonych serca. Był wirtuozem skalpela. Miał odwagę podejmować się ryzykownych procedur i łatwo się nie poddawał. Jako pierwszy na świecie w 1954 r. przeprowadził udaną operację pacjenta z tetralogią Fallota. Pacjent żyje do dziś.

Dick Ket, holenderski malarz, urodził się w 1902 r. z dextrocardią i wadą siniczą serca, prawdopodobnie tetralogią Fallota. W swoich licznych autoportretach dokumentował narastającą sinicę i palce pałeczkowate. Zmarł w 1940 r. Pięć lat później w Szpitalu im. Johnsa Hopkinsa w Baltimore wykonano pierwszą na świecie paliatywną operację u niebieskiego dziecka z tetralogią Fallota (połączenie tętnicy podobojczykowej z tętnicą płucną, czyli zespolenie typu Blalocka-Thomasa-Taussig). Metodę opracował technik chirurgiczny, Afroamerykanin Vivien Thomas, a zabieg wykonał chirurg Alfred Blalock, zainspirowany przez kardiologa dziecięcego Helen Taussig.

BYĆ PIERWSZYM

W 1954 r. Walton Lillehei, 35-letni chirurg, wykonał pierwszą w historii udaną operację naprawczą tetralogii Fallota (u 10-letniego chłopca). Był wizjonerem i fantastą, twierdził: „Niektórzy widzą rzeczy takimi, jakimi są, i pytają: Po co to zmieniać? Inni marzą o rzeczach, których nigdy nie było, i pytają: Dlaczego nie?!”.

Walton Lillehei często pytał: dlaczego nie? Nie wahał się być pierwszym, nie bał się wyzwań mimo wysokiego ryzyka porażki. Wybierał drogi, które inni omiiali. Poświęcona mu książka biograficzna (wydana w USA w 2000 r.) w tytule ma słowo „król” „King of Hearts: The True Story of the Maverick Who Pioneered Open Heart Surgery” („Król serc. Prawdziwa historia indywidualisty, który był



◀ Walton Lillehei i krążenie skrzyżowane

pionierem operacji na otwartym sercu”). Był Kolumbem, który zrewolucjonizował leczenie operacyjne wad wrodzonych serca. Ale ten sukces przysporzył mu nie tylko admiraatorów. Problemem było jego

Osiągnięcia Lilleheia przyniosły mu sławę. Na staż do szpitala w Minneapolis przybywali kardiochirurdzy ze wszystkich stron świata

życie prywatne. Wielu widziało w nim uwodziciela kobiet, który uchylał się od płacenia podatków (miał problemy z urzędem skarbowym). Jako chirurg był wirtuozem skalpela, miał odwagę podejmować się ryzykownych procedur i łatwo się nie poddawał, mimo że początkowo śmiertelność okołooperacyjną miał tak dużą, że jeden z kolegów zabiegowców porównał

go do gangstera Ala Capone i dość szokująco podsumował Lilleheia, mówiąc: „Zabił wielu ludzi, ale władze mogą go zamknąć tylko za niezapłacone podatki”.

Walton Lillehei miał norweskie korzenie, wzniesienie w Norwegii (272 m) nosi tę samą nazwę, co jego nazwisko. Wojna sprawiła, że inaczej spoglądał na życie i śmierć, nie bał się ryzyka. Operacja raka ślinianki, którą ledwo przeżył, sprawiła, że bał się jeszcze mniej. Technika, którą zastosował do operacji wad wrodzonych serca, to krążenie skrzyżowane. Był krytykowany, otoczenie uważało, że krążenie skrzyżowane jest jeszcze bardziej ryzykowne niż jakakolwiek maszyna podtrzymująca krążenie (której dotąd nie zastosowano z powodzeniem). Jego przeciwnicy argumentowali, że po raz pierwszy w historii medycyny mogłoby dojść do sytuacji, kiedy operujący chirurg w czasie jednego zabiegu traci aż dwie osoby – w tym jedną, która jest zdrowa. A to jest etycznie



▲ Walton Lillehei wraz z zespołem

nieuzasadnione, bo przecież: *Primum non nocere*. 200-proc. śmiertelność w czasie jednej operacji!

45 OPERACJI W 16 MIESIĘCY

Era krążenia skrzyżowanego to krótki, ale niezwykle ważny czas w rozwoju kardiologii. W okresie od marca 1954 r. do lipca 1955 r., a więc w ciągu szesnastu miesięcy, Walton Lillehei wraz z zespołem przy użyciu tej nieupowszechnionej metody wykonał operacje wad wrodzonych serca u 45 dzieci (w wieku od pięciu miesięcy do 10 lat). Byli to pacjenci z ubytkiem przegrody międzykomorowej (27), tetralogią Fallota/atrezią zastawki płucnej (10), ubytkiem przegrody przedsionkowo-komorowej (5), przetrwałym przewodem tętniczym (1), zwężeniem drogi odpływu prawej komory (1), zwężeniem zastawki płucnej i ubytkiem przegrody międzyprzedsionkowej (1).

Warto zauważyć, że w tej grupie były dzieci ze złożonymi wadami serca, których nikomu dotychczas nie udało się z powodzeniem skorygować. Dzieci podłączano do żyły i tętnicy udowej dorosłego. Oboje poddawano narkozie, serce dziecka unieruchamiano kardioplegią, a krążenie zapewniał dorosły (z wyboru



◀ Michael Shaw tuż przed operacją

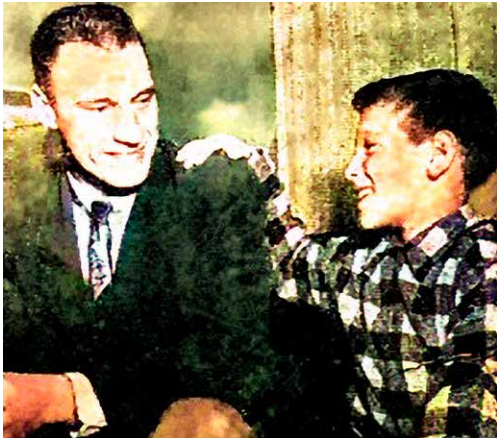
– jeden z rodziców, który służył jako żywy oksygenator, znacznie rzadziej byli to niespokrewnieni zdrowi ochotnicy).

Dzieci z tetralogią Fallota/atrezią zastawki płucnej było w tej grupie dziesięcioro. Pierwszy pacjent z tetralogią Fallota był czternastym z kolei operowanym pacjentem z tej 45-osobowej grupy. W okresie noworodkowym wykonano u niego paliatywne zespolenie systemowo-płucne (BTT). Michael Shaw miał rzadką grupę krwi AB Rh ujemny, nikt z jego rodziny, krewnych i sąsiadów takiej nie miał. Lillehei wykonał zabieg 31 sierpnia 1954 r. Krążenie zapewnił robotnik, Howard Holtz, wówczas 29-letni ojciec trojga dzieci. Miał taką samą grupę

krwi, był kiedyś honorowym dawcą, został znaleziony dzięki kartoteczce Czerwonego Krzyża. Był dotąd dawcą krwi, ale nie całego krążenia. A jednak Howard Holtz mimo bagażu rodzinnego i świadomości ogromnego ryzyka na propozycję Lilleheia wzięcia udziału w tym ryzykownym pionierskim eksperymencie odpowiedział twierdząco. Procedurę przeżył. Michael Shaw również przeżył, dożył wieku dorosłego, doczekał się czworga dzieci, został zawodowym muzykiem i nie wymagał żadnych leków przez kilka dekad po zabiegu.

200 PROC. RYZYKO ZGONU

W kwietniu 1955 r. Walton Lillehei w czasie wykładu na konferencji Amerykańskiego Towarzystwa Chirurgów w Filadelfii pochwalił się udaną operacją pacjenta z tetralogią Fallota. Ktoś skomentował, że brzmi to jak fantazje Juliusza Verne'a. Pierwszy do dyskusji zgłosił się wówczas Alfred Blalock, który powiedział: „Muszę przyznać, że nigdy nie sądziłem, że dożyję dnia, kiedy ten zabieg zostanie wykonany.



◀ Howard Holtz
z żoną i Mike Shaw



▶ Howard Holtz
z żoną i Michael
Shaw (po prawej)

Chcę pogratulować doktorom Lillehei i Varco oraz ich współpracownikom – wyobraźni, odwagi i techniki”.

Mimo 200 proc. ryzyka zgonu w czasie operacji w krążeniu skrzyżowanym Howard Holtz dożył sędziwego wieku, zmarł 15 grudnia 2015 r., miał 90 lat. Na jednym ze zdjęć, wykonanym wiele lat po pionierskiej procedurze, obaj panowie, Michael Shaw i Howard Holtz (tj. pacjent i ten, który był podłączony do jego krążenia), zaprezentowali się w podobnych ubraniach, jakie mieli kilkadziesiąt lat wcześniej, tj. w 1954 r.

W 1990 r. w komentarzu do artykułu na temat operacji tetralogii Fallota Walton Lillehei napisał o losach swojego pierwszego pacjenta. Mike Shaw 35 lat po operacji miał się nieźle jako ojciec czworga dzieci, odnosił zawodowe sukcesy, będąc znakomitym muzykiem. To, co martwiło Lilleheia, to fakt, że jego pacjent palił ponad paczkę papierosów dziennie. Od 30 lat! Walton Lillehei byłby bardzo zdziwiony, gdyby się dowiedział, że w 2024 r. (czyli ćwierć wieku po jego

śmierci) pierwszy pacjent nadal żyje. 70 lat od zabiegu żyje pierwszy na świecie z sukcesem operowany pacjent z tetralogią Fallota. To właśnie Mike Shaw przysłał mi fotografię do tego artykułu – był bardzo zaskoczony, że go odnalazłam.

ZE WSZYSTKICH STRON ŚWIATA

Walton Lillehei w 1957 r. miał już za sobą ponad 300 operacji na otwartym sercu. Musiał niestety wkrótce zakończyć karierę chirurga (w wieku 55 lat) z powodu problemów ze wzrokiem związanych z leczeniem przeciwnowotworowym (radioterapią). To był mięsak limfatyczny ślinianki, dawano mu 10 proc. szans na przeżycie pięciu lat. Mimo marnych rokowań zmarł dopiero 49 lat po tym fatalnym rozpoznaniu, miał już 81 lat (1999 r.). Jego syn – Craig Walton Lillehei – jest absolwentem Uniwersytetu Harvarda, podobnie jak ojciec został zabiegowcem, chirurgiem dziecięcym w Bostonie.



◀ Mike Shaw jako
członek Shaw Band

Osiągnięcia Lilleheia nie przeszły bez echa, przyniosły mu sławę, co sprawiło, że na staż do szpitala w Minneapolis przybywali kardiochirurdzy ze wszystkich stron świata. Wśród szkolących się lekarzy było trzech chirurgów przybyłych z dalekich krajów: stypendysta z Afryki, ze Szwecji oraz z Polski. Byli to: Christiaan Barnard, który później wykonał w Kapsztadzie pierwszy na świecie przeszczep serca (1967 r., asystował mu jego brat), Ake Senning, który wszczepił pierwszy na świecie stymulator (1958 r.) oraz Jan Moll, który dokonał pierwszej próby przeszczepu serca w Polsce (13 miesięcy po transplantacji serca Barnarda, pacjent niestety zmarł). Kilka lat przed pierwszą transplantacją prof. Molla, 24. lutego 1964 r., wykonano pierwszą w Polsce operację naprawczą tetralogii Fallota (Leon Manteuffel-Soege).

Na stażu w szpitalu w Minneapolis był również Wiktor Bross, który wykonał potem pierwszą w Polsce operację na otwartym sercu (zamknięcie ubytku przegrody międzyprzedsionkowej, 1958 r.). W księdze operacyjnej jego Kliniki Chirurgii we Wrocławiu możemy odnaleźć kilku pacjentów z tetralogią Fallota poddanych operacji naprawczej w krążeniu pozaustrojowym (maszyna płuco-serce). Niestety, nie śledzono ich losów i nie wiadomo, jak dalej wyglądało ich życie, jak funkcjonowali, nie wiadomo nawet, czy przeżyli okres poopercyjny. W Polsce nigdy w praktyce klinicznej nie zastosowano krążenia skrzyżowanego. ●

FELIETON

Pożegnanie z zespołem

Ludzie zazwyczaj odchodzą z pracy z powodu pieniędzy, ambicji czy stanowisk. My odeszliśmy, kiedy poczuliśmy, że nie jesteśmy szanowani i że nasze wartości nie mogą być dalej przestrzegane.

JAKUB SIECZKO
ANESTEZJOLOG



Przez ostatnie siedem i pół roku przekraczałem próg mojego zakładu pracy z uśmiechem. Roboty było czasem w bród, czasem bardzo mało. Windy czasem się zacinały, operatorzy niekiedy spóźniali na zabiegi, rodziny pacjentów bywały niemiłe. Zmaganie się z codziennymi, drobnymi, uciążliwymi jak mały kamyk w bucie czy pyłek w oku problemami, umilało mi jednak jedno – zespół. Miałem szansę przekonać się, co tak naprawdę to słowo oznacza. Byłem częścią wspaniałego zespołu. Nie każda grupa ludzi pracujących ze sobą jest bowiem zespołem. Może być po prostu przypadkową zbieraniną. Zespół to coś więcej.

Przede wszystkim na czele zespołu musi stać szef – taki przez duże S, wzbudzający szacunek przez osobisty przykład. Nieważne, jak zaszczytne funkcje szef sprawuje i ile liter ma przed nazwiskiem. Paradoksem bycia dobrym szefem jest bowiem to, że żeby nim zostać, musisz o potrzebie zbudowania dla siebie szacunku w ogóle nie myśleć. Jeśli jesteś uczciwy, sprawiedliwy, kompetentny, wyrozumiały, zrównoważony i nie próbujesz udowadniać swoich niezwykłych zasług oraz umiejętności – wtedy magicznie szacunek zbuduje się sam. Mieliśmy takiego szefa. Szła za nim cicha sława – najlepsza z możliwych sław.

W zespole transparentność się opłaca. Środowisko, w którym odważnie mówi się o błędach, staje się środowiskiem, w którym tych błędów popełnia

się mniej. Nie spotkałem nigdy lekarza, który nie popełnia błędów, po raz pierwszy pracowałem za to w miejscu, w którym się je rzetelnie analizowało, a tego, kto błąd popełnił (nie licząc takich, które były

Nieważne, jak zaszczytne funkcje szef sprawuje i ile liter ma przed nazwiskiem. By być dobrym, musi w ogóle nie myśleć o potrzebie zbudowania dla siebie szacunku

efektem ewidentnego zaniedbania) się realnie wspierało. O publicznych linczach, wytykaniu palcem na odprawie, krzykach, w ogóle nie było mowy. Nie ten styl, nie te czasy. Popsuleś? Zdarza się. Zaczniemy od tego, żeby zminimalizować konsekwencje dla pacjenta. Potem powiedzmy jemu i jego rodzinie prawdę. Następnie zaś pogadajmy o tym, co konkretnie się stało i jak w przyszłości nie doprowadzić do podobnego problemu. Proste, правда? Wciąż jednak rzadkie.

Trzeba też się po prostu lubić. Wtedy i praca idzie lepiej, bo wiesz, że w razie kłopotu masz kogo się poradzić. Sympatia skracza linie komunikacji, daje odwagę w wyrażaniu opinii. Sympatia się opłaca. Był paintball, ogniska, imprezy specjalizacyjne kończące się o świcie, wspólne piwo wieczorami i tętniący życiem dział z memami na naszym internetowym komunikatorze. Było też dużo zdrowej, wzajemnej ironii – przejaw tego, że ludzie się lubią i czują się ze sobą bezpiecznie. Sposób na wyrażanie do siebie szacunku.

Musi też iść robota. Po pierwsze – chaos organizacyjny musi zostać ujarzmiony, a zasady pracy muszą być transparentne.

Po drugie – jest czas na odpoczynek, ale gdy na dyżurze zaczyna się armagedon – jesteśmy w tym wspólnie.

Po trzecie zaś – nie robimy rzeczy bez sensu, bo „tak było od zawsze”, ze szkodą dla pacjenta, ale „żeby się prokurator nie przyczepił”, czy wyłącznie dlatego że „NFZ je świetnie wycenia”. Leczymy ludzi

► *Za dobrym szefem idzie cicha sława – najlepsza z możliwych sław*

– najlepiej, jak umiemy, zgodnie z prawem i sztuką lekarską. Tego nas uczono, od tego jesteśmy. Wyceny i tradycje pozostawmy księgowym i historykom. Najlepszym lekarstwem na lęk przed prokuraturą pozostaje zaś uczciwa i otwarta komunikacja z pacjentami i ich rodzinami. Problemy zaczną się prawdopodobnie wtedy, kiedy przestaniesz z nimi rozmawiać, a zaczniesz kombinować.

I jeszcze jedno: obowiązywała genialna w swej prostocie zasada „jeśli masz coś do powiedzenia – mów”. Nieważne, czy zacząłeś rezydenturę dwa tygodnie temu, czy masz trzydzieści pięć lat doświadczenia. Nawet jeśli twój pomysł jest zły – nie zostaniesz potraktowany z pogardą. Jeśli zaś jest dobry – powiemy ci to wprost i zrobimy tak, jak zaproponowałeś. Nie ma znaczenia, czy jesteś rezydentem, czy specjalistą, lekarką czy pielęgniarką, fizjoterapeutą czy profesorem. Na dobrym pomysśle zyskamy wszyscy, bo zyska na nim nasz pacjent.

Nie – nie byliśmy idealni. Pewnie za kilka lat będę myślał o tym zespole jako idylli, ale jest jeszcze zbyt wcześnie, żebym nie pamiętał, że i konflikty się zdarzały. W kilkudziesięcioosobowej grupie każdy każdego kochać nie może. Była to nieidealna grupa ludzi nieidealnych. Ktoś czasem powiedział o kilka słów za dużo, inny był nieco przemądrzały albo zbyt nerwowy. Szef zaś ciągle opowiadał te same historie (po pół roku pracy znałem je wszystkie na pamięć), no i mieliśmy takiego ananasa, który nigdy nie zmywał naczyń po dyżurze. Symptomatyczne wydaje mi się jednak to, że zaskakująco często, kończąc staż w naszym ośrodku, lekarze czy lekarki z innych szpitali mówili nam: „Jesteście naprawdę wyjątkowym miejscem. Pewnie na co dzień tego nie widzicie, ale aż przyjemnie się patrzy na waszą wspólną pracę”. Wierzę im, bo po pierwsze, do dobrego łatwo się przyzwyczaić, po drugie zaś – z boku widać lepiej. Nie pamiętam też, ile razy dziękowali nam za zaangażowanie i otwartą komunikację pacjenci i ich rodziny.



fot.: Shutterstock.com

Nie ma już zespołu. Chciałem napisać, że „rozpadł się”, ale to oznaczałoby, że pożarły go wewnętrzne konflikty, rozbuchane

Środowisko, w którym odważnie
mówi się o błędach, staje się
środowiskiem, w którym tych
błędów popetnia się mniej

ambicje czy kłótnie o pieniądze. Było inaczej – jak w dobrym filmie czy książce to, co było naszą siłą – jedność, koleżeństwo, profesjonalizm i troska o bezpieczne warunki pracy – okazało się tym, co doprowadziło do naszego końca. Postanowiliśmy powiedzieć głośno „nie” zachowaniom, które wzbudzały nasz głęboki sprzeciw. Mówiąc najogólniej, jak się da – nie spotkało się to z entuzjastyczną reakcją

naszego pracodawcy. Oj, jak bardzo się nie spotkało!

Zespół okazał się nie do rozbicia, choć i takie próby były. Pracodawcy nie przepadają za zgranymi zespołami. „Divide et impera”, czyli sprawdzona starożytna zasada zarządzania, nie działa na nie. I na nas nie zadziałała. Odeszliśmy – nie jedna, dwie czy trzy osoby, ale dwadzieścia dziewięć. Odeszliśmy z tego powodu, dla którego ludzie zazwyczaj z pracy odchodzą. Nie z powodu pieniędzy, ambicji czy stanowisk. Odeszliśmy, kiedy poczuliśmy, że nie jesteśmy szanowani i że nasze wartości nie mogą dalej być przestrzegane. Podobno niektórzy mówią teraz, że chodziło nam o kasę. Wiem, czemu tak mówią. Prawdopodobnie nigdy nie byli w prawdziwym zespole. Nie wiedzą, że tego, co zbudowaliśmy, nie da się zamienić na żadne pieniądze. ●

Napisz do autora:
sieczko.gazetalekarska@gmail.com

WYWIAD LEKAR(S)KI

Pomoc to maraton, nie sprint

Ogrom cierpienia, z którym spotykamy się na terenach dotkniętych powodzią, jest porażający. Mieszkańcy boją się, że zostaną sami w opuszczonym mieście, w którym panuje przynębiająca cisza – mówi lekarz psychiatra **Dorota Wojtłowska-Wiechetek** w rozmowie z Marią Kłosińską.

S kąd pomysł, aby to właśnie pani – psychiatra pracująca w poradni – zaoferowała pomoc medyczną na zalanych terenach?

Od 15 lat pracuję w psychiatrii, a tematy traumy i trudnych wydarzeń zawsze mnie interesowały. Moje doświadczenie pochodzi z Kliniki Psychiatrii, Stresu Bojowego i Psychotraumatologii. Po zakończeniu pracy w Wojskowym Instytucie Medycznym działaliśmy w prywatnej poradni specjalizującej się w leczeniu traumy i PTSD. Gdy usłyszeliśmy o sytuacji w Kotlinie Kłodzkiej, zorganizowaliśmy spotkanie zespołu i zdecydowaliśmy, że musimy tam pojechać. Chociaż pomoc materialna była ogromna, zauważyliśmy brak wsparcia psychologicznego i psychiatrycznego, co skłoniło nas do zorganizowania naszego pierwszego wyjazdu pod koniec września.

Na czym polegała pomoc?

Pojechaliśmy czteroosobowym zespołem, w skład którego weszli lekarze, psychoterapeuci i psychologowie. Naszą pierwszą akcją było zebranie informacji o liczbie poszkodowanych i dostępnej pomocy psychologicznej. Okazało się, że stacjonarny punkt wsparcia w Łądku nie był wykorzystywany. Postanowiliśmy więc załadować sprzęt na plecy i udać się w teren. Podjęliśmy interwencje medyczne i w ich czasie zaczęliśmy rozmowy z poszkodowanymi. Początkowo mówili o technicznych aspektach odbudowy, ale z czasem ujawnili, że mają problemy ze snem i myśli rezygnacyjne. Martwili się także, co się stanie, gdy wolontariusze znikną. W Łądku było wielu chętnych do pomocy, ale mieszkańcy

obawiali się, że wkrótce zostaną sami w opuszczonym, przynębiającym otoczeniu, w którym panowała cisza. Naprawdę cisza – na ulicy nie ma zwierząt, psów, dzieci. To trochę takie wymarłe miasto.

Wasz zespół jest naprawdę niewielki. Ile osób potrzebuje pomocy?

Zapotrzebowanie na pomoc jest ogromne. Na głównej ulicy Łądku Zdroju widać mnóstwo zniszczonych budynków. Domy nad rzeką zostały zniszczone do fundamentów, a lokalne miejsca pracy również ucierpiały. Wiele domów, które zostały oznaczone przez straż pożarną, prawdopodobnie zostanie wyburzonych. Szacuję, że w Łądku są setki poszkodowanych, którzy przebywają w świetlicach i salach gimnastycznych szkół w okolicznych miastach, gdzie jest sucho i bezpiecznie, ponieważ oni nie mają nawet czego sprzątać ze szlamu i brudu, bo ich domy zostaną wyburzone i nie mają gdzie wrócić.

Ile czasu trwała cała operacja?

Nasz zespół był na miejscu przez trzy dni, ponieważ musieliśmy wrócić do swoich obowiązków. To jednak nie był jednorazowy wyjazd – planujemy regularne wizyty co kilka tygodni. Pierwsza wyprawa miała na celu rozpoznanie sytuacji. Jest duże ryzyko, że mniej więcej trzy miesiące po powodzi nastąpi rozwój zespołu stresu pourazowego u niektórych osób, które były świadkami zagrożenia życia bliskich. Chociaż

nie było wielu ofiar śmiertelnych, doświadczenie zagrożenia zdrowia i majątku ma poważne konsekwencje. Planujemy przyjechać z większym zespołem, w tym psychotraumatologami dziecięcymi i interwentami kryzysowymi, aby wspierać poszkodowanych. Zbliżają się święta Bożego Narodzenia, co będzie trudnym czasem dla osób, które nie będą mogły spędzić ich w swoich domach.

Pytałem o poświęcony czas, ale niesienie pomocy poszkodowanym w powodzi wiąże się również z kosztami. Co dziś jest potrzebne?

Nasza pomoc była krótka w porównaniu z potrzebami, ale na tyle mogliśmy sobie pozwolić, zostawiając przecież naszych pacjentów. A i czas na przygotowanie był ograniczony. Potrzebujemy funduszy na podstawowe wydatki, jak tankowanie samochodu. Założyłam zbiórkę crowdfundingową, która szybko się wypełniła dzięki wsparciu grupy matek lekarek. Są to kobiety, które nie zostawiają swoich koleżanek bez pomocy. Obecnie potrzebujemy śpiworów dla osób dotkniętych powodzią, ponieważ wiele z nich miało tylko chwilę na ucieczkę i zabrało ze sobą jedynie dokumenty, ewentualnie zdjęcia i ulubioną przytulankę dla dziecka. Osoby te często przebywają w salach gimnastycznych, więc śpiwory będą dla nich stałym elementem życia, namiastką własnego łóżka. Planujemy kolejny większy wyjazd karetką z zespołem, który zabierze sprzęt medyczny oraz

► Jesteśmy po to, by pomóc i nie dopuścić do potrzeby korzystania z opieki psychologicznej dopiero po latach od doznanej traumy – tłumaczy **Dorota Wojtłowska-Wiechetek** (z lewej) Marii Kłosińskiej

prezenty dla dzieci, aby choć trochę przywrócić poczucie normalności. Chcielibyśmy także przeprowadzić edukację dla nauczycieli na temat depresji i PTSD, aby mogli lepiej wspierać dzieci i ich rodziców w potrzebie. Aby umieli rozpoznac dzieci, które będą potrzebować długofalowej pomocy psychologicznej.

Środowisko może wesprzeć tych, którzy niosą pomoc medyczną. A w zakresie psychiatrii: psychiatrów jest mało, a pracy dużo. Skąd ten kryzys zdrowia psychicznego?

Kryzys zdrowia psychicznego ma wiele przyczyn. Żyjemy w czasach presji, kiedy trudno prosić o wsparcie. Często ukrywamy problemy, bo przyznanie się do kryzysu jest postrzegane jako słabość. Media społecznościowe promują wizerunek idealnego życia, co potęguje poczucie izolacji. Jednak ostatnie lata przynoszą zmiany dzięki kampaniom, które zachęcają do otwartości na temat zdrowia psychicznego. Ważne jest, aby edukacja w tym zakresie zaczęła się już w szkołach, aby młodzież potrafiła wyrażać swoje emocje i potrzeby. Aby być dobrym ratownikiem, musimy najpierw zadbać o siebie.

Czy takie wydarzenie jak powódź pogorszy sytuację zdrowia psychicznego w rejonie, czy da się to zrównoważyć kierowaną tam właśnie pomocą?

W czasie ostatniej dużej powodzi w 1997 r. byłam właściwie jeszcze dzieckiem, więc nie interesowałam się tym, jak wygląda wsparcie psychologiczne. Jednak obecnie widzę, że są różne inicjatywy, które oferują pomoc nie tylko materialną, ale i psychologiczną. Nasz zespół nie był jedynym, który działał w terenie, były też inne organizacje i fundacje, lekarz stażysta z Poznania, pani psycholog z Wrocławia. Jeśli będziemy mieć siły i fundusze na dalsze wsparcie, to mam nadzieję, że uda nam się zminimalizować negatywne skutki, szybko zidentyfikować osoby w kryzysie i zapobiec rozwojowi zespołu stresu pourazowego. To właśnie dlatego tam jesteśmy – by pomóc w tych trudnych czasach,



foto: A. Boguski

nie dopuścić do potrzeby korzystania z opieki psychologicznej dopiero po latach od doznanej traumy.

Jak wyglądał dzień pracy?

Dzień w terenie był intensywny i pełen wyzwań. Trafiliśmy na dość ciepłą pogodę, co ułatwiło nam pracę, ale sytuacja była trudna. Miasteczko, w którym pracowaliśmy, zmagało się z brakiem ogrzewania, ponieważ gaz został odcięty, a wiele osób polegało na drewnie. Pomocne były nagrzewnice, ale korzystanie z nich wiązało się z obawami o rosnące rachunki za prąd.

Wiele domów było zniszczonych do tego stopnia, że przejście przez zalane piwnice i partery było niebezpieczne. Ludzie pracowali, aby wydobyć zniszczone mienie, zrywali tynki, podłogi, a wszędzie panował nieprzyjemny zapach pleśni. Po powodzi wojsko usuwało martwe zwierzęta, co tylko potęgowało przygnębiającą atmosferę. Nie mówię o drobnych gryzoniach, ale o zwierzętach gospodarskich. W domach, gdzie woda sięgała 1-1,5 metra panowały warunki przypominające, jak to ludzie mówili, bombę biologiczną. Plus zaczynało się robić zimno. Pracowaliśmy w terenie i mieliśmy również przydzielane interwencje. Na przykład w malutkiej pobliskiej miejscowości, gdzie pan, który wcześniej był pod opieką MOPS-u, a przez to, że MOPS był w ostatnim czasie bardzo zajęty papierologią (wnioskami o pomoc), to tego

pana przez 2 tygodnie nikt się nie pojawił. Nie miał żywności. Miał też rozchwianą cukrzycę, bardzo wysokie ciśnienie. Jednocześnie nie było dostępu do telefonów, ponieważ pozrywało linie. Dzięki pomocy wojska mogliśmy w ogóle korzystać z komórkowych połączeń.

Zajmowaliśmy się też członkami zespołu – oni też potrzebowali pomocy, bo ogrom cierpienia, z którym się spotykali, był dramatyczny. Mamy ostatni grzejnik, ostatnią nagrzewnicę i stoi w kolejce kilkanaście osób. I komu ją dać: kobiecie w ciąży, starszej pani, starszemu panu bez nogi. To są straszne decyzje.

Gdzie w takim razie przebiega granica pomocy?

Osoby pracujące w zawodach pomocowych często mają tendencję do przekraczania własnych granic i zaniedbywania siebie. Dlatego zachęcamy zarówno strażaków, jak i lekarzy, by korzystali z możliwości rozmowy i wsparcia, gdy czują się przytłoczeni. Mamy dostępne konsultacje online i telefoniczne przez Polskie Towarzystwo Psychiatryczne. Ważne jest, aby pamiętać, że pomoc po katastrofie to długofalowy proces, a nie krótkotrwały sprint. Musimy uważać na swoje siły i rozkładać obciążenie. ●



◀ Cała rozmowa do obejrzenia w serwisie YouTube

NOWE TECHNOLOGIE

Sztuczna inteligencja: pomoc czy alternatywa dla lekarza

KRZYSZTOF JAKUBIK

Chociaż pierwsze mechanizmy cyfrowej analizy danych powstawały już kilkadziesiąt lat temu – także w ochronie zdrowia – dopiero możliwość rozmowy z wielkimi modelami językowymi spowodowała, że branża medyczna doceniła potencjał tej technologii.

Pojawia się coraz więcej zastosowań dla AI i w oczywisty sposób dotyczą one także diagnostyki medycznej – oferują innowacyjne metody analizy obrazów oraz wspomagania decyzji klinicznych. Sztuczna inteligencja zapewnia wiele korzyści. Przyspiesza procesy diagnostyczne i powoduje, że dzięki wytrenowaniu modelu AI na dużych zbiorach danych możliwa jest bardziej trafna ocena stanu zdrowia pacjentów. Metoda ta znajduje zastosowanie przy analizie danych zebranych przez wszelkiego typu rozwiązania obrazowania medycznego (USG, UKG, RTG, CT, MRI), ale także przy badaniach EKG, EEG oraz analizie histopatologicznej.

Od strony technicznej diagnostyka z wykorzystaniem mechanizmów sztucznej inteligencji odbywa się za pomocą oprogramowania zainstalowanego na komputerowych stacjach roboczych lub uruchamianego jako usługa chmurowa – to do tych narzędzi dostarczane są surowe dane zbierane na urządzeniach obrazowania medycznego.

ASYSTENT MEDYKA I... MINISTRA

W branży ochrony zdrowia zastosowanie może znaleźć także generatywna sztuczna inteligencja (GenAI), która wykorzystywana jest w wielkich modelach językowych, jak ChatGPT. Dzięki tego typu rozwiązaniom możliwe jest skrócenie czasu opisywania badań i generowania raportów diagnostycznych poprzez redagowanie ich wstępnej wersji do weryfikacji przez radiologa, patologa lub innego specjalistę.

GenAI ułatwia także tworzenie odrębnych wersji raportów dla różnych grup odbiorców. Na przykład raport dla specjalisty może zawierać techniczne opisy i szczegóły medyczne, podczas gdy dla pacjenta GenAI może generować uproszczoną, zrozumiałą wersję opisu badania, wyjaśniając wynik w bardziej przystępny sposób oraz sugerując dalsze kroki, jak kolejne badania lub konsultacje lekarskie. Może też

Przy zastosowaniu sztucznej inteligencji w procesie diagnostyki medycznej ani przez chwilę nie może być pominięty doświadczony lekarz

pomóc lekarzom w uzupełnianiu raportów o brakujące informacje lub sugerować dodatkowe dane, które mogłyby być istotne w diagnozie.

Ciekawostką może być także wykorzystanie sztucznej inteligencji do tworzenia modeli predykcyjnych dla zdrowia publicznego. AI może analizować dane wielu pacjentów, aby identyfikować wzorce w rozwoju chorób oraz przewidywać przyszłe wyzwania zdrowotne w populacji. Na tej podstawie można podejmować decyzje dotyczące alokacji zasobów w szpitalach

i klinikach, a także planować działania profilaktyczne. W podobnym modelu można wykorzystywać AI do selekcji i kwalifikacji pacjentów do badań klinicznych na podstawie analizy ich danych medycznych, w tym historii przebytych chorób. Sztuczna inteligencja może również pomóc w automatycznym generowaniu raportów administracyjnych zawierających statystyki dotyczące leczenia, analizy obłożenia oddziałów czy optymalizacji kosztów.

PRAWO A AI W MEDYCYNIE

Od lat naukowcy i futurologi ostrzegają, że przyjdzie czas, gdy sztuczna inteligencja doprowadzi do rewolucyjnych zmian w otaczającej nas rzeczywistości, a jednocześnie wymusi wypracowanie nowych regulacji prawnych.

W tym kontekście pozytywnie należy ocenić zapisy znowelizowanego Kodeksu Etyki Lekarskiej, który zacznie obowiązywać od 1 stycznia 2025 r. Do rozdziału „Postępowanie lekarza wobec pacjenta” dodany został artykuł 12., odnoszący się bezpośrednio do stosowania algorytmów sztucznej inteligencji w postępowaniu diagnostycznym, leczniczym lub zapobiegawczym. Zapewniono w nim swobodę lekarzy do wykorzystywania tego typu technologii, pod warunkiem że poinformowany zostanie o tym pacjent oraz świadomie wyrazi swoją zgodę. Do użytku

medycznego dopuszczone jest stosowanie tylko takich rozwiązań, które mają odpowiednie certyfikaty, ale wprowadzono też zastrzeżenie, że ostateczną decyzję co do diagnozy i podjętej terapii zawsze podejmuje lekarz.

Zastosowanie sztucznej inteligencji w diagnostyce pacjentów w Polsce nie jest bezpośrednio wspomniane w innych aktach prawnych. Jednak do tej sprawy odnoszą się także ustawa z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawa z 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych. Natomiast co do skutków wykorzystania generatywnej sztucznej inteligencji odnosi się RODO i ustawa o ochronie danych osobowych. Nakazują one anonimizację danych pacjentów, gdy te wykorzystywane są przez bazujące na AI mechanizmy głębokiego uczenia albo np. do prowadzenia zakrojonych na szeroką skalę analiz epidemiologicznych lub dotyczących zdrowia publicznego. Problematyka ta poruszona jest też w ustawie z 28 kwietnia 2011 r. dotyczącej systemów informacji w ochronie zdrowia.

ETYKA PONAD WSZYSTKO

Jednym z najczęściej podnoszonych aspektów w kwestii sztucznej inteligencji jest temat jej etycznego zastosowania. Nie inaczej jest w przypadku branży ochrony zdrowia. Najważniejsze jest oczywiście bezpieczeństwo pacjentów, i tu pojawia się dysonans. Z jednej strony AI zapewnia olbrzymią przewagę. Dzięki uczeniu maszynowemu jest w stanie zauważyć, co ludzkie oko może przeoczyć – zarówno w kwestii indywidualnie prowadzonej diagnostyki, jak też zakrojonych na szeroką skalę badań statystycznych. Ale nie znaczy to, że mechanizmy sztucznej inteligencji są wolne od błędów. Najłatwiej przekonać się o tym, zadając trudne pytania modelom generatywnej AI – zazwyczaj zamiast szczerzej odpowiedzi „nie wiem” otrzymuje się częściowo lub zupełnie niezgodną z prawdą odpowiedź. Zjawisko to naukowcy nazywają halucynacjami i trwają obecnie intensywne prace nad jego wyeliminowaniem.

Wyzwanie to spowodowało, że przy zastosowaniu sztucznej inteligencji w procesie diagnostyki medycznej ani przez chwilę nie może być pominięty doświadczony lekarz, który dzięki krytycznej ocenie przedstawionych wyników oraz własnej wiedzy będzie mógł wykluczyć błędną diagnozę, a także wziąć za to odpowiedzialność.

Sprowadza to mechanizmy AI do charakteru doradcy, którego uwagi warto słuchać, ale nie zawsze trzeba się z nim zgadzać.

Usypiać czujności lekarzy nie powinien też fakt, że dane oprogramowanie bazujące na algorytmach uczenia maszynowego zostało certyfikowane do zastosowań medycznych. Nie ma takiej możliwości, aby w procesie certyfikacyjnym zweryfikowane zostały

AI może analizować dane wielu pacjentów, aby zidentyfikować wzorce w rozwoju chorób i przewidywać wyzwania zdrowotne

wszystkie możliwe, statystycznie rzadko występujące przypadki, a to właśnie w identyfikowaniu takich upatruje się szczególne zadania dla AI. Tymczasem zweryfikowanie wszystkich ścieżek „myślenia” wytrenowanego na olbrzymiej ilości danych modelu sztucznej inteligencji nie jest możliwe z perspektywy człowieka, co powoduje, że nawet pozytywne przebiegi danego rozwiązania przez cały proces certyfikacyjny nie daje stuprocentowej gwarancji poprawności jego pracy.

W przestrzeni publicznej pojawiają się też obawy, że co do zasady zbyt częste i bezkrytyczne posługiwanie się sztuczną inteligencją do wykonywania służbowych obowiązków może doprowadzić do erozji własnych umiejętności i zdolności analitycznych. Podobne ryzyko może pojawić się w przypadku diagnostów medycznych. Zagadnienie osłabienia kompetencji zawodowych z pewnością nie występuje obecnie, ale w dłuższej perspektywie nie będzie można przejść obok niego obojętnie.

W TROSCE O RÓZNORODNOŚĆ

W kontekście diagnostyki medycznej trwa obecnie dyskusja ekspertów, czy w przypadku zastosowania mechanizmów sztucznej inteligencji pojawia się ryzyko wystąpienia ryzyka zjawiska „stronniczości” algorytmów (ang. algorithmic bias). Odnosi się ono do sytuacji, w której AI podejmuje decyzje w sposób nieobiektywny, faworyzując jedną

grupę kosztem innych. Może to wynikać z różnych powodów, takich jak niewystarczająco różnorodne dane treningowe lub błędne założenia podczas projektowania algorytmu. Stronniczość zazwyczaj prowadzi do niesprawiedliwych wyników i decyzji, które mogą negatywnie wpływać na niektóre grupy społeczne lub jednostki.

W przypadku diagnostyki medycznej ryzyko wystąpienia zjawiska stronniczości AI może wydawać się pomijalne, ale z pewnością nie jest zerowe. Jeżeli dane, na których trenowany jest model sztucznej inteligencji, nie są wystarczająco zróżnicowane i nie uwzględniają pełnej reprezentacji populacji (np. różnych ras, płci, grup wiekowych czy warunków socjoekonomicznych), algorytm może działać lepiej dla pewnych grup pacjentów, a gorzej dla innych. Na przykład systemy szkolone na danych pochodzących głównie od osób o jasnej karnacji mogą mieć trudności w diagnostyce chorób skóry u osób o jej ciemniejszym odcieniu. Istnieje też oczywiste ryzyko, że jeśli dane treningowe zawierają niewiele przypadków dotyczących rzadkich schorzeń lub objawów specyficznych dla pewnych grup pacjentów, AI może mieć trudności w ich identyfikacji.

Aby uniknąć stronniczości, która mogłaby zaszkodzić pacjentom, konieczne jest upewnienie się, że dostawca danego rozwiązania bazującego na sztucznej inteligencji uwzględnił te kwestie przy projektowaniu i wdrażaniu algorytmów oraz odpowiednio je skalibrował, aby zminimalizować błędne wyniki. Modele AI powinny być trenowane na danych pochodzących z różnorodnych grup pacjentów, uwzględniając różne rasy, płeć, wiek, regiony geograficzne i warunki zdrowotne. Tego typu systemy używane do diagnostyki medycznej powinny być też regularnie audytowane pod kątem ich dokładności i sprawiedliwości, szczególnie w odniesieniu do różnych grup pacjentów. ●

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

NOWE TECHNOLOGIE

Jesteśmy gotowi na sztuczną inteligencję

Rozmowa z **Łukaszem Sosnowskim**, partnerem operacyjnym Sieci Lekarzy Innowatorów przy Naczelnej Izbie Lekarskiej, odpowiedzialnym za propagowanie i wspieranie nielekowych innowacji związanych z nowoczesnymi technologiami i cyberbezpieczeństwem.

Czy polska branża ochrony zdrowia jest gotowa na przyjęcie rozwiązań wspierających diagnostykę z wykorzystaniem sztucznej inteligencji?

Jak najbardziej! Potwierdzają to badania, w tym przeprowadzone w ubiegłym roku przez Centrum e-Zdrowia. Jego autorzy podkreślają, że w wielu polskich szpitalach już wykorzystywane są rozwiązania wyposażone w mechanizmy sztucznej inteligencji wspierające przede wszystkim procesy diagnostyczne, w tym w szczególności obszar diagnostyki obrazowej. Tego typu zastosowania są obecnie najpopularniejsze na świecie, ale z wciąż pojawiają się kolejne, bardziej celowane, rozwiązujące wiele unikalnych problemów, z którymi borykają się lekarze i ich pacjenci. Wiele z nich jest obecnie w procesie certyfikacji jako wyroby medyczne.

Czy popularyzacja tych rozwiązań będzie miała miejsce w wyniku „pospolitego ruszenia”? Czy też raczej będzie konsekwencją naturalnego rozwoju sprzętu medycznego?

Takie pospolite ruszenie byłoby bardzo korzystne, ale mogłoby się zdarzyć tylko wtedy, gdyby pojawiło się systemowe wsparcie decydentów politycznych, a więc i dodatkowe budżety, w szczególności związane z możliwością refundacji z budżetu NFZ innowacyjnych, w tym wykorzystujących sztuczną inteligencję rozwiązań. Obecnie idziemy drugą ścieżką, czyli przez organiczne wdrażanie nowych rozwiązań lokalnie w pojedynczych jednostkach. Rozwiązania bazujące na AI to z punktu widzenia prawnego nowe



fot.: archiwum prywatne

▲ AI jest kolejnym narzędziem w rękach lekarza – uważa **Łukasz Sosnowski**

„urządzenia”. Nie wystarczy do obecnie posiadanego urządzenia np. rezonansu magnetycznego dodać nowe oprogramowanie. Zgodnie z europejską dyrektywą Medical Device Regulation takie rozwiązanie musiałoby przejść od nowa proces certyfikacji, udowodnić swoje bezpieczeństwo oraz dowieść zasadności klinicznej. Dlatego raczej należy spodziewać się pozyskiwania tego typu usprawnień wraz z nabywaniem nowego sprzętu.

Jak sytuacja wygląda pod względem prawnym?

Jeśli chodzi o ogólnie obowiązujące prawo, to brzmi ono tak, że lekarz w swoich działaniach

terapeutycznych powinien zawsze kierować się najlepszą możliwą wiedzą, medycyną opartą na faktach i najnowszymi metodami leczenia. Jeśli więc mamy dopuszczone do wykorzystania urządzenie medyczne, które przeszło proces badań klinicznych i uzyskało certyfikację, to dysponujący takim sprzętem lekarz ma wręcz obowiązek korzystania z jego zaawansowanych funkcji. Ale w tej kwestii jest jeszcze jedna ciekawostka. Naczelna Izba Lekarska jest jedną z pierwszych w Europie, która zdecydowała o wprowadzeniu wątku sztucznej inteligencji do zaktualizowanego w maju br. Kodeksu Etyki Lekarskiej. Zgodnie z artykułem 12. tego dokumentu, od początku przyszłego roku lekarz wykorzystujący bazujące na sztucznej inteligencji rozwiązanie do diagnostyki i terapii będzie miał obowiązek poinformować o tym pacjenta, ale też utrzymuje ostateczne prawo co do podjęcia decyzji odnośnie do dalszego procesu leczenia lub zastosowania innych metod diagnostycznych. AI jest obecnie kolejnym narzędziem w rękach lekarza, dzięki któremu pacjent może otrzymać dokładniejszą diagnozę i lepszą terapię. Obecność tej regulacji to bardzo dobry prognostyk dla branży, bowiem wypłynęła ona bezpośrednio ze środowiska lekarzy, co oznacza, że poważnie traktują oni kwestię rozwoju technologicznego jako wsparcia w codziennej pracy. ●

SAMORZĄD ZAWODOWY

Przemoc nie zawsze widać gołym okiem

Będziemy instruować lekarzy, jak rozpoznać, że ktoś doświadcza przemocy – mówi **Maja Kuźmicz**, psycholożka, absolwentka psychologii klinicznej SWPS, kierowniczka Niebieskiej Linii IPZ, w rozmowie z Lucyną Krysiak.

Jak często ofiarami przemocy stają się dzieci i młodzież?

Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę w 2022 r. przeprowadziła badania 2077 dzieci w wieku od 11 do 17 lat, 79 proc. z nich przynajmniej raz w swoim życiu doświadczyło przemocy. Dane z 2022 r. wskazują, że 52 proc. nieletnich zostało dotkniętych przemocą, 32 proc. doświadczyło jej ze strony bliskich dorosłych, 26 proc. wykorzystania seksualnego bez kontaktu fizycznego, 23 proc. zaniedbania emocjonalnego, 20 proc. parentyfikacji, a 14 proc. było świadkiem przemocy w domu.

Jakie są podstawy prawne regulujące rozpoznawanie i postępowanie w sytuacji podejrzenia przez personel medyczny, że doszło do przemocy wobec osoby nieletniej?

Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy domowej wraz z towarzyszącymi jej rozporządzeniami określa zasady dotyczące udziału przedstawicieli ochrony zdrowia w procedurze „Niebieskie Karty”, zespołach interdyscyplinarnych i grupach diagnostyczno-pomocowych. Określa także zadania nałożone na funkcjonariuszy policji, oświaty, gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych, pracowników socjalnych. Rozporządzenie instruuje, jak rozpocząć, prowadzić i kiedy zakończyć procedurę „Niebieskie Karty”. W sytuacji kiedy osoba, wobec której istnieje podejrzenie, że doznaje przemocy w rodzinie, zostanie przewieziona do podmiotu leczniczego, formularz zgłoszeniowy (czyli A) wypełnia przedstawiciel ochrony zdrowia. Powinno to nastąpić w obecności osoby, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą, a w sytuacji gdy ten kontakt jest niemożliwy, bez udziału tej



fot.: archiwum prywatne

▲ Szkolenia będą prowadzone zarówno online, jak i bezpośrednio – deklaruje Maja Kuźmicz

osoby. Szczegółowe informacje na ten temat znajdują się na stronie: <https://www.niebieskalinia.pl/aktualnosci/kompetencje-i-zadania-sluzb/ochrona-zdrowia>.

Dlaczego lekarze zgłaszają tak mało przypadków przemocy?

Myszę, że lekarze wciąż za mało wiedzą na ten temat, osoby doświadczone przemocy z różnych powodów maskują jej objawy, dlatego tych zgłoszeń jest nieadekwatnie mało w stosunku do liczby pokrzywdzonych. „Niebieska Karta” jest procedurą przeznaczoną właśnie do zgłaszania przemocy domowej. Służy jej rozpoznaniu, przerwaniu i wsparciu rodziny przez przedstawicieli wielu instytucji. Zaangażowani w tę procedurę mogą być: policjant, pracownik socjalny,

psycholog, pedagog, nauczyciel, lekarz itd., którzy często ze sobą współpracują i ta współpraca pokazuje, jak szeroko i głęboko sięgają konsekwencje przemocy w życiu człowieka nią dotkniętego, w jego funkcjonowaniu i psychice. Chcemy więc uczulić na ten problem wszystkie służby, a lekarzy w szczególności.

Co lekarze powinni wiedzieć na ten temat?

Powinni wiedzieć, jak często przemoc występuje w środowisku, z którego wywodzi się osoba pokrzywdzona, jakie są jej konsekwencje i że nie zawsze jej ślady są widoczne gołym okiem. W wyniku przemocy dzieci często zachowują się np. impulsywnie, mają problemy z koncentracją, czasem zgłaszają dolegliwości somatyczne, jak bóle brzucha, głowy, u podłoża których może leżeć doświadczanie przemocy domowej. Także dorośli nie zawsze dzielą się swoimi traumatycznymi przeżyciami. Bywa, że osoby te nie zdają sobie sprawy, w czym tkwią.

Czy w pojęciu „przemoc” zawiera się także molestowanie seksualne?

Oczywiście. Molestowanie czy wykorzystanie seksualne dotyczy sfery intymnej, seksualnej, ale wiąże się często z użyciem siły fizycznej i psychicznej, szantażu emocjonalnego, zastraszania czy fizycznego zmuszania.

Ministerstwo Sprawiedliwości wystosowało do Naczelnej Izby Lekarskiej pismo o konieczności edukacji lekarzy w zakresie rozpoznawania przemocy wobec dzieci. W odpowiedzi COBiK NIL podpisał porozumienie z Niebieską Linia, na mocy którego planowany jest cykl szkoleń. Jak daleko sięga ta współpraca?

Współpraca rozpoczęła się jeszcze przed podpisaniem porozumienia. Obecnie planujemy prowadzenie szkoleń w latach 2024-2027 zarówno online, jak i bezpośrednio. Będą one zawierały aspekt prawny i psychologiczny, bo najczęściej te dwa obszary wymagają wsparcia w przeciwdziałaniu przemocy. Będziemy instruować lekarzy, jak rozpoznać, że ktoś doświadcza przemocy, jak wesprzeć taką osobę, ale także jakie są ich obowiązki w tym zakresie, wynikające z przepisów prawa. ●

NIL NA SZYBKO

Problemy NFZ uderzają w lekarzy

Staramy się nagłośnić medialnie problemy finansowe NFZ, bo są one problemami nas wszystkich. Na łodzie zostają nasi pacjenci, a problemy finansowe szpitali odbijają się na personelu.

JAKUB KOSIKOWSKI
RZECZNIK NACZELNEJ IZBY
LEKARSKIEJ



Wobec propozycji zmian w rehabilitacji zarówno domowej, ambulatoryjnej, jak i szpitalnej NIL organizuje okrągły stół wszystkich zainteresowanych stron. Zdajemy sobie sprawę, że system ma problemy finansowe i z całej Polski docierają informacje o odwoływanych i przekładanych zabiegach czy wizytach. Ale ratowanie go nie może się odbywać kosztem pacjentów. A takie zarzuty dotyczące zmian w rehabilitacji wysuwają lekarze. Zmiany te spowodują wypadnięcie z systemu pacjentów, a już teraz dostęp do rehabilitacji „na NFZ” jest najczęściej sprzeczny z EBM, jeśli chodzi o czas od wypadku, zabiegu lub choroby do rozpoczęcia usprawniania. Nie tędy droga.

W nawiązaniu do poprzedniego – z dnia na dzień pojawia się coraz więcej doniesień o problemach z dostępem do leczenia, spowodowanych przez problemy finansowe NFZ. Pojawiły się pierwsze sprawy lekarzy, którzy ze względu na brak wypłaty szpitalowi przez płatnika sami nie otrzymali zapłaty za wykonane przez

nich usługi. W każdej takiej sytuacji zgłoszcie się ze swoją umową kontraktową i fakturami do swojej okręgowej izby lekarskiej po pomoc prawną w uzyskaniu należności.

Staramy się nagłośnić medialnie problemy finansowe NFZ, bo są one problemami nas wszystkich. Po pierwsze na łodzie zostają nasi pacjenci, po drugie problemy finansowe szpitali odbijają się na personelu. Jeśli macie przykłady odwoływanych u was zabiegów, wizyt w poradniach czy wstrzymania naborów do programów lekowych – chętnie zainteresujemy tym media. Możecie zgłaszać je na jakub.kosikowski@nil.org.pl. Gwarantujemy anonimowość zgłoszeń.

Wspieramy również kampanię społeczną #odwołujnieblokuje mającą na celu uczulenie pacjentów na problem nieodwoływania wizyt w poradniach. Powoduje to istotne wydłużenie kolejek, a lekarze mają przez to „puste przebiegi”. Niestety, wprowadzenie e-rejestracji, która miała w dużej mierze rozwiązać ten problem, nadal jest odsuwane w czasie. •

O TYM SIĘ MÓWI

Okrągły Stół dla Rehabilitacji

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Łukasz Jankowski wraz z Rafałem Sapułą, prezesem Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji, wspólną decyzją powołali Okrągły Stół dla Rehabilitacji Medycznej z udziałem przedstawicieli lekarzy, fizjoterapeutów i grup pacjentów. Wspólna inicjatywa NIL i PTR to odpowiedź na planowanie przez MZ zmiany w obszarze opieki rehabilitacyjnej. – Z niepokojem obserwujemy kolejne próby ograniczenia dostępności pacjentów do wykwalifikowanej formy opieki i nieskoordynowane pomysły na poprawę sytuacji, które mogą odbić się negatywnie na stanie zdrowia Polaków. Stąd pomysł na zebranie w NIL wszystkich interesariuszy i stworzenie mapy drogowej dobrych zmian dla rehabilitacji – podkreślał po spotkaniu Łukasz Jankowski.

AI w zawodzie lekarza

Podczas posiedzenia sejmowych komisji Cyfryzacji i Zdrowia Łukasz Jankowski przedstawił działania NRL związane z upowszechnianiem e-zdrowia oraz wprowadzeniem zapisów do znowelizowanego w tym roku Kodeksu Etyki Lekarskiej, które dotyczą sztucznej inteligencji. – Nasze środowisko pochodzi z dużym entuzjazmem do nowości technologicznych i do sztucznej inteligencji, ale jednocześnie z odpowiedzialnością. (...) Od 1 stycznia 2025 r. każdy lekarz w Polsce, który użyje algorytmu sztucznej inteligencji i nie poinformuje pacjenta o tym fakcie, może podlegać odpowiedzialności dyscyplinarnej – poinformował prezes NRL.

Rada ds. Rozwoju Stomatologii

Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej oraz przewodniczący Komisji Stomatologicznej NRL Paweł Barucha ponownie objął przewodnictwo w Radzie ds. Rozwoju Stomatologii. Ta zmiana następuje, po tym gdy Radą kierowało Ministerstwo Zdrowia, co niestety spowodowało brak aktywności Rady oraz niewielką liczbę podejmowanych

inicjatyw – ostatnie posiedzenie odbyło się 19 kwietnia 2024 r. Wiceprezes Barucha jest przekonany, iż nowa kadencja przyniesie większą dynamikę w działaniach Rady: – Wierzę, że Rada znowu stanie się miejscem intensywnej pracy na rzecz rozwoju stomatologii w Polsce. Będziemy organizować spotkania systematycznie, a nasza współpraca z nowymi konsultantami krajowymi oraz przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia na pewno przyniesie korzystne efekty.

Postulat NRL spełniony

Minister zdrowia spełniła kolejny postulat samorządu lekarskiego dotyczący konieczności podjęcia starań zwiększających dostępność znieczuleń podczas porodów naturalnych w polskich szpitalach. Z początkiem lipca w ramach rozporządzenia prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wprowadzono premie finansowe dla placówek, które podniosą odsetek zastosowań znieczuleń zewnątrzoponowych lub podpajęczynówkowych w ogólnej liczbie porodów naturalnych.

Odwołuję, nie blokuję

W siedzibie Ministerstwa Zdrowia odbyła się konferencja dotycząca rozpoczęcia 3. edycji kampanii „Odwołuję, nie blokuję”, której partnerem merytorycznym jest Naczelna Izba Lekarska. Kampania ma na celu nie tylko zwiększenie świadomości społecznej na temat konsekwencji nieodwoływania wizyt i promowanie kultury odpowiedzialnego korzystania z usług medycznych, ale także szukanie narzędzi i rozwiązań, które pomogą placówkom zarządzać tym procesem, a pacjentom ułatwić kontakt i poinformowanie o planowanej absencji.

Forum Bezpieczeństwa Pacjenta

Dr Grzegorz Wrona, sekretarz Naczelnej Rady Lekarskiej, podczas konferencji przedstawił prezentację

pn. „Rola Naczelnej Rady Lekarskiej w zapewnieniu bezpieczeństwa w ochronie zdrowia”. (...) Dr Wrona podkreślił, iż nowym problemem, przed którym obecnie stają lekarze, jest także działalność automatów receptowych, a dokładniej widoczny brak kontroli nad tzw. receptomatami, co już dziś wpływa negatywnie na bezpieczeństwo pacjenta. Proceder ten sprzyja licznym przekroczeniom uprawnień, dezinformacji i w dłuższej perspektywie grozi obniżeniem zaufania społecznego do kompetencji lekarzy.

MÓWIĄ O NAS

Kryzys ochrony zdrowia

Na antenie Polsatu prezes Naczelnej Rady Lekarskiej mówił o postawie rządzących wobec nawarstwiających się problemów systemu ochrony zdrowia. – My, niestety, i to smutna konstatacja, przyzwyczailiśmy się już do mówienia rządzących, że wszystko jest OK. Nawet po pandemii koronawirusa słyszeliśmy, że system suchą stopą przeszedł przez tę dramatyczną sytuację. Nie przeszedł i teraz też nie przejdzie. To odbija się na konkretnych pacjentach, którzy dzisiaj mają prawo być zdenerwowani. (...) A tę złość, myślę, powinni kierować w kierunku rządzących, którzy ochrony zdrowia nie postawili na pierwszym miejscu, jako priorytet – podkreślał Łukasz Jankowski.

Problemy z finansowaniem

Obrakach środków finansowych w ochronie zdrowia z telewizją Polsat rozmawiał Klaudiusz Komor. – Niestety, jest to efekt tego, że w poprzednich latach wydawano bardzo dużo na nadwykonania i jednocześnie przeniesiono do Funduszu Zdrowia pewne wydatki, które były wcześniej pokrywane z budżetu państwa. (...) Może się, niestety, okazać, że ostatecznie będą to jeszcze

większe kwoty, dlatego naszym zdaniem należy już teraz reagować, i o to właśnie apelujemy do Ministerstwa i wyrażamy w tej sprawie niepokój w naszym stanowisku – zaznaczył wiceprezes NRL.

Przyszłość samorządu

Dla serwisu PulsMedycyny.pl wiceprezes Mateusz Kowalczyk mówił o wyzwaniach stojących przed samorządem lekarskim. – Myślę, że powinniśmy się skupić na dwóch wyzwaniach związanych ze sztuczną inteligencją i nowinkami technologicznymi. Rolą samorządu na szczeblu centralnym jest tworzenie standardów ich wykorzystania. (...) Drugim wyzwaniem jest jakość kształcenia. Od dawna się z tym borykamy. Duże zakusy były poczynione, żeby obniżyć wymogi, które należy spełnić, żeby móc otworzyć kierunek lekarski. W naszym przypadku jakość kształcenia lekarzy przegrała z interesem politycznym, bo to „fajnie” mieć u siebie wydział lekarski. (...) Zgłaszają się już do nas osoby, które czują się przez takie uczelnie pokrzywdzone – mówił wiceszef NRL.

Koszty w stomatologii

Portal MyCopanyPolska.pl przetoczył z kolei słowa Pawła Baruchy, wiceprezesa NRL i przewodniczącego Komisji Stomatologicznej NRL, dotyczące wysokich kosztów utrzymania praktyk stomatologicznych, które przekładają się na ceny usług. – Koszty utrzymania praktyk stomatologicznych drastycznie wzrosły w ostatnich trzech latach. Tak samo ma się sytuacja ze wszelkimi usługami, nie tylko medycznymi. Otwarcie, utrzymanie i rozwój gabinetu stomatologicznego kosztują. Na cenę wyleczonego zęba ma wpływ masa składowych czynników. Pacjenci nie mają tej świadomości. Dostrzegają jedynie ostatnie 30 min pracy przy leczeniu – wskazywał Paweł Barucha. ●

Listopadowe szkolenia w Ośrodku Kształcenia Naczelnej Izby Lekarskiej!

38 szkoleń w tym:

35 on-line

3 warsztaty
stacjonarne**Szkolenia z Partnerami:**

- 04.11.2024** I część cyklu: Budowanie relacji i perspektywa pacjenta
- 04.11.2024** Leczenie bólu u chorych po przebyciu choroby nowotworowej
- 05.11.2024** Wytyczne do programów pilotażowych - AOTMiT - przygotowanie i ewaluacja
- 06.11.2024** II część cyklu: Zbieranie i przekazywanie informacji
- 06.11.2024** Przeznaczyniowe/małoinwazyjne interwencje w niewydolności serca
- 07.11.2024** III część cyklu: Zalecenia, których pacjent będzie przestrzegał - motywowanie
- 07.11.2024** Nowe kryteria refundacyjne: jak teraz rozpoczynać insulinoterapię?
- 08.11.2024** IV część cyklu: Wyzwania komunikacyjne i radzenie sobie z oczekiwaniami pacjenta
- 13.11.2024** Co nowego w zaleceniach Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości?
- 15.11.2024** Budowanie relacji z pacjentem w opiece medycznej na odległość
- 18.11.2024** Zespoły bólowe kończyny górnej
- 21.11.2024** Pedofilia- diagnostyka i postępowanie
- 25.11.2024** Miejsce badania patomorfologicznego w diagnostyce chorób piersi
- 26.11.2024** EEG w powikłaniach poszczepiennych. Neuropatie wrodzone.

Wypracowaliśmy nowy termin trzydniowego weekendowego szkolenia "Radzenie sobie z lękiem, stresem i budowanie odporności psychicznej" które odbędzie się **15-17 listopada!**

Zapraszamy do zapisu!

Szkolenia skierowane dla stomatologów:

- 08.11.2024** Ochrona radiologiczna pacjenta - zakres LST
- 27.11.2024** Opieka stomatologiczna nad dziećmi z przewlekłymi schorzeniami
- 10.12.2024** Jak pracować materiałami adhezyjnymi „w ogóle i w szczególe”

19.11.2024 Rozpoznawanie i przeciwdziałanie przemocy wobec dzieci: procedury i rola lekarza w systemie przeciwdziałania przemocy domowej

23.11.2024 Zasady wystawiania zwolnień lekarskich. Kontrola zwolnień lekarskich ZUS ZL

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

Zapisy na szkolenia:

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



szkolenia@nil.org.pl



(22) 559 13 00 wew. 507



EPIKRYZA (142)

Noce i dnie

Powinienem wyjść z teatralnych ram i przestać ukrywać się za kulisami spektakli. Opowiadanie o problemach stanu lekarskiego poprzez pryzmat dramaturgii scenicznej jest urocze i tajemnicze, ale nie zawsze pozwala na jednoznaczne odczytanie intencji recenzenta. Gdy ważenie słów staje się bohaterstwem i tchórzostwem jednocześnie, trzeba wybrać między nocą a dniem.

Sezon 2024/25 upłynie w wielu izbach pod hasłami jubileuszowych wypominek. Trzy i pół dekady temu, w listopadowe dni, odbywały się w całej Polsce wybory delegatów na okręgowe zjazdy lekarzy. Historia tamtych wydarzeń jest coraz bardziej prześwietlona i wyidealizowana, ale niezaprzeczalnym faktem pozostaje osiągnięcie wielopokoleniowego celu odrodzenia samorządności zawodów lekarskich. Z biegiem lat wypełnianie szczytnych idei codziennością dla jednych stało się niezrozumiałą biurokracją, a dla innych elitarnym korporacjonizmem. Oczekiwania tysięcy lekarzy i lekarzy dentyków wobec izbowych zadań były, są i zapewne będą tak skrajnie różne, że w praktyce trudno znaleźć wspólny mianownik. I tylko zasady etyczne, przynajmniej w sferze werbalnej, nadal bardziej nas łączą, niż dzieli, choć głos o ich archaiczności odbijał się echem w kuluarach debaty kodyfikacyjnej.

Maria Dąbrowska, pisząc „Noce i dnie”, nie przypuszczała nawet, że powszechną znajomość powieści zawdzięczać będzie filmowej realizacji Jerzego Antczaka. Z kolei reżyser uważał, że jego dzieło ma szansę przetrwać w świadomości widza nie dłużej niż... siedem lat. Przestrześlił o tyle, że w przyszłym roku minie pół wieku od premiery, a oglądalność nadal ma się dobrze. Tym niemniej przekaz zaczął się najprawdopodobniej pokrywać kurzem, o czym świadczy pomysł inscenizacji Michała Siegoczyńskiego w toruńskim Teatrze Horzycy. Saga rodu Niechciców została zaopatrzona przez dramaturga nowej odsłony w powszechnie używany zasób słów wulgarnych, podkreślających emocjonalne rozterki bohaterów i podkreślających gwałtowne reakcje publiczności. Całość wypada nawet niezłe, groteskowo i z dystansem, poza tym że zastanawiający jest cel, jaki realizatorzy chcieli osiągnąć.

JAROSŁAW WANECKI
PEDIATRA, FELIETONISTA



Ustawom o izbach lekarskich z 1989 i 2009 r. daleko do prozy Marii Dąbrowskiej, chociaż niejedną noc i niejeden dzień poświęcono na czytelowanie każdego artykułu. Precyzyjnie cele i narzędzia ich realizacji, struktura organów, kompetencje i role rozpisane na podpunkty nie nadają się raczej do filmowej ekranizacji. Rozmowa o odpowiedzialności zawodowej nie porywa medycznych mas. Stąd pewnie zaangażowanie na poziomie kilkunastu procent i pytanie o izbowe korzyści w dzień gabinetowej pracy i dyżurową noc. Stąd nieustanne wypatrywanie liderów na miarę mglistych oczekiwań i autorytetów, których nie podrywają złe języki, naucone słów wulgarnych.

W ciągu kilku tygodni Krajowa Komisja Wyborcza ogłosi kalendarz, zgodnie z którym po raz dziesiąty wybierzemy delegatów na okręgowe zjazdy lekarzy. Preferowana forma głosowania elektronicznego, dostępnego z poziomu telefonu komórkowego w dzień i w nocy, nie pozostawi tym razem żadnych złudzeń o powszechnym lub marginalnym zaangażowaniu w sprawy samorządowe. To będzie nie tylko test techniczno-informacyjny, ale także plebiscyt nad dalszymi losami sagi lekarzy i lekarzy dentyków, złączonej wspólnym mianownikiem ustaw, zasad etyki i zakurzonej tradycji. Frekwencja będzie znana po jednym kliknięciu

operatora systemu wyborczego. Frekwencja zdecyduje o owacji lub kapitulacji, pokazując siłę reprezentantów lub zawiedzione nadzieje głosujących, lub, co najgorsze, niezrozumienie celów. Frekwencja stanie się zatem kartą przetargową. Izbowym być albo nie być.

Sezon 2024/25 zapowiada się więc pasjonująco. Wzmożenie wszelkiej maści konferencji naukowych, koncertów, jakich jeszcze nie było, aktów strzelistych, wydawnictw specjalnych, nagród za całokształt, prezentów dla seniorów, zabaw dziecięcych, ubezpieczeń darmowych i porad prawnych z minuty na minutę. Afisz, jakiego do tej pory nie było. „Nim noc dojrzeje, ktoś wygra los, ktoś porzuci nas...”.

W pierwszym akcie „Nocy i dni” w Teatrze Horzycy widzowie poznawali nowy język, którym mówili Barbara i Bogumił Niechcicowie. W drugim przyzwyczajali się do pokoleniowej zmiany i odważnej interpretacji tekstu. W trzecim rozczulili się przy słowach małżeńskiej przysięgi: „i ze Cię nie opuszczę, aż do śmierci”. Potem wstali do owacji i mimo modnych w sztuce współczesnej rozwiązań utrzymali dużą frekwencję do samego końca. „Aż po noc”.

Maria Dąbrowska „Noce i dnie”, reż. Michał Siegoczyński, Teatr Horzycy, premiera 1 kwietnia 2022



fot.: Pascal Geertschen

◀ Z alpejskich destynacji
najbliżej mamy do Austrii

PO GODZINACH – PODRÓŻE

TOP 5 na początek sezonu narciarskiego

FILIP GAWRYŚ

Najwyższe lodowce w Europie w zimowej scenerii czy łagodniejszy klimat nad Morzem Śródziemnym? Niezależnie od wyboru zima w nadchodzącym sezonie zapowiada się wyjątkowo.

Po wrześniowych opadach śniegu większość lodowcowych stacji w Europie jest już otwarta, a te niżej położone planują start na przełomie listopada i grudnia. Oto kilka propozycji, jak bezpiecznie i ciekawie rozpocząć nadchodzący sezon narciarski.

ZERMATT/CERVINIA: NA DACHU EUROPY

Tę górę i jej charakterystyczny kształt znają chyba wszyscy – to szwajcarski Matterhorn (4478 m n.p.m.). Jego majestatyczny, trójkątny wierzchołek to jeden ze znaków firmowych Szwajcarii. Jego sąsiadami są inne wielkie czterotysięczniki – Monte Rosa, Dom, Lyskamm i Wiesshorn. Wszystkie tworzą największy i najwyższy położony w Europie lodowcowy teren narciarski, którego dwoma centrami

są miasteczka Zermatt (po stronie szwajcarskiej) i Breuil-Cervinia po stronie włoskiej.

Sezon narciarski trwa tu cały rok (najwyżej położony wyciąg pod Klein Matterhornem sięga niemal 3900 m n.p.m.). Głównym punktem po stronie szwajcarskiej jest urokliwe miasteczko Zermatt, leżące na wysokości 2000 m. To istny tygiel – na deptakach mieszą się Szwajcarzy, Anglicy, Włosi i Holendrzy, a wiekowe chaty stoją obok nowoczesnych luksusowych apartamentów. Wszystko to w trybie eko, ponieważ w Zermatt zabroniona jest jazda samochodem. Poruszamy się tu pieszo, konno, rowerami lub na nartach.

Zermatt/Cervinia to chyba największa perła na narciarskiej mapie

Europy. To niemal 400 kilometrów tras w dwóch krajach, połączonych systemem wyciągów, pociągów, podziemnych pociągów i gondoli. Wybierając tzw. international skipass, możemy korzystać z tego dobrodziejstwa w obydwu krajach – Włoszech i Szwajcarii.

Lodowce wokół Zermatt i Cervinii są wymagające. Ponad połowa tras jest przeznaczona dla zaawansowanych narciarzy, są też prawdziwie czarne nartostrady dla ekspertów. Najdłuższa trasa spod szczytu Matterhornu do Zermatt liczy prawie 25 kilometrów.

SÖLDEN: U JAMESA BONDA

Przenosimy się do Austrii, do najbardziej „lodowcowego” kraju związkowego: Tyrolu. W dolinie Ötztal sezon otworzymy już w listopadzie w bodaj najbardziej znanym ośrodku lodowcowym w Sölden. To tutaj w październiku każdego roku rozpoczyna się alpejski Puchar Świata, tutaj też mają miejsce wielkie śnieżne spektakle, jak choćby Hannibal.

Ten imponujący region narciarski wieńczy dwa lodowce – Rettenbach i Tiefenbach. Liczby mówią same za siebie – Sölden to ponad 150 kilometrów tras narciarskich różnej trudności, 800 centymetrów średniorocznego opadu śniegu, 2000 metrów różnicy wzniesień, niemal 40 kolejek górskich i wyciągów. Całość terenu narciarskiego rozciąga się wokół trzech szczytów, tzw. Big 3 – Gaislachkogel (3058 m), Tiefenbachkogel (3250 m) i Schwarze Schneid (3340 m), które wszystkie możemy odwiedzić tego samego dnia.

Specjalną atrakcją znajdą miłośnicy Jamesa Bonda. To tu kręcony był film „Spectre” z Danielem Craigiem w roli głównej. Warto odwiedzić znane z filmu lokacje, w tym wybrać się na kawę do charakterystycznej, minimalistycznej restauracji Ice Q i odwiedzić specjalną, wybudowaną na zboczu góry instalację Elements 007.

Samo Sölden znane jest ze swojej rozrywkowej atmosfery. Mnóstwo tu nocnych klubów, restauracji i kafejek, a wieczorne imprezy kończą się czasem nad ranem. Na tych, którzy chcą odpocząć po nartach, czekają

► *Sellaronda to największa karuzela narciarska w Europie*



fot.: IDM Südtirol-Alto Adige/Alex Filz

◀ *Matterhorn: najsłynniejsza góra i symbol Szwajcarii*



► *Alta Badia oferuje zróżnicowaną sieć tras i ekscytującą ofertę gastronomiczną*

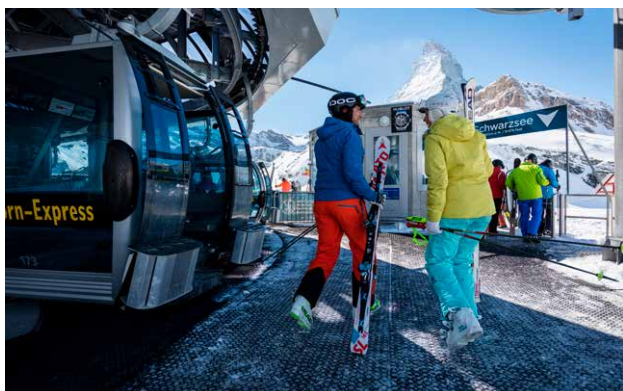
fot.: IDM Südtirol-Alto Adige/Alex Moling

◀ *Szusowanie na nartach: sztuka, przyjemność i sportowa pasja*



fot.: Pascal Gertschen

fot.: Pascal Gertschen





◀ Grenada z Alhambrą to nie tylko okazja do zwiedzania, ale i wypadu na narty

fot.:mat. pras.

▼ W Tyrolu można liczyć na doskonałe warunki narciarskie



fot.:Stefan Eisend

► Heliskiing – ekstremalna dyscyplina, tylko dla odważnych



fot.:mat. pras.

► St. Johann jest bardzo przyjaznym terenem dla rodzin



fot.:R. Staudinger

► Sölden to ponad 150 kilometrów tras narciarskich różnej trudności

wyjątkowe spa i termy w odległej o kilka kilometrów miejscowości Längenfeld – w charakterystycznych kielichach możemy pomóc się w słonej (!) wodzie, skorzystać z zewnętrznych saun czy masaży.

KITZBÜHEL: Z GIGANTEM W TLE

Kitzbühel, miejscowość leżąca w Alpach Kitzbuhelskich w Tyrolu, to jeden z austriackich ośrodków narciarskich, które śmiało można zakwalifikować do narciarskiej ekstraklasy w tym kraju. Jest słynna nie tylko ze względu na doskonałe warunki narciarskie – sezon rozpoczyna się tutaj w połowie listopada – ale też przepiękną górską architekturą. To tutaj co roku odbywa się najsłynniejszy i najbardziej emocjonujący zjazd Die Streif, a na jego trasie zawsze walczyli i walczą najznakomitsi alpejczycy. W tym sezonie Die Streif odbędzie się w trzeciej dekadzie stycznia 2025 r. Wtedy miasteczko zamienia się w narciarski kocioł, w którym celebryci mieszają się z dziennikarzami, politykami i gwiazdami narciarstwa alpejskiego. A wszystko wśród znanych butików, choćby Hugo Boss czy Louis Vuitton.

W Die Streif zawodnicy startują z 1665 m n.p.m., a meta znajduje się w środku miasteczka. Trasa miejscami ma nachylenie prawie 85 proc., a zjazdowcy wykonują niekiedy skoki sięgające 80 metrów! Po zawodach, gdy już wyjadą stąd zawodnicy i kilkadziesiąt tysięcy kibiców, doświadczeni narciarze mogą na tej trasie spróbować własnych sił.

Kitzbühel to prawie 180 kilometrów tras narciarskich o wszelkich poziomach trudności, z czego prawie 25 km to wymiennie przygotowane czarne trasy, a ponad 30 km – doskonałe off-piste. To także prawie 60 kolejek gondolowych i wyciągów wywożących narciarzy na wysokość ponad 2000 m n.p.m.

ALTA BADIA/MARMOLADA: W CIENIU LODOWCA

Któż nie kocha Dolomitów i włoskiej kuchni? Właśnie dlatego warto rozpocząć sezon narciarski na włoskim lodowcu o wdzięcznej nazwie Marmolada i w połączonym z nim regionie o wyjątkowym uroku, czyli w Alta Badia.

Alta Badia to część najsłynniejszej huśtawki narciarskiej w Europie – Sella Ronda, rozciągającej się wokół masywu Piz Boè i znajdującej się w swojej zdecydowanej części we włoskim Tyrolu Południowym.



foto: Rudi Wyhřidal

Sezon w Badii rozpoczyna się na początku grudnia. Stoki są tutaj przyjemnie szerokie, dominują trasy niebieskie, co sprawia, że to idealne miejsce na początek przygody z nartami. W Badii mamy do dyspozycji 130 kilometrów tras, z czego ponad 50 kilometrów to trasy czerwone, jest też kilka trudnych, czarnych. Jeśli się jednak znudzimy, o co będzie trudno, możemy wyciągami wyjechać na masyw Sella Ronda lub pojeździć na lodowcu Marmolada, z którego rozpościera się niesamowity widok na włoskie Dolomity.

Oprócz nart atmosferę regionu Alta Badia tworzą ciche i urokliwe miasteczka, jak choćby La Villa czy Badia. Kuchnia jest wybitna, a jeszcze wybitniejsze są serwowane tu południowotyrolskie wina, jak biały gewürtztraminer czy czerwony lagrain.

Narciarska Badia to także bardzo popularny kierunek wśród różnej maści celebrytów. Bywał tutaj Tom Cruise, jak również gwiazdy amerykańskiego popu, np. Rihanna.

SIERRA NEVADA: Z WIDOKIEM NA AFRYKĘ

Na koniec zapraszam w nieco łagodniejsze klimaty Andaluzji, na narty – a jakże – w hiszpańskim masywie Sierra Nevada leżącym tuż nad Morzem Śródziemnym. To propozycja dla tych, którzy chcą otworzyć sezon narciarski nieco później, koło 5 grudnia, a jednocześnie skorzystać z szalonej oferty tego regionu... wykąpać się w morzu.

Centralny punkt Sierry Nevada to stacja Pradollano (2100 m n.p.m.). Najwyższe stacje to z kolei

Veleta (3398 m n.p.m.) oraz Laguna de Las Yeguas (3300 m n.p.m.), skąd możemy przy dobrej pogodzie zobaczyć mieniące się w oddali Morze Śródziemne i marokańskie wybrzeże. Tereny narciarskie Sierry to około 100 kilometrów przygotowywanych tras oraz drugie tyle udostępnianych do jazdy off-piste. Sezon rozpoczyna się tu na początku grudnia, trwa do początku maja. Do dyspozycji mamy ponad 30 wyciągów, m.in. dwie gondole oraz 15 krzesełek. Warto wspomnieć, że Sierra to kurort z jedną z największych liczb dni słonecznych w roku: średnio 330!

Pradollano to miasteczko z duszą – mieszają się tutaj Hiszpanie, Anglicy i Skandynawowie, a dziecięsi barów tapas tętnią życiem do późnej nocy.

Wypad na narty do Sierra Nevada to także okazja do pozatrasowych przyjemności. U stóp Sierry leży wpisane na listę dziedzictwa kulturowego UNESCO miasto Grenada. Tutaj punktem obowiązkowym będzie popołudniowe zwiedzanie pałacu Alhambra i flamenco w skalnych grotach. Warto też wybrać się do dwóch nadmorskich miasteczek: Motril i Almuñécar. W pierwszym zwiedzimy zamek Castillo de Salobreña z X wieku, w drugim fragmenty działających od czasów rzymskich aż do dziś akweduktów. W obu tuż nad brzegiem morza zjemy świeże owoce morza. Z widokiem na Sierra Nevada. ●

Autor jest dziennikarzem polskiej edycji magazynu „Business Traveler” i autorem hobbyistycznego bloga skibook.pl

PO GODZINACH – BŁĄD MALARSKI

Za kulisami

Uniesione krynoliny, pierzaste kapelusze i roztańczone nogi to sama esencja paryskiej belle époque, którą na swoich plakatach i obrazach dokumentował Henri Toulouse-Lautrec. Jego portrety prostytutek i kurtyzan, oddane w śmiałych kolorach i falistych liniach, wciągają widza w życie bohemy z Montmartre’u. Tu się bawi, tu się pije, tu muzyka gra.



Obraz: Henri Toulouse-Lautrec, „Rue des Moullins, Inspekcja medyczna”, 1894 r.

Ale jest też Toulouse-Lautrec, który odkrywa, co się dzieje za kulisami. Gdy już opadnie kurtyna po spektaklu, a drzwi zamkną się za ostatnim klientem. Malarz patrzy uważnie na życie paryskich tancerek i kurtyzan, zapisując ich codzienność w obrazach mniej hałaśliwych, ale nie mniej przejmujących. Tak jest w przypadku „Inspekcji medycznej”.

Gdyby nie tytuł obrazu dający kontekst całej scenie, trudno byłoby się domyśleć, że jesteśmy świadkami wizyty lekarskiej przy jednej z ulic Paryża, która zyskała sławę dzięki usytuowanym przy niej licznym kabaretom i domom publicznym. Dwie kobiety stoją w bliżej nieokreślonym wnętrzu – jedna za drugą. Uniosły ubrania, odsłaniając nogi, biodra i pośladki. Czekają na kontrolę lekarską, której w tym czasie poddawano zarejestrowane prostytutki nawet dwa razy w tygodniu.

AGATA MORKA
DOKTOR HISTORII SZTUKI



Pod koniec XIX wieku w Paryżu funkcjonowało ponad dwieście legalnych domów uciech, a regularne sprawdzanie stanu zdrowia ich personelu było obowiązkowe.

Lautrec zaprasza nas do uczestniczenia i w tym aspekcie życia kobiet z ulicy Młynów. W chwili pozbawionej splendoru, bez

szminki i muzyki. Tego Toulouse-Lautreca lubię chyba jeszcze bardziej: patrząc na te wyciszone sceny, widz zastanawia się nad historiami portretowanych kobiet. Tu, za kulisami, naprawdę się żyje, tu je się wspólne posiłki, tu myje się ciała po całym dniu pracy. Tu też chodzi się do lekarza. ●

Rozwiązanie zagadki z „GL” 10/2024

Szczegóły różniące obrazy:

1. Dodanie pacjentowi czapki marynarskiej.

Według jednej z interpretacji obrazu przedstawiony na nim pacjent miał być emerytowanym marynarzem, stąd obecność marynarskiej czapki nie byłaby nieuzasadniona.

2. Odjęcie wąsów pacjentowi.

Pacjent jest podobny do samego Lamberta, który nosił okazałych rozmiarów wąsy. To podobieństwo kazało niektórym badaczom interpretować ten obraz jako autoportret.

3. Dodanie jaskrawej czerwonej linii po lewej stronie ciała pacjenta, wzdłuż torsu.

Lambert używa czerwieni dwukrotnie: raz – by zaznaczyć usta pacjenta, i drugi raz, by zaznaczyć małżowinę uszną doktora.

4. Dodanie stetoskopu wiszącego wokół szyi doktora.

Mimo że stetoskop wynaleziono już w XIX w., osłuchiwanie pacjenta bez tego przyrządu było nadal szeroko praktykowane na początku XX w., z którego to okresu pochodzi obraz Lamberta.



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

WSKAŹ ORYGINAŁ I ZNAJDŹ CZTERY SZCZEGÓŁY RÓŻNIĄCE OBRAZY.

Odpowiedź prześlij na bladmalarski@gazetalekarska.pl do 17 listopada 2024 r. W temacie maila należy wpisać GL06 oraz podać dane do kontaktu (imię i nazwisko, adres, telefon). Jedna osoba może przesłać jedną odpowiedź.

NAGRODZENI „GL” 10/2024

Voucher do Hotelu Prezydent **** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje Natalia Bogusz (Dąbków). Gratulujemy!

Nagrody dodatkowe: Anna Dzieciatkowska (Turek), Janusz Hernik (Zielona Góra), Dorota Knychas (Warszawa)

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 przeniesienia danych; 6) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.

Regulamin konkursu na www.gazetalekarska.pl

PO GODZINACH – KALEJDOSKOP KULTURALNY



fot.: archiwum prywatne

◀ Laureaci XV Ogólnopolskiego Konkursu Poetycko-Prozatorskiego „Puls Słowa”

Puls słowa już po raz piętnasty!

Między 11 a 13 października odbyła się kolejna odsłona Warszawskiej Jesieni Poezji pod patronatem Związku Literatów Polskich. W barwnej aranżacji Domu Literatury przy Krakowskim Przedmieściu odbyły się liczne spotkania literackie. Sobotnie popołudnie oddane zostało medykom. Ogłoszono wyniki XV Ogólnopolskiego Konkursu Poetycko-Prozatorskiego „Puls Słowa” dla lekarzy i lekarzy dentystów.

Jury pod przewodnictwem prezesa ZLP Marka Wawrzekiewicza przyznało nagrody. W kategorii poezja: pierwsze miejsce – Bolesław Sawicki, drugie – Witold Kopeć, trzecie – Ewa Gluza, wyróżnienie otrzymała Joanna Czajkowska-Ślasko, a wyróżnienie drukiem – Anna Pituch-Noworolska. W kategorii proza: pierwsze miejsce przypadło Katarzynie Wierzbickiej, drugie – Agnieszce Kani, a trzecie Monice Szymczakowskiej. Po wręczeniu nagród odbył się koncert

poetycko-muzyczny „Molekuły wrażliwości 7”, podczas którego aktorzy Iwona Rulewicz i Maciej Zuchowicz czytali nagrodzone prace, a o oprawę muzyczną zadbał Sławomir Korsan. Po przerwie uczestnicy wysłuchali koncertu zespołu Kisieleński Trio.

Wydarzeniom towarzyszyły wystawy: „Fotodiagnoza Warszawy” i „Wzajemne inspiracje” – prace lekarki malarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie. Szczególne podziękowania za organizację należą się Waldemarowi Hładkiemu i Majce Żywickiej-Luckner z Unii Polskich Pisarzy Lekarzy oraz Bożenie Hoffman-Golańskiej z Komisji Kultury warszawskiej OIL. Do zobaczenia za rok. ●

Szczecińska Gloria

Od wielu lat w środowisku polskich chórów lekarskich rozmawiamy o tworzeniu projektów muzycznych, które można byłoby wykonywać w różnych miejscach. I stało się. Druga odsłona tournée trzech zespołów, odbyła się 12 października w szczecińskim Kościele św. Jana Ewangelisty.

Wielobarwny tłum słuchaczy wysłuchał ekspresyjną „Glorię” Antonio Vivaldiego. Za pulpitem dyrygenckim stanął Ryszard Handke, a solistkami były śpiewające laryngolożki: Hanna Zajączkiewicz (sopran) i Ewelina Sielska-Badurek (mezzosopran). Dwunastoczęściowe dzieło wykonały wraz ze szczecińską Orkiestrą Kameralną Akademii Sztuki i BalticNeopolis chóry lekarskie:

gdański, „Remedium” ze Szczecina i „Medici pro Musica” z Olsztyna. W pierwszej części zespoły zaprezentowały krótki program indywidualny a capella.

Koncert był współfinansowany przez Ośrodek Kultury i Dziedzictwa Historycznego NIL. Zakończenie projektu odbędzie się 7 grudnia w Olsztynie. ●



fot.: archiwum prywatne

„Dumka” Polskiej Orkiestry Lekarzy

Studio Koncertowe Polskiego Radia im. Witolda Lutosławskiego gościło w październiku Polską Orkiestrę Lekarzy prowadzoną przez Elżbietę Czechowską. POL występuje pod auspicjami Ośrodka Kultury i Dziedzictwa Historycznego NIL tylko raz w roku. Tym razem na charytatywny występ, z którego wpłaty przekazano Fundacji „Iskierka” działającej na rzecz dzieci z chorobami nowotworowymi, zaprosiła Warszawa. W programie znalazły się utwory Krzysztofa Komedy i Krzesimira Dębskiego. Orkiestrze towarzyszyły chóry lekarskie: „Medici Cantares” z Bydgoszczy, „MediCoro” z Białegostoku i stołeczny „Medicantus”. Całością dyrygowała Zuzanna Falkowska.

Koncert przyjęto owacyjnie, a jego nagranie podbija You Tube. W finale Krzesimir Dębski opowiadał o swoim muzykującym dziadku lekarzu oraz



foto: archiwum prywatne

▲ Warszawa zaprosiła na charytatywny występ

podał niezawodny przepis na przebój. Suita z filmu „Ogniem i mieczem” z frazą „o chorobie miłości” – ćwierć wieku po premierze – brzmiała nadal wybornie.

Przyszłoroczny popis Polskiej Orkiestry Lekarzy usłyszymy w Poznaniu. ●

Śląski Cames wart mszy



foto: archiwum prywatne

Z okazji jubileuszu 15-lecia chór Śląskiej Izby Lekarskiej w Katowicach zaprosił zespoły z Krakowa i Opola do wspólnego zaśpiewania mszy Charles’a Gounoda. Brawurowe wykonanie „Messe Brève no. 7 in C” pod batutą Doroty Dziełak-Szczepan zachwytiło gości zgromadzonych w Archikatedrze Chrystusa Króla. Na organach zagrał Antoni

▲ *Messe Brève no. 7 in C” pod batutą Doroty Dziełak-Szczepan zachwytiło gości zgromadzonych w Archikatedrze Chrystusa Króla*

Dwornik, naprzemiennie uczestniczący w próbach do koncertu i kolejnych etapach egzaminu specjalizacyjnego z pediatrii. Chór Cames powstał w 2009 r. z inicjatywy Magdaleny Gawron-Kiszki i zyczliwości Macieja Hamankiewicza. ●

Epikryza w Kielcach

Felietonista Jarosław Wanecki 16 października spotkał się podczas wieczoru autorskiego z lekarzami izby świętokrzyskiej. Spotkanie uświetnił Jacek Mąka, aktor Teatru im. Stefana Żeromskiego w Kielcach, który recytował utwory naszego redakcyjnego kolegi z albumu „Galeria sonetów”. Rozmowa z publicznością toczyła się wokół poezji, teatru, realizacji planów Ośrodka Kultury i Dziedzictwa Historycznego NIL, spraw samorządowych i epikryz, które ukazują się w „Gazecie Lekarskiej” już od niemal 15 lat. ●



PO GODZINACH — PROZA

Marcin – więzień Królowej Śniegu

(fragment)

EWA GLUZA



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

Urodziła się w Wieluniu, dzieciństwo i okres młodzieńczy spędziła w Wieruszowie, tam ukończyła liceum. Jest absolwentką Akademii Medycznej we Wrocławiu, gdzie mieszka od studiów. Wiele lat pracowała w Klinice Chorób Wewnętrznych, Zawodowych i Nadciśnienia Tętniczego, następnie w Dolnośląskim Centrum Chorób Płuc. Uzyskała specjalizację w dziedzinach chorób wewnętrznych i pulmonologii, obroniła pracę doktorską z interny. Od kilku lat pracuje wyłącznie ambulatoryjnie jako pulmonolog, internista oraz w orzecznictwie lekarskim. Jest też kierownikiem medycznym w placówkach niepublicznej opieki zdrowotnej. Jej pasje to literatura i film, od dawna pisze fraszki, wiersze i opowiadania; fotografuje. Jeśli czas pozwala, maluje. Od 2023 r. należy do Unii Polskich Pisarzy Lekarzy. Laureatka konkursu „Przychodzi wena do lekarza” w 2022 i 2023 r. W 2024 r. nakładem wydawnictwa Dolnośląska Izba Lekarska ukazała się jej książka „Pamiętaj, Teresko”, która zawiera opowiadania, wiersze i fraszki.

Urodziła dwóch ślicznych chłopców. Uczyli się w przedszkolu chętnie, ale miała wrażenie, że Jakub jest dla introwertycznego i zamkniętego w sobie Marcina holownikiem, a Marcin dla Jakuba hamulcowym. Dorastali razem, ale trochę nierówno. Kiedy mieli sześć lat, urodziła się Monika, którą wszyscy uwielbiali i rozpieszczali.

Chłopcy byli w pierwszej klasie liceum, zimą wyjechali na wycieczkę, podczas której Jakub złamał nogę. Złamanie było poważne, chłopiec przeszedł operację i długo nie chodził do szkoły. Nieźle radził sobie z nauką w domu. Tymczasem Marcin przestał lubić szkołę, do której chodził bez brata. Przychodził do niej coraz rzadziej, nie pamiętał tematów, nie odrabiał lekcji. Wkrótce na samą myśl o szkole ogarniał go lęk tak potężny, że budził się z bólem brzucha, nie potrafił nawet sam przejść przez ulicę. Coraz częściej wybuchał gniewem, niszczył ulubione przedmioty.

Po kilkunastu latach od narodzin chłopców, w zimowy poranek, Dorota jak dawniej szła przez park, ale tym razem była zrozpaczona. Łzy płynęły jej strumieniami po policzkach, a płatki śniegu nie nadążały chłodzić jej płonących oczu. Nigdy nie sądziła, że usłyszy takie słowa od swojego dziecka. Czy Marcin ją kochał? Czy kochał kogokolwiek?

Przychodzi
wena
do lekarza



Ogólnopolski Konkurs Literacki
im. Prof. Andrzeja Szczeklika

Czy potrafił kochać? Zrozumiała, że chłopiec bardzo źle i coraz gorzej znosi nawet niewielkie zmiany w codziennej rutynie, zamyka się w swoim świecie i robi wszystko dla chwili samotności. Nie zawaha się użyć słów najcięższego kalibru, żeby ją wypłoszyć ze swojego pokoju. Nie mogła się poddać, nie mogła go przyzwycząć, że przejmuje kontrolę. Ale tak naprawdę nie wiedziała, co zrobić. Za tydzień miała sesję egzaminacyjną, pracowała jako nauczycielka akademicka, a tymczasem nie była w stanie się na niczym skupić. Te wybuchy złości trwały już od kilku tygodni. Nie była zbyt wierząca, ale słowa skierowane do Stwórcy popłynęły same.

– Boże, uratuj Marcina, pozwól mu żyć szczęśliwie jego szczęściem, otocz opieką jego wrażliwą duszę, zajmij się nim, bo ja nie potrafię.

Przypomniała sobie baśń Andersena o Królowej Śniegu i lustro Złego Czarodzieja zamieniające piękno w brzydotę, które odbijało świat, wydobywając wszelkie zło i zamieniając wszystko, co dobre, w jego przeciwieństwo. Odłamki tego lustra zadomowiły się w oczach i sercu Marcina, oślepiły jej dziecko i zamroziły jego serce. Już jej nie widział ani nie rozumiał, był okrutny w słowach. Postanowiła, że pójdzie do lodowego pałacu, bosą, po kamieniach i odbierze swoje dziecko.

PO GODZINACH – CZYTELNI

Sycylia jest kobietą

AGATA BRYK

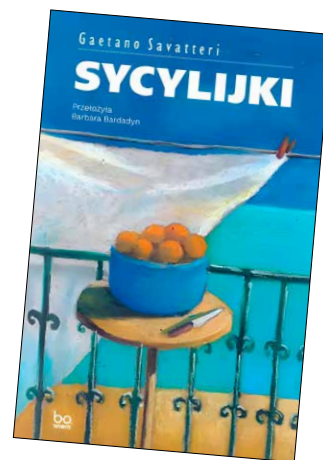
Dorastający na wyspie dziennikarz przez lata obserwował życie na Sycylii – wyspie o wyjątkowej historii i wyjątkowych mieszkańcach. Gaetano Savatteri w swoim reportażu pokazuje kobiety, przedstawia ich zapomniane historie, z zaangażowaniem opisuje ich siłę. To one, żyjąc w różnych czasach, tworzą historię wyspy. W „Sycylijkach” autor wplata też własne refleksje oraz doświadczenia z życia wśród lokalnej społeczności. Pokazuje wielowymiarowe życie kobiet na wyspie i to, jak kształtowały się ich indywidualne charaktery. Pozwala czytelnikowi zgłębić ich emocje, myśli i motywacje. Zamiast być tłem dla działań mężczyzn, kobiety stają się głównymi bohaterkami.

Biografie, które przybliżyła nam Savatteri, to historie prawdziwych kobiet, ale też fikcyjnych mieszkanki Sycylii. Dziennikarz pozwala nam poznać różne wyjątkowe historie. Bohaterkami są między innymi: „octowa staruszka”, czyli

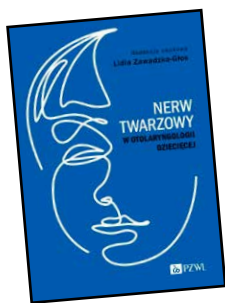
sprytna trucicielka mężów, patronka Palermo św. Rozalia. Poznajemy również historię pierwszej policjantki zabitej przez mafię – Emanueli Loi, ale też losy różnych sióstr, żon, kochanek, wiedzów i dłużniczek, kobiet niesprawiedliwie pominiętych przez historię.

Co ciekawe, Savatteri doskonale oddaje klimat Sycylii – zarówno w jej idyllicznym, sielskim aspekcie, jak i tym tajemniczym, mrocznym, związanym z mafijną działalnością. Autor kieruje się własnymi spostrzeżeniami, przesłankami historycznymi oraz utworami napisanymi przed kobiety przez ostatnie dziesięciolecie.

Przełamując stereotypy, według których sycylijskie kobiety stoją w cieniu swoich mężów i ojców, autor w dziewięciu rozdziałach ciekawie przedstawia ich niezależność. Wprowadza także czytelnika w głębsze rozważania na temat sycylijskiej tożsamości. „Sycylijki” to lektura nie tylko dla fanów włoskich wakacji.



▲ Gaetano Savatteri, „Sycylijki”, Wydawnictwo: Bo.wiem



▲ „Nerw twarzowy w otolaryngologii dziecięcej” pod redakcją naukową Lidii Zawadzkiej-Głós, Wydawnictwo PZWL

Wszystko o nerwach twarzowych

Okazuje się, że porażenie nerwu twarzowego stanowi najczęściej występujący rodzaj porażenia nerwów czaszkowych i jest częstą przyczyną wizyt u lekarza. Publikacja „Nerw twarzowy w otolaryngologii dziecięcej” to nowoczesna i kompleksowa pozycja przygotowana przez interdyscyplinarny zespół specjalistów z zakresu anatomii prawidłowej, radiologii, otorynolaryngologii, neurologii, chorób zakaźnych oraz rehabilitacji. Książka składa się z 12 rozdziałów zawierających wyczerpujące informacje dotyczące budowy anatomicznej nerwu twarzowego, oceny radiologicznej na potrzeby chirurgii otologicznej, metody diagnostyki porażen i niedowładów nerwu. Może być pomocna dla wielu specjalistów w ich codziennej praktyce lekarskiej.

Nastolatki też się martwią

Statystycznie jeden nastolatek na trzech zmagają się z lękiem i poczuciem przytłoczenia. Silne emocje, natrętne myśli i reakcje ciała nie pozwalają im wykonywać swoich obowiązków i realizować pasji. Pierwszym krokiem w stronę odnalezienia równowagi jest zrozumienie przyczyn powstawania tych stanów i poznanie sposobów radzenia sobie z nimi. Lisa M. Schab wyjaśnia, że szkoła, zajęcia dodatkowe czy relacje z rówieśnikami mogą wzmacniać niepokój, a nawet powodować ataki paniki. Na konkretnych przykładach pokazuje, jak rozpoznawać symptomy narastającego lęku i odpowiednio na nie reagować. Wykorzystując sprawdzone narzędzia terapii poznawczo-behawioralnej (CBT) i dialektyczno-behawioralnej (DBT), uczy radzenia sobie z trudnymi emocjami. Zaproponowane ćwiczenia oparte na uważności, medytacji i technikach oddechowych mogą także pomóc w budowaniu odporności psychicznej. Nowe wydanie książki zostało uzupełnione o metody radzenia sobie z presją sukcesu, negatywnym wpływem mediów społecznościowych czy lękiem egzaminacyjnym.

Książka to kompleksowy przewodnik dla młodych osób chcących odzyskać kontrolę nad życiem i rozwijać świadomość siebie. Poradnik pomoże również rodzicom i terapeutom w codziennej pracy z młodzieżą.



▲ Lisa M. Schab, „Leki i zamartwianie się u nastolatków – poradnik z ćwiczeniami”, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego

List do redakcji

W nr. 5/2024 „Gazety Lekarskiej” ukazał się materiał „Kodeks nadaje profesji ludzką twarz” (str. 34-35), związany z pracami nad nowelizacją KEL. Moje uwagi dotyczą wypowiedzi pani doktor Wandy Terleckiej – wypada je sprostować. 1 „Proszę pamiętać, że postawa etyczna lekarza zależy nie tylko od tego, w jakich warunkach pracuje, ale także od tego, jak został wychowany, jakie miał wzorce, kto go uczył zawodu. Etyki wówczas nikt nie wykladał na studiach medycznych...”.

To nieprawda. Wykladał ja dla studentów II roku medycyny w Krakowie prof. Józef Kałuża i był to cykl wykładów (bardzo dobrych) w ramach przedmiotu etyka lekarska, objętego programem studiów lekarskich. Sama byłam studentką Pana Profesora, o którym – i o powszechnym szacunku dla niego – miałam okazję wspominać.

Ponadto: to, jak został wychowany student – przyszły lekarz, jakie miał wzorce, kto nauczył go sztuki lekarskiej, ma przede wszystkim znaczenie dla postawy

etycznej (a także kultury osobistej, umiejętności rozmowy z pacjentem, zachowania dyskrecji...), a dopiero potem warunki, w jakich pracuje. To właśnie wychowaniu, wzorcom i naszym nauczycielom zawdzięczamy wpojone zasady – ideały – wartości i trwały punkt odniesienia – „materiał porównawczy” w przyszłych sytuacjach zawodowych i warunkach, w jakich pracujemy. Z tego też jasno wynika fakt, że test do rozwiązania nie jest wystarczającym kryterium doboru kandydatów na przyszłych lekarzy – mam na myśli egzamin wstępny.

Chcę też dodać moje spostrzeżenie: wśród komentarzy związanych z pracami nad nowelizacją KEL nie pojawił się taki, który przypomina, że najważniejszym dokumentem mówiącym o obowiązkach lekarza i etyce lekarskiej jest przysięga Hipokratesa. Następne dokumenty mają korzenie właśnie w niej,

a więc nowelizację należy rozpatrywać w kontekście przysięgi Hipokratesa, a nie w oderwaniu od niej („bo to było bardzo dawno”). Ona też wyznacza jasną granicę: lekarz służy życiu, a nie śmierci. We współczesnym świecie warto o tym pamiętać, tym bardziej w sytuacjach publicznych.

2 Wcześniej w wypowiedzi pani doktor wspomina prof. Zbigniewa Chłapa, „wybitnego patomorfologa i naukowca”. Wypada sprostować, że pan profesor był patofizjologiem, kierownikiem Katedry Patofizjologii w Krakowie. Byłam jego studentką. •

*Z poważaniem
Katarzyna Miodońska (lek. med.,
nauczyciel akademicki),
wnuczka prof. Jana Miodońskiego,
córka prof. Adama Miodońskiego*

*od redakcji: list został zredagowany
na potrzeby publikacji*

Szanowni Czytelnicy,

W wydaniu 10/2024 w rubryce *Wena wkraść się błąd*. Przez niedopatrzenie została podmieniona końcówka wiersza Joanny Czajkowskiej-Ślasko na kawałek wiersza Barbary Rysz-Postawy z wydania 7-8/2024. Za pomyłkę obydwie Panie serdecznie przepraszamy, a obok drukujemy wiersz z wydania 10/2024 w prawidłowej wersji.

Redakcja

JOANNA CZAJKOWSKA-ŚLASKO

z rozmyślań kuchennych

było minęło
a teraz spływa
niknie w ścieku przeszłości
co pozostało
przypięty na drzwiczkach
wyblakły obrazek malowany dziecięcą ręką
na kartce
ze śladami mleka i miodu
a za nim
w lodówce
to co zawsze –
wędzące owoce z wczoraj
i wciąż jeszcze hermetycznie zamknięte
gotowe dietetyczne danie
na jutro

