

WAŻNY TEMAT: BUDŻET NFZ NA KRAWĘDZI, BRAKUJE 14 MLD ZŁ

11 | 2025

GAZETA

L E K A R S K A

**PISMO IZB
LEKARSKICH**



KARDIO KRYZYS

- CHOROBY SERCA NA CZELE LISTY PRZYCZYN ZGONÓW
- BEZ PREWENCJI SYSTEM NIE WYTRZYMA
- JAK DZIAŁA KRAJOWA SIEĆ KARDIOLOGICZNA

EDUKACJA ZDROWOTNA
NIEOBOWIĄZKOWY
PRZEDMIOT POLEM
IDEOLOGICZNEJ WOJNY

FINANSE
JAK NIE STRACIĆ
JEDNYM KLIKNIĘCIEM
OSZCZĘDNOŚCI ŻYCIA

PRAKTYKA
STOMATOLOGIA
NA GŁODOWYCH
STAWKACH

TECHNOLOGIE
SZPITALI BEZ
ZABEZPIECZEŃ ŁATWYM
CELEM DLA PRZESTĘPCÓW

Bierzemy sprawy we własne ręce

ŁUKASZ JANKOWSKI
PREZES NACZELNEJ RADY
LEKARSKIEJ



Kiedy siadałem do pisania tego felietonu, media informowały właśnie o agresywnej pacjentce próbującej udusić lekarza stetoskopem. Nie ma tygodnia, aby podobne zdarzenia nie wstrząsały naszym środowiskiem. Rządzący zdają się nie dostrzegać powagi sytuacji – przez ostatnie pół roku czekaliśmy na konkretne działania. I... niestety, minister sprawiedliwości jest zajęty innymi sprawami. Rządzący, jak to już w przeszłości bywało, przyjęli taktykę uników.

Ponieważ nie możemy liczyć na ich wsparcie, jesteśmy zmuszeni w jeszcze większym stopniu wziąć sprawy we własne ręce. Pracujemy nad powołaniem zespołu „Bezpieczny lekarz”, którego zadaniem będzie zwiększenie ochrony lekarzy, a w efekcie również innych pracowników medycznych. Chciałbym, aby w pracach zespołu wzięli udział nie tylko sami lekarze, ale także prawnicy, specjaliści ds. bezpieczeństwa, eksperci zajmujący się technikami negocjacji i deeskalacji, jak również samoobrony. Nie możemy być bezbronni wobec hejtu, agresji słownej i fizycznej. Bezpieczeństwo jest dla nas priorytetem. Będziemy dążyć do zapewnienia jak najlepszej ochrony lekarzom i lekarzom denty stom niezależnie od tego, czy obecny skład Rady Ministrów przychylił się do naszych postulatów, czy będzie udawał, że ich nie słyszy.

Tu warto przypomnieć, że dzięki staraniom samorządu wiele rzeczy udało się już z powodzeniem przeprowadzić. Policja i prokuratura zaczęły wreszcie reagować szybko i zdecydowanie na przejawy agresji wobec przedstawicieli wszystkich zawodów medycznych.

Ale piłka jest teraz po naszej stronie – musimy bezwzględnie zgłaszać takie

przypadki organom ścigania. Apeluję do wszystkich Koleżanek i Kolegów: nie bójmy się, nie wstydzmy się, nie odkładajmy tego na później – przekazujemy informacje o takich incydentach policji i prokuraturze, składamy zawiadomienia. Niech ci, którzy pozwalają sobie na hejt i przemoc, mają świadomość, że kara ich nie minie. Z drugiej strony jako samorząd zabiegamy w tej chwili o to, aby ciężar zgłaszania takich zdarzeń został prawnie przeniesiony na szpital czy inną placówkę opieki zdrowotnej, dla której pracuje lekarz doświadczający agresji. Takie działanie powinno jeszcze bardziej wzmocnić nasze bezpieczeństwo, ale także uświadomić dyrektorom i zarządom skalę problemu, z jakim przychodzi nam się mierzyć.

Wreszcie sprawa, która z bezpieczeństwem bezpośrednio się łączy – nadmierne spożycie alkoholu. Wszyscy wiemy, ile zdarzeń – począwszy od wymyślenia, przepychanek, a skończywszy na pobiciach – dotyka lekarzy, którzy próbują pomóc pacjentowi „pod wpływem”. Wiemy też, jak wiele ostrych przypadków i przewlekłych chorób spowodowane jest spożyciem alkoholu. W tej sprawie zabrało głos Prezydium NRL – jako lekarze stoimy na stanowisku, że w trosce o zdrowie publiczne trzeba ograniczyć spożycie alkoholu i jego dostępność.

Sprawa alkoholu – nomen omen – rozgrzała całą opinię publiczną. Nocna prohibicja, ograniczenie sprzedaży na stacjach benzynowych, realistyczne podejście do reklamowania piwa, w tym piwa zero, udział w tych

reklamach celebrytów – to tematy budzące ogromne emocje. W tej dyskusji padają różne argumenty – od wolnościowych po ekonomiczne. Postanowiliśmy rozprawić się z mitami, organizując debatę ekspercką w NIL z udziałem wybitnych specjalistów ds. systemu ochrony zdrowia, lekarzy i ekonomistów. Chcę uspokoić tych, którzy twierdzą, że bez wpływów ze sprzedaży alkoholu nasze państwo zbankrutuje, a w NFZ będzie jeszcze większa dziura. W 2024 r. koszty społeczne wynikające ze spożywania alkoholu sięgnęły 185 mld zł. W tym samym czasie przychody z podatku akcyzowego od „procentów” wyniosły ok. 14 mld zł.

Na zakończenie dwa zaproszenia. Pierwsze – na Światowy Zjazd Polonijnych Środowisk Medycznych „Save a Life”, którego NIL jest współorganizatorem. Z dnia na dzień program zjazdu się rozrasta, pojawiają się nowe inicjatywy i wydarzenia towarzyszące. Rezerwujcie sobie czas 21-22 listopada i rejestrujcie się na stronie zjazdu – to wydarzenie nie tylko dla Polonii.

Drugie zaproszenie dotyczy udziału w e-wyborach, kończących się właśnie w wielu izbach. Na przykładzie warszawskiej widać, że decyzja o cyfryzacji tego procesu była strzałem w dziesiątkę – mamy rekordową frekwencję i aktywizację młodszych lekarzy. Głosujmy! Więcej o wyborczej cyfrowej rewolucji w rozmowie z przewodniczącą Okręgowej Komisji Wyborczej OIL w Warszawie i członkiem KKW Mery Topolską-Kotulecką. ●

- 3 **Bierzemy sprawy we własne ręce**
Łukasz Jankowski
- 5 **Pomysły na bezpieczeństwo**
Klaudiusz Komor
- 6 **Newsy z kraju i ze świata**
- 8 **Zima zaskoczyła kierowców**
Piotr Kościelniak

TEMAT NUMERU

- 8 **Serce w kryzysie**
Polska jest krajem Unii Europejskiej o wysokim ryzyku sercowo-naczyniowym. Aby to zmienić, potrzebujemy skutecznej prewencji.
- 13 **Krajowa Sieć Kardiologiczna: między ambicją a realiami**
Nowy model organizacji opieki nad pacjentami z chorobami układu krążenia ma usprawnić diagnostykę, leczenie i rehabilitację.
- 17 **Czas przestać gasić pożary. Potrzeba prewencji**
- 20 **Leczenie zachowawcze – słaby punkt kardiologii**

AKTUALNOŚCI

- 22 **Medyczny Nobel: zagadka ukryta w komórkach**
- 24 **W sprawie bezpieczeństwa nie ustąpimy**
- 26 **System IMI – bez granic, bez zbędnej zwłoki**
- 26 **Arteterapią w kryzys psychiczny**
- 28 **Rusza zjazd „Save a Life”**
- 30 **Edukacja zdrowotna pod respiratorem**

WAŻNY TEMAT

- 32 **„Mission: impossible” po polsku. Minister staje do walki**
W budżecie NFZ brakuje 14 miliardów złotych, a premier wyklucza podniesienie składki zdrowotnej.

PRAWO I MEDYCYNĄ

- 34 **Niebezpieczne „leczenie” zapalenia płuc ziołami i homeopatią**
- 35 **Promocja nie zawsze jest prawdziwa**
- 36 **Gdy pamięć staje się przedmiotem sporu**



TEMAT NUMERU STRONY 8-21

Doświadczenia i napięty harmonogram wdrażania Krajowej Sieci Kardiologicznej pokazują, że droga do celu będzie długa i wymagająca.

PODATKI I FINANSE

- 38 **Ministerstwo potwierdza: leasing aut mniej opłacalny**
- 39 **Jak nie stracić pieniędzy w internecie**

PRAKTYKA LEKARSKA

- 40 **Co by tu jeszcze naprawić, panowie**
Paweł Barucha
- 40 **Stomatologia akademicka na głodowych stawkach**
- 42 **Otwartość wymaga zaufania i dobrych procedur**
- 45 **Z otyłością do kardiologa**
- 48 **Kiedy człowiek staje się dyżurem**
Mariusz Politowicz
- 49 **Polska kardiologia prenatalna jest europejskim liderem**
- 52 **Cena błędnej decyzji**
Jakub Sieczko
- 54 **Nowe wyzwanie onkologii: nowotwory młodych**
- 57 **Zaczyna się niewinnie, kończy źle dla wielu**
Anna Gołębicka
- 58 **Matki Lekarki. Siła relacji, moc wspólnoty**

NOWE TECHNOLOGIE

- 60 **Dziurawe cyberbezpieczeństwo. Szpitale bez tarczy**
- 62 **E-wybory: wiele korzyści w kilka sekund**

SAMORZĄD ZAWODOWY

- 64 **Murem za lekarzami**
Jakub Kosikowski
- 64 **O tym się mówi/Mówią o nas**

OŚRODEK KSZTAŁCENIA

- 66 **Zawał serca w miejscu pracy**

PO GODZINACH

- 68 **Harmonia sprzeczności**
- 72 **Traktat o łuskaniu fasoli**
Jarosław Wanecki
- 73 **Lublin tętniący literaturą**
- 73 **Korzenie zapuszczone w Orońsku**
- 74 **Błąd malarski – W punkt**
- 76 **Przychodzi wena do lekarza**
- 78 **Czytelnia**
- 79 **Ogłoszenia**
- 82 **Jolka lekarska**

JEDNYM GŁOSEM

Pomysły na bezpieczeństwo

Pacjenci przekierowują swoją frustrację wywołaną niedostatkami systemu na lekarzy. W takiej sytuacji trudno myśleć o skutecznym leczeniu, którego fundamentem jest przecież wzajemne zaufanie.

Nie cichną doniesienia o atakach na medyków. Co jakiś czas w mediach możemy usłyszeć o przypadkach, które bulwersują każdego. Bardzo często agresorami są pacjenci pod wpływem alkoholu lub środków odurzających, jednak najbardziej niepokojące są przypadki, kiedy ataki są wcześniej przygotowane i doładnie zaplanowane.

Dziennikarze pytają, czy tych ataków jest dzisiaj więcej niż kiedyś? Nie ma jednoznacznych statystyk pozwalających odpowiedzieć twierdząco, ale każdy z nas w swojej pracy widzi, że tak.

Wydaje się, że dość łatwo zidentyfikować również przyczynę tego zjawiska – rządzący co jakiś czas próbują obarczać lekarzy winą za różne niedoskonałości w ochronie zdrowia. Kolejki do specjalistów tłumaczone są niechęcią lekarzy do przyjmowania większej liczby pacjentów, by zmusić ich do korzystania z prywatnych gabinetów, a brak pieniędzy w szpitalach – rzekomo zbyt wysokimi zarobkami lekarzy. W efekcie bunt pacjentów przeciwko chaosowi w ochronie zdrowia próbuje się kierować przeciwko samym lekarzom. Pacjent czekający w niekończącej się kolejce w przychodni swój narastający gniew kieruje na pierwszą osobę, jaką spotka, czyli na lekarza w gabinecie albo rejestratorkę w okienku. Co więcej, brak jest jednoznacznych sygnałów, że za takie ataki na medyków kara będzie nieuchronna, nawet jeśli dokonają ich osoby publiczne.

Niestety, bardzo ślamazarnie idą zmiany prawne w tej materii. Trzeba przyznać, że jeden z postulatów samorządu został spełniony – jeszcze poprzedni minister sprawiedliwości Adam

KLAUDIUSZ KOMOR
WICEPREZES NACZELNEJ
RADY LEKARSKIEJ



Bodnar wysłał do prokuratorów zalecenia, aby sprawy agresji wobec medyków traktować ze szczególną uwagą. Już drugi jednak – o rozszerzenie ochrony prawnej należnej funkcjonariuszowi publicznemu na wszystkie miejsca pracy medyków – na razie nie znalazł zrozumienia. Bardzo powoli idą zmiany zaostrzające kary za napad na medyka – ale tutaj chociaż widać wolę zmiany. Zdaniem samorządu cały czas sprawa *no fault* pozostaje nierozdzielnie związana z bezpieczeństwem medyków.

Szpitalę próbują sobie same jakoś radzić z problemem. Wspierają ich w tym izby lekarskie. Popularnym sposobem są kursy samoobrony dla medyków. Niestety fachowcy w tej dziedzinie studzą zapał do ich organizacji – nie da się nikogo skutecznie nauczyć prawidłowej reakcji i odpowiednich chwytów obronnych w trakcie jednego, nawet długiego, kursu – wymagałoby to wielokrotnego powtarzania, przypominania i nieustannego ćwiczenia. Dużo lepszym rozwiązaniem wydają się kursy deeskalacji sytuacji zagrożenia prowadzone przez fachowców z zakresu negocjacji czy prewencji.

W niektórych szpitalach wypracowano w porozumieniu z lokalnymi komendami policji specjalne procedury szybkiego dotarcia na wezwanie w razie agresji oraz wprowadzono tzw. guziki bezpieczeństwa, które można niepostrzeżenie nacisnąć, wzywając pomoc (na wzór cichych alarmów w bankach). Bardzo dobrym sposobem są również kontrolowane strefy dostępu w placówkach ochrony zdrowia, o ile oczywiście sami pracownicy przestrzegają zasad i nie zostawiają np. niedomkniętych drzwi. Wszystkie te środki mogą nieco poprawić sytuację, jednak globalnie nie spowodują chyba istotnej zmiany.

Czy zatem jesteśmy skazani na pracę, w trakcie której zawsze musimy mieć oczy wokół głowy i każdego pacjenta traktować jako potencjalnego agresora? Czy w takich warunkach można myśleć o skutecznym leczeniu, którego, jak wiadomo, podstawą jest wzajemne zaufanie lekarza i pacjenta? Starsi koledzy, z którymi rozmawiam, często wspominają, że kiedyś szacunek do lekarza był znacznie większy, że nikt nawet nie pomyślał o ataku na nich. I chyba walka o powrót takich właśnie czasów powinna być naszym głównym celem. ●

NEWSY Z KRAJU I ZE ŚWIATA

LIDIA SULIKOWSKA, SYLWIA WAMEJ, MARIUSZ TOMCZAK

Polska kraina trzeźwości

Prezes NRL Łukasz Jankowski był moderatorem debaty „Polska kraina trzeźwości”, która zgromadziła cenionych ekspertów w siedzibie NIL. Wydarzenie poświęcono dyskusji nad koniecznością działań ograniczających spożycie, dostęp i reklamę alkoholu w Polsce, ale również ich wpływu na system ochrony zdrowia i zdrowie publiczne. W trakcie spotkania prezes Jankowski przypomniał apele Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej o nocną



Fot.: Shutterstock.com

▲ Konieczne są działania ograniczające dostęp do alkoholu

prohibicję oraz do celebrytów o niebranie udziału w reklamach alkoholu. Wskazano w nich, że sprzedaż alkoholu w porze nocnej bez ograniczeń ilościowych czy asortymentowych skutkuje nie tylko obniżeniem poziomu bezpieczeństwa, ale również poważnymi konsekwencjami dla zdrowia społeczeństwa, w tym utrudnionym dostępem do pomocy medycznej w porze nocnej.

W siedzibie NIL spotkali się: prof. dr hab. n. med. Leszek Czupryniak, diabetolog, ekspertka ds. zdrowia publicznego dr Maria Libura, psychiatra i ekspert ds. uzależnień dr Marcin Karolewski, specjalistka psychiatrii, pełnomocniczka ds. Zdrowia Lekarzy i Lekarzy Dentystów OIL w Warszawie, dr Magdalena Flaga-Łuczkiwicz oraz ekonomistka Anna Gołębicka. W trakcie dyskusji po raz kolejny pojawił się apel, by osoby ze świata mediów i kultury nie reklamowały napojów alkoholowych. Omówiono również szerzej sposoby

mogące ograniczyć spożycie alkoholu przez Polaków.

250 lat Wojskowej Służby Zdrowia

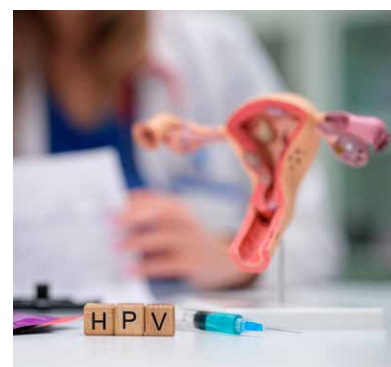
Ratujecie życie i budujecie zaufanie do wojska – podkreślił minister obrony narodowej Władysław Kosiniak-Kamysz, zwracając się w liście do uczestników konferencji pt. „Wojskowa Służba Zdrowia – 250 lat i co dalej?” zorganizowanej przez Wojskową Izbę Lekarską 17 i 18 października w Wojskowym Instytucie Medycyny Lotniczej w Warszawie.

– Naszym celem oprócz przypomnienia historii jest dyskusja nad nowymi pomysłami na funkcjonowanie Wojskowej Służby Zdrowia i współpracę z obszarem cywilnym – powiedział prezes WIL Artur Płachta. Mówiono m.in. o przygotowaniu systemu ochrony zdrowia do wojny i obowiązkach lekarzy w obliczu konfliktu zbrojnego. Doświadczeniami w dziedzinie medycyny pola walki dzielili się medycy z Ukrainy. – Wojskowa służba zdrowia, tak jak cała ochrona zdrowia w Polsce, niestety nie była oczkiem w głowie i wciąż nie jest w centrum zainteresowania rządzących. Dobrze, że w programie konferencji znajduje się m.in. panel poświęcony szkoleniu cywili, bo jest to bardzo ważne w obecnej sytuacji – powiedział prezes NRL Łukasz Jankowski.

Obowiązkowo przeciw HPV?

Ministerstwo Zdrowia chce, by szczepienia przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego były obowiązkowe dla dzieci od 9. do 15. roku życia. Nowe przepisy mają przyczynić się do skuteczniejszego zapobiegania nowotworom wywołanym przez HPV, w tym

rakowi szyjki macicy. Projekt nowelizacji rozporządzenia w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych zakłada, że od 1 stycznia 2027 r. szczepienia przeciw HPV będą obowiązkowe dla dzieci od 9. roku życia do ukończenia 15. roku



Fot.: Shutterstock.com

▲ Szczepienia przeciw HPV będą obowiązkowe dla dzieci od 9. roku życia do ukończenia 15 lat

życia. Obecnie bezpłatne szczepienia przeciw HPV przysługują dzieciom i młodzieży w wieku 9-14 lat. Są dobrowolne i można wykonać je u lekarza rodzinnego, a od września 2024 r. również w szkole.

FKZM a leczenie bez kolejki

Rzecznik Praw Pacjenta przypomina, że osoby, które otrzymały świadczenie z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych (FKZM), mogą korzystać ze świadczeń zdrowotnych i usług farmaceutycznych poza kolejką oczekujących. Warunkiem jest wylegitymowanie się stosownym zaświadczeniem wydawanym przez RPP na wniosek pacjenta. Okres ważności dokumentu może wynieść maksymalnie do pięciu lat. RPP podkreśla w komunikacie, że placówki medyczne i apteki mają obowiązek honorować takie zaświadczenia. – Chcemy, aby osoby, które doznały szkody

w wyniku zdarzeń medycznych, mogły szybciej i łatwiej korzystać z potrzebnej opieki zdrowotnej. To realna pomoc w dostępie do leczenia i rehabilitacji – informuje Bartłomiej Chmielowiec.

Rekrutacja bliźniaków

Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu wspólnie z Uniwersyteckim Szpitalem Klinicznym w Poznaniu realizuje badanie epidemiologiczne TWINS.PL, którego celem jest ocena wpływu czynników genetycznych i środowiskowych na zespół metaboliczny oraz związaną z nim wielochorobowość. W badaniu ma wziąć udział w sumie 750 par bliźniaków w wieku 15-44 lata. Trwa rekrutacja uczestników.

– Chcemy sprawdzić, którzy z uczestników badania znajdują się w grupie



Fot.: Shutterstock.com

▲ 750 par bliźniaków ma wziąć udział w badaniu

ryzyka zachorowania na choroby cywilizacyjne, takie jak stłuszczenie wątroby, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, udar, zawał czy niektóre nowotwory, a którzy są od tego ryzyka wolni. I dowiedzieć się, z czego to wynika – informuje pomysłodawca badania prof. Przemysław Guzik w komunikacie opublikowanym na stronie poznańskiej uczelni. Szczegóły na <https://twinspl.ump.edu.pl>.

Rekonstrukcja nerwu twarzowego

WKlinice Nowotworów Głowy i Szyi Narodowego Instytutu Onkologii przeprowadzono unikalną operację u pacjentki chorującej na

raka przewodowego ślinianki przyusznej. Jak informuje placówka, zakres zabiegu obejmował resekcję całej ślinianki przyusznej wraz z nerwem twarzowym, a także skóry i tkanek policzka oraz okolicy zausznej, a następnie rekonstrukcję ubytku porosekcyjnego. W rekonstrukcji nerwu twarzowego wykorzystano unaczyniony przeszczep nerwu ruchowego. W komunikacie opublikowanym na stronie NIO podkreślono, że zastosowanie tej metody zapewnia szybszą i skuteczniejszą regenerację, a na świecie opisano dotychczas tylko kilkanaście podobnych zabiegów.

RPP ostrzega przed ortotropią

Rzecznik Praw Pacjenta Bartłomiej Chmielowiec alarmuje, że metoda ortotropii w terapii wad zgryzu u dzieci jest niezgodna z aktualną wiedzą medyczną i może stanowić zagrożenie dla zdrowia. Ortotropia jest kontrowersyjną metodą stosowaną w ortodoncji, której celem ma być poprawa kierunku wzrostu twarzy w okresie intensywnego wzrostu u młodych pacjentów, otwarcie górnych dróg oddechowych oraz leczenie wad zgryzu. RPP uzyskał m.in. opinię konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie ortodoncji. Jak się okazuje, ta metoda nie jest oparta na wiedzy naukowej i nie jest ujęta w programach nauczania przeddyplomowego ani specjalizacyjnego. American Association of Orthodontists i British Orthodontic Society zarzucają jej brak dowodów na skuteczność.

AI popełnia błędy

Sztuczna inteligencja weszła do wielu obszarów życia, również do medycyny. Badania włoskich naukowców wykazały, że chatboty sztucznej inteligencji, które wykorzystywane są w medycynie, popełniają błędy w ok. 70 proc. przypadków. Zespół pod kierownictwem

Vincenza Guastafierro z Instytutu Klinicznego i Uniwersytetu Humanitas w Rozzano przeanalizował odpowiedzi dostarczone przez ChatGPT w 200 przypadkach klinicznych dotyczących różnych specjalizacji lekarskich. AI udzieliła częściowo przydatnych odpowiedzi w 62 proc. przypadków, natomiast odpowiedzi wolnych od błędów było jedynie 32 proc. Największe błędy dotyczyły niewłaściwej diagnozy raka skóry czy też pomylenia dwóch różnych rodzajów nowotworu piersi. Jak podkreślił Vincenzo Guastafierro, te wyniki pokazują, jak bardzo ostrożnie trzeba podchodzić do wykorzystywania sztucznej inteligencji w medycynie.

Borelioza w Czechach

Czeskie media donoszą o wzroście liczby przypadków boreliozy w ich kraju. „W tym roku odnotowano najwyższą liczbę zachorowań w Czechach od 1986 r., kiedy rozpoczęto prowadzenie rejestrów” – informuje



Fot.: Shutterstock.com

▲ W Czechach od stycznia do końca września zarejestrowano 8 tys. przypadków boreliozy

brnodaily.com, powołując się na dane Państwowego Instytutu Zdrowia (SZU). Od stycznia do końca września tego roku zarejestrowano niemal 8 tys. zachorowań. Ekspertki uspokajają, że w dużej mierze jest to spowodowane ulepszeniem systemu raportowania. ●

Zima zaskoczyła drogowców

PIOTR KOŚCIELNIAK
REDAKTOR NACZELNY



Brak zdolności przewidywania konsekwencji własnych działań i zaniechań stał się znakiem rozpoznawczym polskiej polityki. I dotyczy to niestety również sfery zdrowia publicznego.

Od dawna wiadomo, że potrzeby zdrowotne Polaków rosną, a pieniędzy na ich zaspokojenie brakuje. Wiadomo nawet dokładnie, ile brakuje – w tegorocznym budżecie NFZ jest dziura na 14 mld złotych. W związku z tym Fundusz nie płaci szpitalom. A jak NFZ nie płaci, to – teraz uwaga, będzie niespodzianka – szpitale przesuwają planowane zabiegi na przyszły rok. Niektóre oddziały są wręcz zamykane z braku pieniędzy.

Nieprzyjemne zaskoczenie dla rządzących musi być tym większe, że w ubiegłym roku szpitale... zrobiły dokładnie to samo. Z ręką na sercu: kto mógł się spodziewać, że ten scenariusz się powtórzy? Co więcej, już dziś wiadomo, że w przyszłym roku w kasie NFZ zabraknie co najmniej 23 mld zł. I już dziś wiadomo, że władze Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Finansów będą tym faktem bardzo zaskoczone.

Zjawisko bezrefleksyjnego podejścia do wyzwań obszaru zdrowia publicznego nie ogranicza się niestety tylko do finansów. Kto mógł się spodziewać, że to jednak lekarze i eksperci mieli rację, mówiąc o potrzebie wsparcia dla edukacji i profilaktyki. Oprócz zapewnienia stabilnego finansowania niezbędna jest też prewencja, przekonanie samych pacjentów do aktywnego dbania o własne zdrowie. Bez tego cysterny pieniędzy wlewane do oceanu systemu nie przyniosą oczekiwanych korzyści.

Problemy z profilaktyką, odpowiedzialnością za własne zdrowie, odpornością na dezinformację miał rozwiązać nowy przedmiot – edukacja zdrowotna – wprowadzony w tym roku do szkół podstawowych i ponadpodstawowych. O tej rewolucji lekarze mówili z nadzieją od lat – edukacja zdrowotna miała przekonywać do szczepień i badań profilaktycznych, zmniejszyć obawy przed pewnymi kategoriami leków (m.in. antybiotykami i statynami), miała walczyć z antyszczepionkową i antynaukową dezinformacją. W ostatecznym rozrachunku miała zmniejszyć – oczywiście nie natychmiast, ale w pewnej perspektywie czasu – obciążenie systemu ochrony zdrowia.

Niezwykłe umiejętności przewidywania własnych działań ukazały się tu w pełnej krasie. Przedmiotu, bez odpowiednich materiałów edukacyjnych, mieli nauczać m.in. wuefści (nie mam nic przeciw nauczycielom WF, zastanawiam się tylko, w jaki sposób będą tłumaczyć uczniom np. działanie szczepionek mRNA). Do podstawy programowej przemycano kontrowersyjne treści ze sfery seksualności, których nie chcieli rodzice i młodzież, a które stały się przyczyną powszechnych ulicznych protestów. W tej sytuacji ustanowienie edukacji zdrowotnej jako przedmiotu nieobowiązkowego było już tylko wisienką na torcie. Efekt? Frekwencyjna klęska. Kto by się spodziewał... ●



W ciągu ostatnich trzech dekad zrobiliśmy ogromny postęp w zmniejszaniu umieralności z powodu chorób układu krążenia. O ile jeszcze w 1995 r. standaryzowany współczynnik zgonów w wyniku ChuK wyniósł 711 na 100 tys. ludności, to w 2023 r. spadł do poziomu 297 na 100 tys. (dane GUS). Nadal jednak schorzenia sercowo-naczyniowe pozostają największym zabójcą Polaków. W 2023 r. aż 36,9 proc. wszystkich śmierci miało tę przyczynę – to o ponad 12 punktów procentowych więcej niż nowotwory złośliwe.

Nie jesteśmy pod tym względem wyjątkiem na świecie ani w Europie, ale są też kraje, które radzą sobie znacznie lepiej z problemami kardiologicznymi.

POMIĘDZY RUMUNIA A FRANCJĄ

Według szacunków Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) choroby sercowo-naczyniowe w 2022 r. zabiły 19,8 mln ludzi na świecie, co stanowiło ponad 30 proc. wszystkich zgonów. Jedna na trzy osoby umarła przed 70. rokiem życia. WHO pod koniec września poinformowała, że 1,4 mld ludzi ma nadciśnienie tętnicze, z czego tylko u jednej na pięć osób choroba jest kontrolowana.

Jak sytuacja wygląda bliżej Polski? W 2022 r. (najnowsze dostępne dane Eurostatu) z powodów kardiologicznych zmarło niemal 1,7 mln mieszkańców Unii Europejskiej, co stanowiło 32,7 proc. wszystkich zgonów w UE. Nie w każdym z krajów wspólnoty sytuacja jest identycznie alarmująca. O ile w Bułgarii, Rumunii, na Litwie i Łotwie choroby układu krążenia odpowiadały za połowę wszystkich zgonów, dla kontrastu w Danii odsetek ten wyniósł 20,5 proc., podobnie niskie wskaźniki zanotowały Belgia, Holandia i Francja. Polsce do osiągnięcia takiego wyniku jeszcze bardzo daleko. Nie bez powodu jesteśmy klasyfikowani jako kraj o wysokim ryzyku sercowo-naczyniowym.

– Nasze tablice SCORE, które pokazują ryzyko zgonu z przyczyn sercowych, dosłownie świecą się na czerwono – alarmuje prof. Agnieszka Tycińska, prezes elekt Polskiego

TEMAT NUMERU

Serce w kryzysie

LIDIA SULIKOWSKA

DZIENNIKARKA

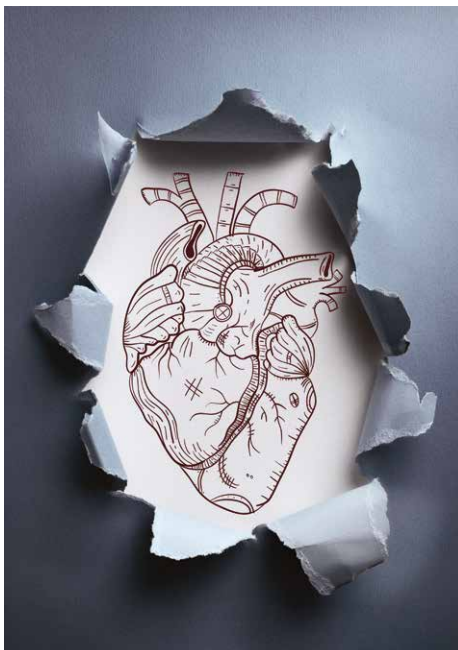
Polska jest krajem Unii Europejskiej o wysokim ryzyku sercowo-naczyniowym. Aby to zmienić, potrzebujemy skuteczniejszej prewencji i odwrócenia piramidy świadczeń, ale też stabilnego finansowania, bez którego kardiologii trudno się będzie dalej rozwijać.

Towarzystwa Kardiologicznego i członkini Krajowej Rady Kardiologicznej.

WALKA O WYRÓWNIANIE SZANS

Z najnowszej dostępnej edycji raportu OECD „Health at a Glance: Europe 2024” wynika, że w Polsce dobre – niskie – wskaźniki osiągamy w zakresie śmiertelności trzydziestodniowej po przyjęciu do szpitala z powodu ostrego zawału mięśnia sercowego. Niestety, nie należymy do czołówki krajów mogących się pochwalić niskimi współczynnikami zgonów możliwych do uniknięcia. Daleko nam pod tym względem do średniej unijnej, o Szwecji czy Włoszech nawet nie wspominając.

Dlaczego tak się dzieje? Jedną z przyczyn jest to, że w dużej mierze polskie społeczeństwo niespecjalnie dba o swoje zdrowie. Szkoda, bo jak podkreślają eksperci WHO, większość chorób układu krążenia można zapobiegać. Do najczęstszych modyfikowalnych czynników ryzyka należą palenie tytoniu, niezdrowa dieta, brak aktywności fizycznej, nadmierne spożycie alkoholu, a ostatnio coraz częściej mówi się również o stresie czy zbyt krótkim śnie. Mogą one doprowadzać do podwyższonego ciśnienia krwi i poziomu glukozy, zaburzeń lipidowych oraz nadwagi i otyłości, a w konsekwencji zwiększać ryzyko nadciśnienia tętniczego (na które w Polsce według szacunków NFZ choruje około 11 mln ludzi), niewydolności serca, zawału serca, choroby wieńcowej, udaru mózgu i innych powikłań



ilustracja: Michał Trusz

sercowo-naczyniowych. Wyliczono, że w naszym kraju behawioralne czynniki ryzyka powodują utratę 35,8 proc. (43,0 proc. u mężczyzn i 27,1 proc. u kobiet) lat przeżytych w zdrowiu wyrażonych współczynnikiem DALY (ang. Disability-Adjusted Life Years).

– Mamy wiele czynników ryzyka, na które możemy wpływać, ale często tego nie robimy. Nadal brakuje świadomości na ten temat, dlatego trzeba edukować społeczeństwo – mówi prof. Piotr

Dobrowolski z Zakładu Epidemiologii, Prewencji Chorób Układu Krążenia i Promocji Zdrowia Narodowego Instytutu Kardiologii, pełnomocnik Ministra Zdrowia ds. Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia na lata 2022–2032, czyli strategii, która ma ograniczyć umieralność i zachorowalność związaną z chorobami sercowo-naczyniowymi. To w ramach NPChUK był prowadzony program pilotażu Krajowej Sieci Kardiologicznej realizowany w latach 2021–2024 w kilku województwach, na podstawie którego sieć ma być wdrażana w całym kraju. Wiązane są z nią ogromne nadzieje. (więcej na temat KSK w tym numerze „GL” na str. 13).

Jakie są najbliższe cele związane z Narodowym Programem Chorób Układu Krążenia?

– Chciałbym skupić się na zadaniach wyrównujących dostęp do świadczeń kardiologicznych, dzięki którym zmniejszymy różnice w długości życia mieszkańców Polski. Teraz te różnice widzimy nawet pomiędzy powiatami. Ważna jest też edukacja, np. obalanie mitów, że statyny są niebezpieczne – mówi prof. Piotr Dobrowolski. Dodaje, że najprawdopodobniej jeszcze w grudniu ruszą szkolenia dla lekarzy na temat technik komunikacji z pacjentem, które pomagają wpływać na chorego tak, by ten chętniej stosował się do zaleceń lekarskich. Szereg chorób kardiologicznych

Najnowszych danych epidemiologicznych dotyczących chorób układu krążenia w Polsce dostarczy trzecia edycja Wieloośrodkowego Ogólnopolskiego Badania Stanu Zdrowia Ludności (WOBASZ), realizowanego na zlecenie Ministerstwa Zdrowia w ramach NPChUK. Badanie już ruszyło i potrwa w terenie do lutego 2026 r. Weźmie w nim udział ok. 10 tysięcy osób ze wszystkich województw.

ma przewlekły charakter, co wymaga regularnego przyjmowania leków. Niestety, często pacjenci przestają je brać. Czy NPChUK wymaga zmian? – Jego założenia są słuszne. Nie widzę potrzeby wywracania go do góry nogami. Najważniejsze, aby go realizować zgodnie z planem – uważa Piotr Dobrowolski.

JAK ODBLOKOWAĆ SZPITALA

Nawet najlepsze działania prewencyjne mają to do siebie, że ich efekty widać w perspektywie długoterminowej. Tymczasem miliony pacjentów z już istniejącymi różnymi problemami kardiologicznymi wymagają opieki tu i teraz. Jak system radzi sobie z tym wyzwaniem?

– Z danych za 2024 r. zebranych od konsultantów wojewódzkich wynika, że dysponujemy 240 oddziałami kardiologicznymi, z czego w 166 funkcjonuje całodobowe zabezpieczenie interwencyjnego leczenia zawału serca. W sumie mamy 7853 łóżka, tj. ok. 20 łóżek na 100 tys. mieszkańców, w tym 1826 łóżek intensywnej terapii kardiologicznej (OITK) – mówi prof. Waldemar Banasiak, konsultant krajowy w dziedzinie kardiologii. Dodaje, że w ubiegłym roku na oddziałach leczono 548 812 pacjentów (w tym ponad 104 tys. w ramach OITK), a w poradniach kardiologicznych udzielono 4 674 284 porad, w tym 907 897 wizyt pierwszorazowych.

– W mojej opinii dostępność do leczenia schorzeń sercowo-naczyniowych w naszym kraju jest niezła, a świadczone usługi kardiologiczne są na wysokim poziomie porównywalnym z krajami w Europie Zachodniej. Wydaje się, że liczba łóżek nie jest najważniejsza i nie powinniśmy dążyć do jej rozbudowywania, a bardziej zwrócić uwagę na poprawę organizacji systemu leczenia

pacjentów poprzez preferowanie w większym odsetku leczenia w warunkach ambulatoryjnych i hospitalizacji jednodniowych – uważa prof. Banasiak. Wyjaśnia, że obecnie nie ma odsetek hospitalizacji planowych dotyczy wykonania procedur, które można bezpiecznie zrealizować w ramach AOS, co w efekcie m.in. wydłuża kolejki dla pacjentów kwalifikowanych do leczenia interwencyjnego i ogranicza dostęp dla hospitalizacji ostrodrożowych.

To także dodatkowe koszty dla płatnika. – Koncepcja odwróconej piramidy świadczeń ma za zadanie uporządkować te zagadnienia,

Z racji starzejącej się populacji potrzeby w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych będą rosły. Konieczne będzie nie tylko usprawnienie systemu leczenia, ale też zwiększone finansowanie

optymalizując przepływ pacjentów przez poszczególne tryby leczenia i poziomy zabezpieczenia opieki kardiologicznej. Uważam, że wprowadzenie w życie ustawy o Krajowej Sieci Kardiologicznej jest początkiem pozytywnych zmian systemowych – dodaje specjalista.

FINANSE I STANDARYZACJA OPIEKI

Kardiolodzy sygnalizują również inne systemowe wyzwania – m.in. problemy ze skompletowaniem kadry w szpitalach. – Na naszym terenie nie brakuje oddziałów kardiologicznych, ale niestety mamy duże niedobory kardiologów w szpitalnictwie zamkniętym. Cała nadzieja w młodych lekarzach odbywających specjalizację – mówi dr hab. Katarzyna Styczkiewicz z Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Rzeszowie, konsultant do spraw kardiologii dla woj. podkarpackiego.

Pytanie tylko, czy to nie jest nadzieja krótkoterminowa? Jeśli nie polubią pracy na oddziale w trakcie rezydentury, to nie zostaną.

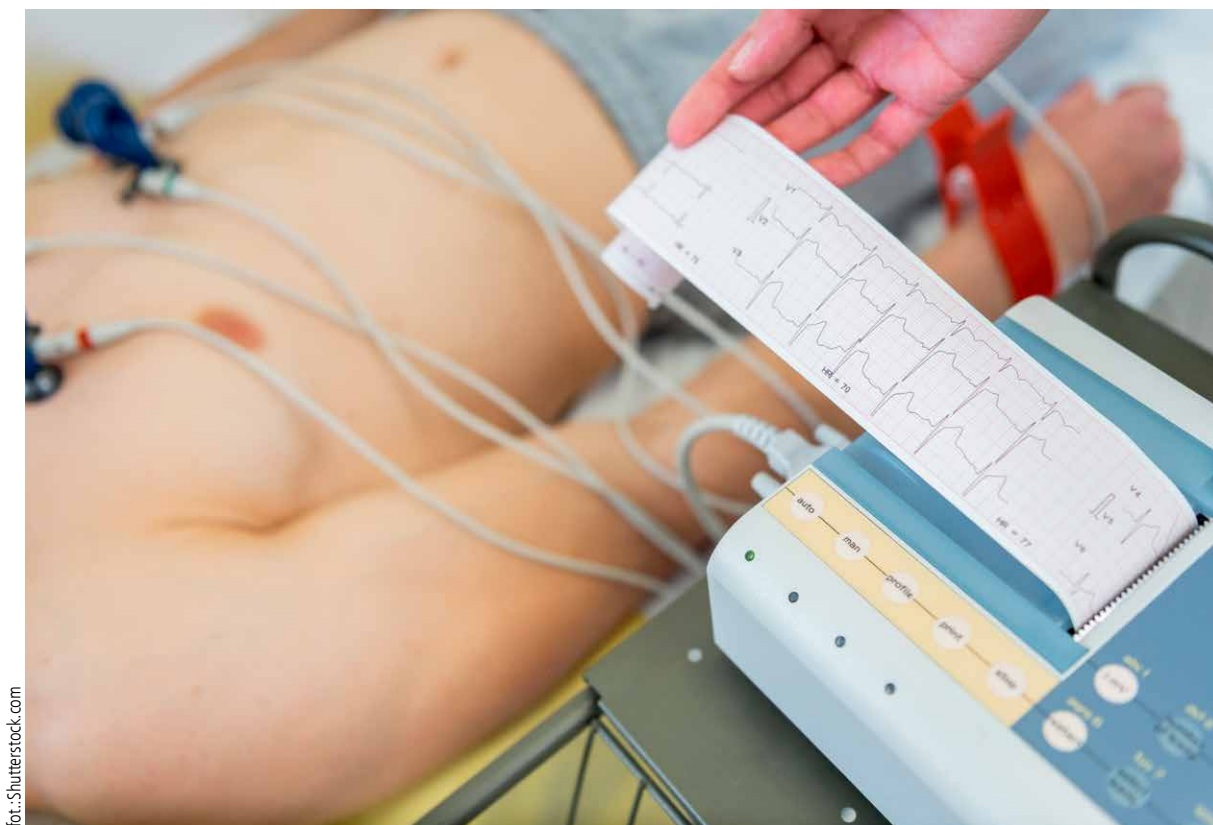
– Trzeba ich przekonywać warunkami pracy i nie mam tu na myśli wyłącznie aspektu finansowego. Ośrodek, który działa prężnie, wprowadza nowe metody leczenia, daje perspektywę na rozwój naukowy i kliniczny, a przy tym jest dobrze zarządzany i panuje w nim dobra atmosfera, może być atrakcyjnym miejscem pracy – przekonuje Katarzyna Styczkiewicz.

Jeśli chodzi o inne bolączki polskiej kardiologii, wymienia się m.in. kwestie finansowe, wyrównanie jakości w opiece i większe wykorzystanie nowoczesnych technologii. Prof. Agnieszka Tycińska podkreśla, że kluczowe procedury, takie jak intensywna terapia pacjentów we wstrząsie kardiogenym, interwencyjna echokardiografia czy nowoczesne zabiegi przezskórne w wadach zastawkowych serca są niedofinansowane, a wręcz na granicy opłacalności. Zwraca też uwagę, że potrzebujemy standaryzacji intensywnej opieki kardiologicznej.

– W pierwszym kwartale tego roku w 149 oddziałach intensywnej terapii kardiologicznej przeprowadzono badanie, które ujawniło istotne braki w infrastrukturze, wyposażeniu oraz kadrze medycznej. Potrzebujemy jednolitych standardów postępowania, lepszego dostępu do nowoczesnego sprzętu i systemu wspierającego decyzje kliniczne, tak aby jakość leczenia była taka sama niezależnie od miejsca zamieszkania pacjenta – mówi prof. Tycińska. Dodaje, że trzeba skrócić czas rozpoznania nagłego zatrzymania krążenia i poprawić dostępność pomocy. – Możemy to osiągnąć na przykład przez system wykorzystujący nowoczesne technologie informatyczne do szybszego wywołania pomocy i koordynowania działań ratowników. Zwracam też uwagę na potrzebę poprawy dostępu do rehabilitacji kardiologicznej. W Polsce jedynie co piąty pacjent po zawale serca podejmuje rehabilitację, mimo że jest to jeden z najskuteczniejszych sposobów, by zapobiec kolejnemu incydentowi kardiologicznemu i poprawić jakość życia – podkreśla ekspertka.

W poprawie opieki nad pacjentem po zawale mięśnia sercowego

► Pacjent kardiologiczny często jest obciążony innymi schorzeniami



fot.: Shutterstock.com

miał pomóc program KOS-Zawał, który wystartował pod koniec 2017 r. – To bardzo dobre rozwiązanie, które przynosi wymierne efekty, niestety tylko 30–40 proc. pacjentów z zawałem z niego korzysta. Myślę, że trzeba ułatwić pacjentowi przeniesienie miejsca realizacji programu, jeśli mieszka daleko od ośrodka, w którym mu udzielono pomocy. Obecnie bardzo trudno jest to zrobić, a koszty transportu oraz potrzeba dla części z tych pacjentów pomocy przy transporcie są realnym problemem – uważa prof. Robert Gil, kierownik Kliniki Kardiologii Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA w Warszawie, członek Rady Ekspertów NRL. Jednocześnie przypomina, że nie wdrożono programu dla pacjentów z niewydolnością serca, a przecież istotna część tych chorych, przeżywając zawał, zasila tę populację.

– Opracowany przez PTK program Koordynowanej Opieki nad Pacjentem z Niewydolnością Serca, dwukrotnie ogłoszony w mediach, utknął na etapie rozpoczęcia pilotażu i finalnie nie udało się go wprowadzić. W Polsce ponad milion osób ma niewydolność serca. Spora część z nich co miesiąc–dwa miesiące

trafia do szpitala. Dzięki wdrożeniu KONS te hospitalizacje byłyby dużo rzadsze – ocenia prof. Robert Gil.

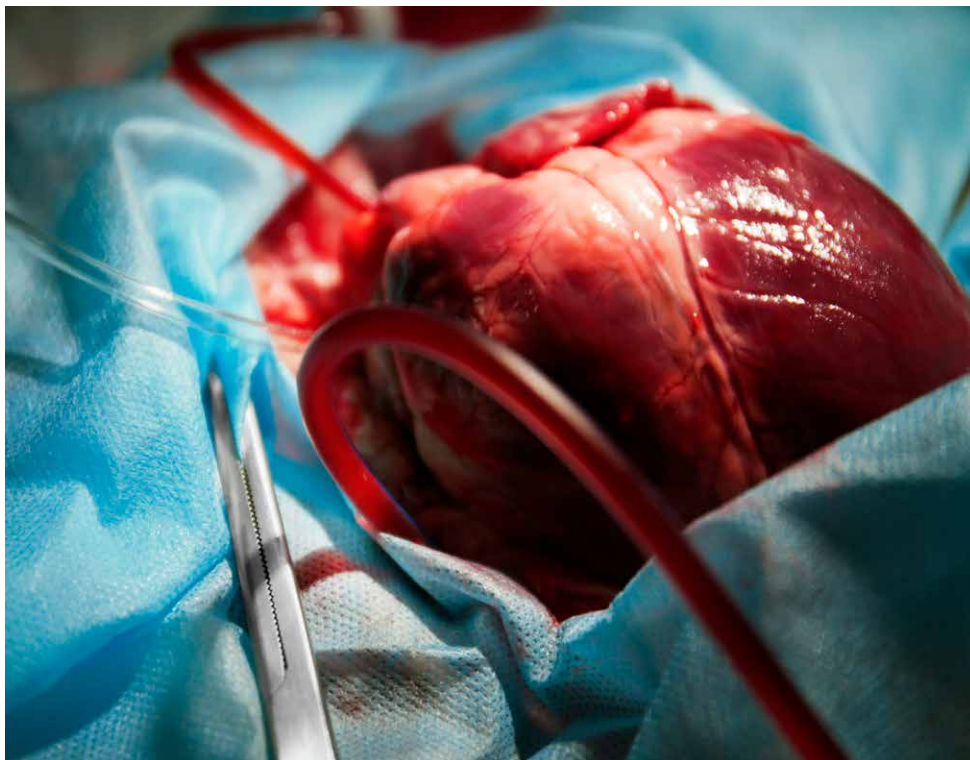
TO NASZ WSPÓLNY PACJENT

Pacjent kardiologiczny często jest obciążony innymi schorzeniami, np. chorobą otyłościową, cukrzycą, przewlekłą chorobą nerek, POChP, chorobą nowotworową. Albo jest kobietą w ciąży, która wymaga leczenia kardiologicznego.

– Oznacza to, że powinien mieć wokół siebie zespół specjalistów, np. kardiologa, kardiochirurga, radiologa, anestezjologa, genetyka, a czasem również onkologa czy geriatrę. To właśnie idea tzw. heart teamów, czyli zespołów wielodyscyplinarnych, które wspólnie podejmują decyzje o diagnostyce i leczeniu – mówi prof. Agnieszka Tycińska. Tłumaczy, że takie zespoły funkcjonują już w wielu ośrodkach w Polsce, szczególnie przy kwalifikacjach do zabiegów przezskórnych, operacji zastawkowych czy implantacji urządzeń wspomagających krążenie.

Ekspertka zaznacza jednak, że współpraca interdyscyplinarna to przede wszystkim zintegrowany system opieki, w którym wszyscy specjaliści mają dostęp do tych samych informacji i mogą działać według wspólnych protokołów. – Brak integracji prowadzi do chaosu, dublowania procedur, strat finansowych i, co najważniejsze, gorszych efektów leczenia. Dobrym przykładem jest opieka nad pacjentem po zawale serca. Dziś często kończy się ona w momencie wypisu ze szpitala. Jako środowisko kardiologiczne mamy nadzieję, że Krajowa Sieć Kardiologiczna i karta EKOK w przyszłości realnie poprawią komunikację między ośrodkami i zapewnią pacjentom ciągłość leczenia – stwierdza prof. Tycińska.

Wyzwaniem pozostaje pomoc pacjentom ze wstrząsem kardiogennym, którzy wymagają sprawnej działającej wielodyscyplinarnej opieki. – Brakuje rozwiązań systemowych koordynujących leczenie, przez co śmiertelność w tym schorzeniu jest bardzo wysoka – mówi



fot.: Shutterstock.com

prof. Robert Gil. W połowie maja Polskie Towarzystwo Kardiologiczne ruszyło z własnym pilotażem opieki nad pacjentem we wstrząsie kardiogenym w wybranych ośrodkach z ośmiu województw. – Opracowaliśmy zasady postępowania i wsparcie merytoryczne, obejmujące utworzenie tzw. zespołu wstrząsowego, ale szpitale muszą je realizować w ramach środków własnych. Wyniki z trzech miesięcy działania programu są bardzo obiecujące. Jeśli ten trend się utrzyma, będziemy mieć dowód na skuteczny sposób na obniżenie śmiertelności we wstrząsie kardiogenym. Mam nadzieję, że doprowadzi to do zmian systemowych – tłumaczy prof. Robert Gil.

WSPARCIE POZ

Szybszy dostęp do badań i leczenia podstawowych chorób układu krążenia ma zapewniać opieka koordynowana wdrażana w podstawowej opiece zdrowotnej. Przypomnijmy, że placówki POZ, które się na nią decydują, otrzymują większe możliwości diagnostyczne i terapii schorzeń z zakresu diabetologii, chorób płuc, endokrynologii, chorób nerek i kardiologii (nie trzeba podpisywać umowy na prowadzenie każdej z tych ścieżek). Lista chorób kardiologicznych obejmuje nadciśnienie tętnicze, niewydolność serca,

migotanie przedsionków i przewlekłą chorobę niedokrwinną serca, a lekarz może zlecać m.in. EKG wysiłkowe, holter EKG (24, 48,

Nasze tablice SCORE, które pokazują ryzyko zgonu z przyczyn sercowych, dosłownie świecą na czerwono

72 godz.), echo serca, stężenie BNP. Dodatkowo, o ile istnieje taka potrzeba, pacjent powinien otrzymać konsultację specjalistyczną.

– Opieka koordynowana dała nam narzędzia, dzięki którym pacjent może być szybko zdiagnozowany i otrzymać leczenie bez oczekiwania w kolejce do poradni specjalistycznej. Rzecz jasna, nie zastąpimy diabetologów, endokrynologów czy kardiologów, ale mamy podstawowe kompetencje, by leczyć cukrzycę czy nadciśnienie tętnicze – mówi Joanna Zabielska-Cieciuch, kierownik przychodni POZ w Białymstoku i ekspert Porozumienia Zielonogórskiego.

◀ Szybszy dostęp do badań i leczenia podstawowych chorób układu krążenia ma zapewniać opieka koordynowana wdrażana w podstawowej opiece zdrowotnej

Przychodnie mogą przystępować do opieki koordynowanej od 1 października 2022 r. Obecnie realizuje ją około połowa placówek POZ, z czego większość zapewnia ścieżkę z kardiologii. Na początku obserwowaliśmy duży wzrost liczby nowych podmiotów, które dołączały do tego programu, od jakiegoś czasu jednak ten proces wyhamował.

Zdaniem Joanny Zabielskiej-Cieciuch części podmiotom trudno podjąć to wyzwanie, ponieważ mają problem z podpisaniem umowy na konsultację u specjalisty. – Wyceny NFZ dla tych konsultacji nie są konkurencyjne. Zapewne też dla części placówek prowadzenie opieki koordynowanej jest za dużym wysiłkiem organizacyjnym. Ja jednak do niego zachęcam – stwierdza Zabielska-Cieciuch.

– Za sprawą opieki koordynowanej w POZ odwrócenie piramidy świadczeń w kardiologii dzieje się na naszych oczach. Trzeba robić wszystko, aby jak najszerzej ją wdrożono, bo to odciaży poradnie kardiologiczne. Nie żałujmy na to pieniędzy – potwierdza prof. Robert Gil.

Procesy demograficzne przebiegające w Polsce są jednoznaczne. Zmijemy coraz dłużej, rodzi się coraz mniej dzieci. Populacja się starzeje. Według jednej z prognoz Głównego Urzędu Statystycznego w 2060 r. możemy mieć ponad 11 mln osób w wieku 65+. To niemal o połowę więcej niż w 2022 r.

– Z racji starzejącej się populacji potrzeby w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych będą niebawem rosły. Konsekwencją będzie nie tylko potrzeba usprawnienia systemu leczenia pacjentów ze schorzeniami sercowo-naczyniowymi, ale także konieczność zwiększonego finansowania. Za pierwszą część odpowiada środowisko medyczne i w tej kwestii jestem spokojny za powodzenie, a za drugą część całe społeczeństwo oraz decydenci, ale w tej kwestii będę ostrożny w ostatecznym wyrokowaniu – ocenia prof. Waldemar Banasiak.

TEMAT NUMERU

Krajowa Sieć Kardiologiczna: między ambicją a realiami

MAŁGORZATA SOLECKA
DZIENNIKARKA

Nowy model organizacji opieki nad pacjentami z chorobami układu krążenia ma usprawnić diagnostykę, leczenie i rehabilitację, zapewniając koordynację działań na każdym poziomie systemu. Jednak doświadczenia z pilotażu i napięty harmonogram wdrażania pokazują, że droga do celu będzie długa i wymagająca.

Krajowa Sieć Kardiologiczna (KSK) będzie budowana stopniowo. Prowadzony w latach 2021–2024 pilotaż nie okazał się zbyt pomocny, choć sami kardiolodzy widzą to bardziej optymistycznie.

– Krajowa Sieć Kardiologiczna, która powoli nabiera rozpędu, to nasza przyszłość – mówił w połowie października prof. Robert Gil, prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego w latach 2023–2025, podczas posiedzenia senackiej Komisji Zdrowia, która dyskutowała na temat sytuacji w systemie opieki kardiologicznej. Pytany o prace nad wdrażaniem KSK, zaznaczył, że na szczegóły jest zbyt wcześnie, bo proces będzie rozłożony na etapy. – Pilotaż KSK jasno pokazał, czego robić nie należy. Nie chodzi o to, by zwiększać budżet i wykonywać procedury. Chodzi o zapewnienie pacjentowi opieki nie w ośrodkach wysokospecjalistycznych, ale na wszystkich wcześniejszych etapach – tłumaczył. Podkreślał, że przy tworzeniu ustawy o Krajowej Sieci Kardiologicznej uwzględniono wnioski z niedociągnięć pilotażu, a o tym, czy w ten sposób uda się poprawić opiekę nad pacjentem i przesunąć jej ciężar ze szpitali do opieki ambulatoryjnej, „będzie można ocenić po roku albo nawet dwóch”.

SZANSA NA LEPSZE REZULTATY

Podobnie jak w przypadku onkologii, kilkuletni pilotaż sieci kardiologicznej nie został zaprojektowany wystarczająco

precyzyjnie. Między innymi dlatego wnioski z raportu końcowego, opublikowanego kilka miesięcy temu, zaskoczyły wielu ekspertów. W żadnym ze wskaźników nie wykazano skuteczniejszej opieki nad pacjentami leczonymi w sieci. Przykładowo liczba nawrotów arytmii po ablacjach była u pacjentów pilotażu wyższa o 12 punktów procentowych niż u pacjentów leczonych poza pilotażem, a odsetek chorych, którzy uniknęli hospitalizacji z powodu zaostrzenia objawów niewydolności

EKOK ma być fundamentem nowej kardiologii – zintegruje dane, usprawni opiekę, pomoże ocenić jakość leczenia

serca – niższy o ponad 20 punktów procentowych w sieci niż poza nią.

Decyzja o pilotażu zapadła w maju 2021 r. Początkowo był realizowany tylko na Mazowszu, a od listopada 2022 r. rozszerzono go o sześć kolejnych województw: dolnośląskie, łódzkie, małopolskie, pomorskie, śląskie i wielkopolskie, gdzie był prowadzony do końca

2024 r. Pilotaż obejmował postępowanie z czterema grupami pacjentów: z nadciśnieniem wtórnym i opornym, z zaburzeniami rytmu serca, z wadami serca, z niewydolnością serca.

Niestety lektura raportu końcowego nie pozwalała na sformułowanie oceny, czy leczenie w ramach sieci poprawia skuteczność – zabrakło (tu znów podobieństwo do pilotażu KSO) jasnych kryteriów oceny. Odczucia pacjentów, jak można było usłyszeć podczas dyskusji w Senacie, w różnych województwach były różne.

– Na podstawie danych z raportu nie jest uprawnione wysnuwanie wniosku, że skuteczność leczenia pacjentów w pilotażu była mniejsza niż w leczeniu poza pilotażem – mówił latem „Rynkowi Zdrowia” Konrad Korbiński, ówczesny dyrektor Departamentu Opieki Koordynowanej w Ministerstwie Zdrowia, potwierdzając jednocześnie to, co wybrzmiewało już wcześniej w kardiologicznych (i nie tylko) kuluarach. Pilotaż zakładał brak limitów na wykonywane w jego ramach świadczenia, stał się więc dla szpitali istotnym źródłem przychodów. Chętnie przyjmowano pacjentów trudnych, u których można (i trzeba) było wdrażać wysokospecjalistyczne, dobrze płatne procedury, ale których leczenie obarczone było

KRAJOWA RADA KARDIOLOGICZNA – NOWE OTWARCIE

29 września w Ministerstwie Zdrowia odbyło się pierwsze posiedzenie Krajowej Rady Kardiologicznej, powołanej na mocy ustawy o Krajowej Sieci Kardiologicznej. Rada jest gremium doradczym ministra zdrowia i ma odgrywać kluczową rolę w kształtowaniu systemu opieki kardiologicznej, którego podstawą będzie Krajowa Sieć Kardiologiczna.

– Krajowa Rada Kardiologiczna to fundament zmian w polskiej kardiologii. Jej praca ma sprawić, że pacjenci szybciej trafią na badania, otrzymają skuteczniejsze leczenie i będą lepiej zaopiekowani po zawale czy udarze – mówiła minister zdrowia Jolanta Sobierańska-Grenda. Nowa Rada różni się od dotychczasowej Rady ds. Kardiologii przede wszystkim zakresem kompetencji i podstawą prawną. Poprzednie ciało funkcjonowało jedynie na mocy zarządzenia ministra zdrowia, natomiast obecna, podobnie jak Krajowa Rada Onkologiczna, została umocowana w ustawie. Dzięki temu zyskała większe znaczenie, realny wpływ na decyzje i nowe zadania, w tym ocenę jakości funkcjonowania Krajowej Sieci Kardiologicznej. Skład Rady został dodatkowo poszerzony o przedstawicieli Narodowego Funduszu Zdrowia, Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Rzecznika Praw Pacjenta. Celem Krajowej Rady Kardiologicznej jest poprawa koordynacji systemu, zwiększenie dostępności badań profilaktycznych, ocena jakości i skuteczności leczenia oraz wdrażanie innowacyjnych rozwiązań w opiece kardiologicznej.

również większym ryzykiem. Stąd gorsze wskaźniki w pilotażu niż poza nim.

Mimo takich rezultatów zarówno decydenci, jak i eksperci są jednomyślni: sieciowanie opieki nad pacjentem to szansa na lepsze rezultaty leczenia. Model ten wpisuje się w kierunek zapewniania opieki koordynowanej i kompleksowej, co z jednej strony stanowi korzyść dla pacjenta, z drugiej zaś daje szansę na optymalizację zasobów systemu.

– Mamy jasny cel: poprawę jakości leczenia chorób układu krążenia w całym kraju. Dlatego powstaje Krajowa Sieć Kardiologiczna. Dzięki niej leczenie będzie lepiej zorganizowane – obiecywało Ministerstwo Zdrowia, gdy prezydent Andrzej Duda w połowie czerwca 2025 r. podpisał ustawę o KSK. W ciągu kilku miesięcy wiele się

Pierwszy wykaz ośrodków
zakwalifikowanych do KSK NFZ
ogłosił już w lipcu, będzie on
obowiązywać przez trzy lata

wydarzyło: została przeprowadzona kwalifikacja ośrodków i przyporządkowanie ich poszczególnym poziomom sieci, gwarantującym różne zakresy opieki:

- OK I – podstawowa diagnostyka i leczenie,
- OK II – bardziej zaawansowane leczenie (koordynacja i ciągłość opieki, kompleksowe badania, leczenie – np. kardiologia interwencyjna, ostre zespoły wieńcowe) i rehabilitacja,
- OK III – oprócz zadań OK II obejmie również najbardziej skomplikowane zabiegi, w tym kardiochirurgię.

Pierwszy wykaz ośrodków zakwalifikowanych do KSK Narodowy Fundusz Zdrowia ogłosił już w lipcu (nie obyło się bez protestów i drobnych korekt). Będzie on obowiązywać przez trzy lata – dopiero w styczniu 2028 r. sieć zostanie w pełni zaimplementowana. Czas ten zakwalifikowane ośrodki

muszą wykorzystać na spełnienie wszystkich kryteriów. Jeśli tego nie zrobią, w kolejnym wykazie się nie znajdą.

CZAS TO KPO

W połowie lipca ogłoszono podzielony na dwie części (osobny dla ośrodków pierwszego poziomu, osobny dla dwóch pozostałych) konkurs na modernizację i rozwój infrastruktury, finansowany ze środków Krajowego Planu Odbudowy z alokacją przekraczającą 2 mld zł. Jak podkreślał podczas Forum Rynku Zdrowia (20-21 października 2025 r.) Konrad Korbiński, dyrektor generalny Ministerstwa Zdrowia, o pieniądzu z KPO starają się praktycznie wszystkie ośrodki tworzące sieć. Wyniki, czyli listy zakwalifikowanych w obu konkursach, mają być znane do połowy listopada, a do końca listopada resort zdrowia chce podpisać umowy.

Czas nagli, bo – jak przypominał dyrektor Korbiński – w konkursach KPO obowiązuje data rozliczenia inwestycji do 30 czerwca 2026 r. Ministerstwo Zdrowia wielokrotnie zapowiadało, że Polska podejmie starania o wynegocjowanie dodatkowego czasu (ze względu na opóźnienie w uruchomieniu pieniędzy), ale takiej decyzji nie ma i nic nie wskazuje, sądząc po deklaracjach urzędników, by miała zostać przez Brukselę podjęta. Jak przyznał Konrad Korbiński, pewne pole manewru jest związane z interpretacją sformułowania „zakończenie inwestycji”, ale szpitale powinny założyć, że oznacza to co najmniej np. zakup sprzętu (bez konieczności jego uruchomienia i wykorzystywania). – To ostatni konkurs z Krajowego Planu Odbudowy – podkreślał przedstawiciel Ministerstwa Zdrowia. Jeśli środki nie zostaną rozliczone, będą musiały zostać zwrócone do Brukseli.

Obawy, że ośrodki kardiologiczne nie zdążą wykorzystać pieniędzy z KPO, pojawiały się już na etapie prac nad ustawą i były jednym z argumentów za pośpiechem w procedowaniu rządowego projektu. Ministerialny harmonogram jest skrajnie napięty, nie zostawia marginesu na ewentualne protesty. Tymczasem pojawiają się wątpliwości wokół niektórych kryteriów



▲ Bez współpracy z podstawową opieką zdrowotną Krajowa Sieć Kardiologiczna będzie kuleć

punktowania projektów (w tym izb przyjęć, bo część ośrodków takich jednostek w tym momencie nie ma).

EKOK – SERCE SYSTEMU

Presja czasu jest też odczuwalna w harmonogramie prac Krajowej Rady Kardiologicznej. – Rada obraduje w tej chwili co dwa tygodnie ze względu na konieczność nadania biegu kluczowym sprawom (wśród których poczesne miejsce zajmowały konkursy z KPO) – mówił podczas dyskusji poświęconej problemom kardiologii na Forum Rynku Zdrowia prof. Przemysław Mitkowski, kierownik Pracowni Elektroterapii Serca, I Klinika Kardiologii, Katedra Kardiologii, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, zastępca przewodniczącej Krajowej Rady Kardiologicznej i prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego w kadencji 2021–2023.

Kolejnym ważnym wyzwaniem są kwestie związane z EKOK (elektroniczną kartą opieki kardiologicznej). EKOK ma być fundamentem nowego modelu. Kardiologowie wyciągają wnioski z doświadczeń onkologów i problemów z kartą DiLO

w wersji papierowej oraz tych, które towarzyszą wdrażaniu karty e-DiLO. Krajowa Sieć Onkologiczna nie może w pełni zafunkcjonować bez e-DiLO, Krajowa Sieć Kardiologiczna będzie planowo wprowadzać EKOK stopniowo, dając ośrodkom czas na przystosowanie systemów (EKOK stanie się jedynym nośnikiem informacji od 2028 r., co będzie równoznaczne z pełnym wdrożeniem sieci). Karta według założeń ma integrować wszystkie informacje dotyczące opieki kardiologicznej pacjenta, aby nie musiał sam gromadzić dokumentacji. Co więcej, profesjonaliści medyczni, do których pacjent będzie trafiał, poruszając się po wyznaczonej przez system ścieżce, będą mieć komplet wiedzy na temat jego potrzeb zdrowotnych.

PACJENT NA POLSKICH ŚCIEŻKACH

Ścieżka pacjenta, jak podkreślał prof. Przemysław Mitkowski, musi być drożna i dwustronna, tak by pacjent potrzebujący bardziej specjalistycznej opieki trafiał do niej możliwie szybko, ale również – gdy zostanie zaopiekowany i ustabilizowany, mógł wrócić na niższy poziom sieci albo nawet pod opiekę lekarza

podstawowej opieki zdrowotnej. – Bardzo liczymy na współpracę z POZ. Bez niej Krajowa Sieć Kardiologiczna będzie kuleć – dodał ekspert.

Ta współpraca jest jednak opatrzona sporym znakiem zapytania: jeden z twardych wniosków płynących z pilotażu dotyczy właśnie braku zainteresowania przejmowaniem pacjentów „sieciowych”. To zaś oznacza, co potwierdził zresztą pilotaż, że jeden z celów KSK, jakim jest skracanie kolejek dla pacjentów kardiologicznych, może być trudny do osiągnięcia.

Trudno jednak mówić o zaskoczeniu. Już jesienią 2024 r., gdy podczas XXVIII Międzynarodowego Kongresu Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego w Katowicach Ministerstwo Zdrowia prezentowało wstępne założenia projektu ustawy o KSK, zagadnieniem, które budziło najbardziej ożywioną dyskusję, były relacje między tym modelem opieki kardiologicznej i POZ. Nie bez powodu: resort zdrowia – deklaracyjnie – mówił o funkcjonalnym rozszerzaniu sieci (zarówno onkologicznej, jak i kardiologicznej) na podstawową opiekę zdrowotną (zarówno

W SKŁAD KRAJOWEJ RADY KARDIOLOGICZNEJ WCHODZĄ:

- **prof. dr hab. n. med. Janina Stępińska** – jako przedstawiciel ośrodka koordynującego (przewodnicząca Rady),
- **prof. dr hab. n. med. Przemysław Mitkowski** – jako specjalista z dziedziny hipertensjologii (zastępca przewodniczącej Rady),
- **prof. dr hab. n. med. Agnieszka Tycińska** – jako specjalista z dziedziny intensywnej terapii,
- **dr hab. n. med. prof. Kazimierz Widenka** z Uniwersytetu Rzeszowskiego – jako specjalista z dziedziny kardiologii,
- **prof. dr hab. n. med. Krystian Wita** – jako specjalista z dziedziny kardiologii,
- **prof. dr hab. n. med. Joanna Kwiatkowska** – jako specjalista z dziedziny kardiologii dziecięcej,
- **prof. dr hab. n. med. Marek Szolkiewicz** – jako specjalista z dziedziny kardiologii i chorób wewnętrznych,
- **prof. dr hab. Dominika Szalewska** – jako specjalista z dziedziny rehabilitacji medycznej,
- **prof. dr hab. n. med. Jarosław Drobnik** – jako specjalista z dziedziny zdrowia publicznego,
- **prof. dr hab. n. med. Adrian Doroszko** – jako przedstawiciel ministra właściwego do spraw zdrowia,
- **dr hab. n. med. i n. o zdr. Anna Kowalczyk** – jako przedstawiciel Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji,
- **prof. dr hab. n. med. Paweł Ptaszyński** – jako przedstawiciel Rzecznika Praw Pacjenta,
- **Jakub Szulc** – jako przedstawiciel Narodowego Funduszu Zdrowia.

„przed” leczeniem w ramach sieci specjalistycznych, jak i „po” nim), ale bez żadnych organizacyjnych, a tym bardziej finansowych szczegółów. Wielu specjalistów zwracało wówczas uwagę, że wprawdzie opieka koordynowana w POZ się rozszerza, a ścieżka kardiologiczna cieszy się największą popularnością, ale te dwa modele się instytucjonalnie nie stykają. W tej chwili sytuacja niewiele się zmieniła.

– Życzyłabym sobie, by była dobra współpraca między POZ i siecią kardiologiczną. Musi być jednak otwartość z obu stron. POZ nie są w sieci. I tylko w połowie poradni funkcjonuje opieka koordynowana – mówiła z perspektywy pacjentów Agnieszka Wołcenko, prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Pacjentów ze Schorzeniami Serca i Naczyń EcoSerce.

JAKOŚĆ TO PIENIĄDZ, KTÓREGO NIE MA

EKOK ma ułatwić prowadzenie dokumentacji. Zakłada maksymalną automatyzację – w założeniach nie

W sieci będą obowiązywać takie same zasady rozliczania świadczeń, jak w całym systemie

będzie dokładać biurokratycznych obowiązków lekarzom, ale na tym oczekiwania się nie kończą. Narzędzie pozwoli też ocenić jakość opieki kardiologicznej i będzie gwarancją jakości tego leczenia. Ośrodki, które nie będą zapewniać minimalnych wskaźników, wypadną z sieci. I odwrotnie: te, które osiągną wyznaczone przez Ministerstwo Zdrowia cele, będą premiowane finansowo. Jak mówił prof. Przemysław Mitkowski, będzie można osiągnąć – na wszystkich poziomach sieci – nawet 25-proc. bonus w stosunku do zakontraktowanej wartości punktu (przelicznik 1,25).

W tej chwili Krajowa Rada Kardiologiczna pracuje nad wyborem około dziesięciu parametrów, które będą stosowane do oceny jakości. – Z kilkudziesięciu chcemy wskazać na początek tych około dziesięciu,

które będą pomocne do kompleksowej oceny ośrodków i jednocześnie będą obiektywne i niemożliwe do koloryzowania – podkreślał. Jak zaznaczył, trzeba zabezpieczyć się przed scenariuszem znanym z innych krajów europejskich, w którym ośrodki będą niezainteresowane leczeniem trudnych pacjentów, będą odstępować od leczenia pacjentów po powikłaniach czy niepowodzeniach leczniczych w innych ośrodkach.

Konrad Korbiński zastrzegł od razu, że przelicznik 1,25 to wartość docelowa, do której dochodzenie zajmie kilka lat. Nie będzie więc tak, że najlepsze jakościowo ośrodki od razu będą mogły liczyć na 25-proc. dodatek do kontraktu. Będzie on podnoszony stopniowo. Również, jak się można domyśleć, adekwatnie do sytuacji finansowej systemu, o czym mówiono otwarcie podczas dyskusji na temat wyzwań kardiologicznych. Krajowa Sieć Kardiologiczna startuje bowiem w warunkach pod tym względem suboptymalnych: w budżecie płatnika jest wyrwa szacowana w 2025 r. na 14 mld zł, w przyszłym roku z pewnością przekroczy ona 23 mld zł.

W przeciwieństwie do pilotażu, w którym zdjęto limity, tu nie ma mowy o takim rozwiązaniu – w sieci będą obowiązywać takie same zasady rozliczania świadczeń, jak w całym systemie. Nie jest to zaskoczeniem. Zresztą nie chodzi tylko o zasady, ale i realia. A te są takie, że NFZ w tej chwili ma duże opóźnienia w płatnościach za świadczenia nielimitowane wykonane ponad kontrakt, zaś za nadwykonania świadczeń limitowanych płać (do tego roku) w miarę swoich możliwości, ale raczej według stawki regresywnej.

Czy będzie w stanie przy ogromnej luce finansowej zapłacić cokolwiek w kolejnych latach? Im mniejsze prawdopodobieństwo uzyskania zapłaty, tym mniejsza gotowość ze strony ośrodków do udzielania świadczeń, a więc – dłuższe kolejki i mniejsza dostępność pacjentów do leczenia. Szanse na jakość opatrzone są więc już na wstępie dużym znakiem zapytania. ●

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

TEMAT NUMERU

Czas przestać gasić pożary. Potrzeba prewencji

Choć potrafimy skutecznie leczyć zawały i niewydolność serca, wciąż nie potrafimy zapobiegać ich występowaniu – przyznaje **prof. Marek Gierlotka**, prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, w rozmowie z Lucyną Krysiak.

Z jakimi wyzwaniami będzie się musiał mierzyć nowo wybrany prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego w obecnej kadencji?

Jest ich wiele, ale w mojej ocenie najważniejsza obecnie kwestia to zintensyfikowanie naszych działań w obszarze prewencji chorób układu krążenia. Niestety, wskaźniki epidemiologiczne zapadalności i umieralności z przyczyn sercowo-naczyniowych są dużo gorsze od średniej w krajach Unii Europejskiej i mimo rozwoju kardiologii interwencyjnej – inwestowania w hemodynamikę, elektrofizjologię i coraz bardziej zaawansowaną diagnostykę, nie możemy wyjść poza te niekorzystne statystyki. Od lat notujemy ogromny postęp w medycynie naprawczej, a wciąż jesteśmy krajem wysokiego ryzyka sercowo-naczyniowego. Bardzo dobrze leczymy pacjentów, np. z zawałem serca, z niewydolnością serca, i jako Towarzystwo walczymy o szybki i powszechny dostęp do nowoczesnych terapii, ale okazuje się, że to za mało.

Trzeba jasno powiedzieć, że musimy mocno i zdecydowanie postawić na profilaktykę, gdyż od prewencji będzie zależeć, czy zdobycze medycyny naprawczej przełożą się realnie na poprawę zdrowia naszego społeczeństwa. Pieniądzy w systemie opieki zdrowotnej w najbliższym czasie nie przybędzie. Trzeba więc tak zorganizować opiekę kardiologiczną, aby zapewnić chorym jak najlepsze leczenie. Ale pacjent musi współpracować – być świadomym zagrożeń, wyedukowanym w zakresie zachowań



fot.: larchivum prywatne

◀ **Prof. Marek Gierlotka**, prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, dyrektor Instytutu Nauk Medycznych Uniwersytetu Opolskiego, kierownik Kliniki i Oddziału Kardiologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Opolu

piramidy świadczeń oraz lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Jeśli zaangażujemy w to również dobrze zorganizowaną prewencję, odciążymy medycynę naprawczą i przy takich samych nakładach mamy szansę osiągnąć lepsze wyniki, a więc obniżyć wskaźniki zapadalności, umieralności, utraconych lat życia w zdrowiu, co jest naszym celem. Jednak spośród krajów Unii Europejskiej przeznaczamy na prewencję najmniej, i to trzeba zmienić. Potrzebne są konkretne działania zarówno ze strony rządzących, jak i samych lekarzy.

prozdrowotnych, zaangażowanym w proces terapeutyczny. Chodzi o wczesne rozpoznawanie czynników ryzyka i zapobieganie im zarówno w prewencji pierwotnej, jak i wtórnej.

Co zrobić, by system opieki kardiologicznej i wszystkie jego elementy, łącznie z profilaktyką, ze sobą współpracowały?

Resort zdrowia, Krajowa Sieć Kardiologiczna i Narodowy Fundusz Zdrowia jako płatnik mają za zadanie tak zorganizować opiekę kardiologiczną, aby sprawnie funkcjonowała, włączając w to koncepcję odwróconej

Jakie?

PTK widzi konieczność zaangażowania się wielu lekarskich towarzystw naukowych i opracowania wspólnych zasad współpracy. Mam na myśli utworzenie interdyscyplinarnej koalicji na rzecz prewencji chorób serca i naczyń. Problem dotyczy nie tylko kardiologii, ale także neurologii, chirurgii naczyniowej, diabetologii, endokrynologii czy medycyny rodzinnej. PTK niedawno podjęło współpracę z onkologami, teraz czas na kolejne, bardziej intensywne działania. Uważamy, że powinniśmy opracować wspólny

dokument strategiczny, w tym ujednolicone wytyczne dotyczące prewencji chorób sercowo-naczyniowych, wspólne dla naszych specjalności zajmujących się pacjentami z chorobami serca i naczyń, dostosowane do polskich realiów, które jasno określałyby cele, porządkowały zalecenia i wytyczały kierunki działań zarówno edukacyjnych, jak i systemowych.

Prewencję tworzą głównie programy profilaktyczne opracowane przez resort zdrowia, NFZ, samorządy lokalne, ale ich skuteczność nie jest zadowalająca.

To prawda, to bardzo dobre programy, ostatnio coraz lepsze, jak np. program Moje Zdrowie, ale zainteresowanie nimi jest zbyt małe. Nie ma w świadomości społecznej wystarczającego popytu na profilaktykę. Ze świadczeń zdrowotnych pacjenci korzystają chętnie, ale profilaktykę omijają. Dlatego świadczenia profilaktyczne powinny stać się nieodłącznym elementem systemu ochrony zdrowia, powinny być kontraktowane przez NFZ z jednostkami służby zdrowia, a nie realizowane w ramach programów profilaktycznych. Jeśli uda się podnieść świadomość społeczną na temat korzyści płynących z profilaktyki i zbudować ofertę, którą wytrzyma system, to krok do tego, aby profilaktyka była jego stałym elementem. Profilaktyka to praca na lata, ale dobrze zorganizowana zaprocentuje i doprowadzi do obniżenia wskaźników epidemiologicznych z powodu chorób sercowo-naczyniowych. Chciałbym, aby powstał projekt Narodowej Strategii Prewencji Chorób Serca i Naczyń, opracowany przez towarzystwa naukowe we współpracy z organizatorami systemu ochrony zdrowia i pacjentami, który spinałby te wszystkie dążenia.

A transformacja cyfrowa PTK – na czym ma polegać?

Chciałbym zdecydowanie unowocześnić i rozszerzyć naszą ofertę edukacyjną jako Towarzystwa. Multimedialna Platforma Edukacyjna PTK w obecnej formule jest, łagodnie mówiąc, przestarzała. Chcemy stworzyć lepszy, nowoczesny, interaktywny i intuicyjny portal wiedzy kardiologicznej. Nowa

Platforma powinna oferować nie tylko nagrania wideo z kongresów i konferencji, ale także prezentacje w formacie PDF ze wszystkich wydarzeń organizowanych przez PTK i jego struktury, ponadto webinary z transkrypcją tekstu, kursy e-learningowe, podcasty z ekspertami oraz interaktywne opisy przypadków klinicznych. Kluczowe będzie wprowadzenie inteligentnej, semantycznej wyszukiwarki, najlepiej opartej na AI, która pozwoli szybko znaleźć konkretne, potrzebne w danej

Profilaktyka to praca na lata, ale dobrze zorganizowana zaprocentuje i doprowadzi do obniżenia wskaźników epidemiologicznych z powodu chorób sercowo-naczyniowych

chwili informacje. Chciałbym, aby w odpowiedzi na zapytanie w wyszukiwarce internetowej – dotyczące np. niewydolności serca – pacjent i lekarz trafił na rzetelne i zweryfikowane materiały edukacyjne PTK. Platforma powinna być dla nas, medyków, i dla pacjentów i dotyczyć pełnego spektrum wiedzy kardiologicznej oraz prewencji chorób układu krążenia.

XXIX Kongres PTK, który odbywał się pod koniec września br. w Krakowie, promował hasło „Twoje serce – Twoje życie. Żyj zdrowo, przestrzegaj zaleceń”. Co się za tym kryje?

Kryje się za tym niestety nieprzestrzeganie przez pacjentów naszych zaleceń i zasad profilaktyki. Dowiedziono ponad wszelką wątpliwość, że unikanie bądź nieregularne przyjmowanie leków pogarsza rokowanie i skraca długość życia w zdrowiu, a może nawet prowadzić do zgonu. To nie tylko rodzimy problem. Nawiażując do najnowszych wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego – pacjent musi być integralną częścią procesu terapeutycznego. Powinien

współuczestniczyć w decyzjach podejmowanych przez lekarza i być ich świadomy, ponieważ lepiej rozumiejąc swoją chorobę, chętniej stosuje się do zaleceń i zasad prewencji chorób układu krążenia. Obejmuje ona zdrowy styl życia, kontrolę czynników ryzyka oraz regularne badania profilaktyczne. Ważna jest również profilaktyka wtórna, która polega na zapobieganiu nawrotom choroby i powikłaniom u osób już chorujących.

Problemem jest także brak zaufania do lekarzy. Trzeba je nieustannie budować poprzez edukację, ale też czas poświęcać pacjentowi, w tym rozmowę o działaniach niepożądanych leków, by móc usunąć obawy z tym związane. Leczenie często wymaga modyfikacji, zmiany dawek, uzupełnienia o dodatkowe leki – trzeba o tym od razu powiedzieć pacjentowi, aby później współpraca układała się właściwie. Nowe zalecenia pokazują, że należy jak najszybciej włączać wszystkie leki poprawiające rokowanie, ale by skutecznie je stosować, potrzebna jest właściwa komunikacja z chorym.

W Kongresie PTK uczestniczyło 5 tys. kardiologów z całego świata. Co ich przyciąga?

Najnowsze wytyczne oraz zasady postępowania ogłoszone przez Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne (ESC), ale przekazane pod kątem naszej rodzimej perspektywy, by mogli je zastosować w codziennej praktyce. W tym roku dotyczą one m.in. leczenia dyslipidemii, problemów kardiologicznych u kobiet w ciąży, nowego podejścia do zapalenia mięśnia sercowego, zapalenia osierdza czy też związku chorób układu krążenia ze zdrowiem psychicznym. Nieodłącznie lekarze są zainteresowani nowymi technologiami nie tylko w rozumieniu nowych możliwości terapii, ale również w kontekście kardiologii cyfrowej, czyli roli sztucznej inteligencji w procesach diagnostyczno-terapeutycznych, w profilaktyce czy telemedycynie. Ogromną frekwencją cieszyły się sesje

interdyscyplinarne, co potwierdza, że kończy się czas, kiedy pacjenta leczył lekarz jednej specjalności. Problemy kardiologiczne rozpatruje się dziś w zespołach wielodyscyplinarnych i wspólne sesje z internistami, pulmonologami, lekarzami rodzinnymi, radiologami, onkologami, diabetologami, nefrologami, endokrynologami otwierają nowy rozdział w rozumieniu współczesnej kardiologii. Obecnie współpraca z wieloma specjalnościami i z pacjentem stała się niezbędna i jest kluczem do sukcesu terapeutycznego.

Chorzy kardiologiczni często popadają w depresję, mają stany lękowe. Czy to reakcja na chorobę, czy są inne przyczyny?

Problemy natury psychicznej są obecnie uznawane za czynniki ryzyka wystąpienia chorób sercowo-naczyniowych. I w drugą stronę: choroby sercowo-naczyniowe predysponują do pojawienia się zaburzeń psychicznych, takich jak stany lękowe czy depresja. Szacuje się, że po zawale mięśnia sercowego problemy z depresją ma około 30 proc. pacjentów, a u chorych z niewydolnością serca ten odsetek jest jeszcze większy. Coraz częściej pacjenci skarżą się także na stany lękowe odczuwane w związku z przebytym zawałem czy z powodu migotania przedsionków. Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne przygotowało dokument, który zaleca, by zwracać na to uwagę i uwzględniać w podejmowaniu decyzji terapeutycznych, ponieważ u osób z problemami zdrowia psychicznego ryzyko sercowo-naczyniowe jest większe.

Zdarza się, że pacjent kardiologiczny słyszy diagnozę: nowotwór lub pacjent onkologiczny ma problemy z układem sercowo-naczyniowym. Co wtedy?

Nowotwory to po chorobach układu krążenia drugi problem zdrowia publicznego. Wiele terapii onkologicznych, w tym najnowsze i najskuteczniejsze, w mniejszym lub w większym stopniu niosą ze sobą ryzyko tzw. kardiotoxyczności. Dlatego chorzy z nowotworem powinni być – zgodnie z zaleceniami – oceniani przed leczeniem

onkologicznym, w jego trakcie i po nim pod kątem ryzyka uszkodzenia serca. W PTK działa Sekcja Kardioonkologii, która łączy te dwie specjalności. Powikłania kardiologiczne mogą wystąpić po leczeniu onkologicznym, ale też wielu pacjentów już leczących się kardiologicznie zapada na chorobę nowotworową i konieczna jest współpraca tych dwóch specjalności.

Kardiologia dynamicznie się rozwija. Szczególnie zabiegowa. Czy edukacja nadąża za tym rozwojem i jaki udział ma w tym PTK?

Zasadniczy cel działalności Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego to edukacja poprzez organizowanie różnorodnych

Nie uwolnimy się od zawałów, udarów i innych chorób związanych z układem krążenia, jeśli jednak uda się zmniejszyć umieralność, osiągniemy sukces

tematycznie kongresów, wydawanie zaleceń, stanowisk, własnego czasopisma, uczestnictwo w konferencjach międzynarodowych i wielu innych aktywnościach. Mamy 23 stowarzyszenia i sekcje. Każda z nich organizuje w swoim zakresie konferencje, warsztaty, szkolenia, webinaria. Oferta edukacyjna jest więc bardzo bogata, ale mamy świadomość, że wciąż należy ją poszerzać, udoskonalać, włączając w to najnowsze zdobycze techniki, aby dostęp do tej wiedzy był łatwiejszy.

Jak w cele Towarzystwa wpisuje się Platforma Naukowa PTK?

Platforma Naukowa PTK, którą uruchomiliśmy w 2021 r., była ważnym krokiem w kierunku włączenia się PTK bezpośrednio w badania naukowe. Jej celem było ułatwienie naszym strukturom prowadzenia wielośrodkowych badań obserwacyjnych. Dziś, po kilku latach, platforma wspiera lub wpierała już

kilkadziesiąt ogólnopolskich projektów, a co roku rozpoczynają się kolejne. Teraz nadszedł czas na następny odważny krok. Doświadczenie zdobyte przy tworzeniu i realizacji rejestrów, takich jak PL-ACS czy Ami-PL, oraz eksperymentów medycznych finansowanych przez Agencję Badań Medycznych – jak na przykład opolskie CV-IMP „WygrajMY z miażdżycą” – utwierdzają mnie w przekonaniu, że jako Towarzystwo musimy mocniej włączyć się w ogólnokrajowe i europejskie projekty naukowe. Powinniśmy też jako PTK stać się partnerem w analizie zanonimizowanych danych pochodzących z systemu ochrony zdrowia w Polsce. To pozwoli środowisku naukowemu na prowadzenie unikalnych w skali kraju badań, a także merytorycznej, opartej na twardych dowodach, dyskusji z decydentami.

Jaka będzie kardiologia przyszłości?

Bezwzględnie będziemy dążyć do tego, aby Polska przestała być krajem wysokiego ryzyka sercowo-naczyniowego, i to jest priorytet. Nie uwolnimy się od zawałów, udarów i innych chorób związanych z układem krążenia, jeśli jednak uda się zmniejszyć umieralność z powodu chorób układu krążenia i doprowadzić do tego, że zachorowania będą dotyczyć osób w jak najpóźniejszym wieku, osiągniemy sukces. Kardiologia przyszłości będzie na pewno bardziej spersonalizowana. W najbliższych 5-10 latach uzyskamy więcej narzędzi, aby dostosować terapię do indywidualnych potrzeb pacjenta, co wiąże się również z rozwojem badań genetycznych i wsparciem algorytmów sztucznej inteligencji. Pozwoli to z większą precyzją ocenić, który lek, jakie leczenie dla konkretnego pacjenta będzie bardziej skuteczne i bezpieczne. W te cele wpisuje się zarówno medycyna naprawcza, jak i prewencja. ●

TEMAT NUMERU

Leczenie zachowawcze – słaby punkt kardiologii

Z ostrymi interwencjami zabiegowymi radzimy sobie świetnie, ale takiego postępu już nie widać, jeśli chodzi o dłuższą przeżywalność tych pacjentów – mówi **dr n. med. Klaudiusz Komor**, kierownik Oddziału Kardiologii i Kardioonkologii Beskidzkiego Centrum Onkologii – Szpitala Miejskiego im. Jana Pawła II w Bielsku-Białej, w rozmowie z Lidią Sulikowską.

Jakie są największe wyzwania związane z prowadzeniem oddziału kardiologicznego?

Nie będę oryginalny, jeśli powiem, że nadmierne przeciążenie pracą i ciągle niedobór personelu, zwłaszcza specjalistów, ale tak właśnie jest. Podobno w kraju nie brakuje nam kardiologów, bo według statystyk podstawowy wskaźnik – ich liczba na tysiąc mieszkańców – jest wyższy niż średnia europejska. Najczęściej jednak lekarze po skończeniu specjalizacji odchodzą z publicznych szpitali albo zostają na małą część etatu. Większość kolegów i koleżanek pracuje w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej albo w pracowniach hemodynamicznych. Tam wynagrodzenia i warunki pracy zwykle są lepsze.

Od lat panuje pogląd, że kardiologia ma się całkiem dobrze.

Tak, ale to w głównej mierze dotyczy kardiologii interwencyjnej. To jedna z niewielu dziedzin ze stosunkowo dobrze wycenionymi procedurami. Dzięki temu jest dobrze rozwinięta, co przynosi wymierne efekty – obserwujemy znaczącą poprawę rokowań u pacjentów ze świeżym zawałem serca.

O ile jednak z ostrymi interwencjami zabiegowymi radzimy sobie świetnie, o tyle nie widzimy takiego postępu, jeśli chodzi o dłuższą przeżywalność tych pacjentów. Zapominamy o kardiologii zachowawczej. Te procedury są zdecydowanie gorzej wycenione. Kieruję oddziałem kardiologii zachowawczej od 12 lat i z mojej perspektywy przez ten czas niewiele się zmieniło. Takich oddziałów mamy coraz mniej. To sprawa, że pacjenci potrzebujący leczenia

zachowawczego często trafiają na oddziały internistyczne, które nie są przygotowane do udzielania pomocy, zwłaszcza w przypadku zaawansowanej niewydolności serca.

Tymczasem zapotrzebowanie na łóżka kardiologii zachowawczej jest bardzo duże. Doświadczam tego na co dzień. Mój oddział pełni stały ostry dyżur kardiologiczny dla całego miasta Bielsko-Biała.

Kontrolowana cukrzyca i nadciśnienie,
leczenie otyłości, rzucenie palenia,
regularna aktywność fizyczna – to recepta
na życie bez poważniejszych problemów
kardiologicznych

60 proc. naszych pacjentów to osoby z zaostrzeniem przewlekłej niewydolności serca. Dodatkowo mamy wielu chorych ze szpitalnej izby przyjęć. Często są to osoby w podeszłym wieku z wielochorobowością, która doprowadziła do zaostrzenia problemów z układem krążenia, przede wszystkim zaburzeń rytmu serca i wad zastawkowych. Zazwyczaj mamy więcej chorych niż łóżek, a zawsze musimy znaleźć miejsce na ostre przyjęcie.

Co można usprawnić systemowo?
Na pewno obrywamy rykoszetem w wyniku niewydolnej organizacji

sytemu ratownictwa. Szpitalne oddziały ratunkowe oraz izby przyjęć są przeciążone, ponieważ często zgłaszają się do nich pacjenci, którzy nie wymagają pilnej interwencji, ale każdego, kto się zgłosi, trzeba w jakimś zakresie zaopatrzyć. Powoduje to natłok pracy i brak czasu na dłuższą obserwację, czy pacjent rzeczywiście wymaga hospitalizacji. Czasem powoduje to nadmiar przyjęć na oddział szpitalny. Zdarza się, że na kardiologię trafiają pacjenci, których wystarczyłoby zaopatrzyć na SOR i wypisać do domu, ale trudno mieć o to do kogośkolwiek pretensję, bo na wszystko brakuje czasu.

Dodatkowo pacjentom trudno się dostać do poradni kardiologicznych. Muszą czekać w długich kolejkach, zarówno jeśli chodzi o wizytę pierwszorazową, jak i kontynuację leczenia. Przez to stan części z nich na tyle się pogarsza, że muszą iść do szpitala. Gdyby ambulatoryjnie otrzymali pomoc wcześniej, nie musieliby być hospitalizowani. Chociaż trzeba przyznać, że w tym obszarze rządzący próbują coś zrobić.

Czyli sytuację poprawi centralna e-rejestracja? Na razie ma ona obejmować niewielki zakres świadczeń – w tym wizytę u kardiologa. Od lipca 2026 r. podmioty lecznicze mają obowiązkowo być zintegrowane z systemem.

Myślę, że to krok w dobrym kierunku. Mamy sporo wizyt, które przepadają z powodu niezgłoszenia

się pacjentów. Najczęściej to nie wynika ze złej woli, tylko zwykłego zapomnienia lub innych obowiązków, które nie pozwalają przyjść do lekarza. Zdarza się, że pacjenci chcą odwołać wizytę, ale nie mogą się dodzwonić do placówki. System centralnej e-rejestracji zaprojektowano tak, aby przypominał o terminie i ułatwiał procedurę odwołania wizyty. Co ważne, wizyta nie przepada, tylko od razu wraca do puli wolnej do wykorzystania. Jest szansa, że to rozwiązanie skróci kolejki do kardiologów o 10-20 proc. To dużo. Cieszę się, że akurat kardiologia będzie przecierać szlaki centralnej e-rejestracji, bo mamy ogromną grupę pacjentów.

To akurat chyba nieprędko się zmieni. Choroby kardiologiczne są pierwszym zabójcą Polaków.

Pamiętajmy, że wiele zależy od nas jako społeczeństwa. W kardiologii mamy dobrze udowodnioną skuteczność działań profilaktycznych. Zdrowy styl życia chroni przed schorzeniami układu sercowo-naczyniowego. Dobrze kontrolowana cukrzyca i nadciśnienie, leczenie otyłości, rzucenie palenia, regularna aktywność fizyczna – to wszystko jest receptą na dłuższe życie bez poważniejszych problemów kardiologicznych. Mamy mnóstwo strategii, z których możemy skorzystać, musimy tylko chcieć je stosować.

W oddziale, którym Pan kieruje, opieka jest również ukierunkowana na pacjentów onkologicznych z powikłaniami układu sercowo-naczyniowego.

Ze względu na profil szpitala przyjmujemy wielu takich pacjentów. Terapie przeciwnowotworowe mogą powodować negatywne konsekwencje kardiologiczne, m.in. zawał serca, zatory tętnic płucnych, niewydolność i włóknienie mięśnia sercowego. Zajmujemy się zarówno osobami, u których leczenie przeciwnowotworowe okazało się kardiotoksyczne, jak i takimi, którzy już wcześniej byli obciążeni kardiologicznie i w związku z tym wymagają szczególnej uwagi. Przeprowadzamy też kwalifikację kardiologiczną u pacjentów przed włączeniem leczenia chemioterapeutykami i okresowo, w miarę postępowania terapeutycznego, kontrolujemy ich stan. To terapie, które niestety mogą uszkadzać serce.

Jak leczyć raka, by zminimalizować ryzyko powikłań kardiologicznych?



◀ Dr n. med. Klaudiusz Komor, specjalista chorób wewnętrznych, kardiolog, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej, wiceprezes ORL Beskidzkiej Izby Lekarskiej, lekarz naczelny BCO – Szpitala Miejskiego w Bielsku-Białej, członek Rady Miejskiej Bielska-Białej

foto: M. Szalek

Żadnemu choremu nie można zablokować dostępu do leczenia onkologicznego, bo bez tego nie ma szansy przeżyć, ale można działać tak, aby maksymalnie zabezpieczyć go pod kątem kardiologicznym. Skuteczne działanie wymaga jednak indywidualnego podejścia. Dobór terapii powinien w miarę możliwości uwzględnić już istniejące obciążenia układu krążenia, z którymi pacjent się zmagają. Nie jest to możliwe bez dobrej współpracy kardiologów z onkologami. W Beskidzkim Centrum Onkologii wspólnie rozmawiamy i ustalamy optymalny plan leczenia i reagujemy na bieżąco, jeśli coś się dzieje. Zdarza się, że w wyniku powikłań kardiologicznych trzeba okresowo wstrzymać terapię onkologiczną, np. przy pojawieniu się zatoru tętnicy płucnej albo ostrego zespołu wieńcowego należy tymczasowo zaprzestać podawania chemioterapii. Dzięki dobrej współpracy ograniczamy ten czas do minimum. Tworzymy taki nieformalny kardi-onko-team.

Nasz oddział współpracuje również z klinikami kardiologicznymi oraz pracowniami hemodynamiki, dzięki czemu możemy zapewnić im dalsze leczenie wyskosp specjalistyczne. Bardzo sobie cenię tę kooperację. Wszyscy rozumiemy, że pacjent kardioonkologiczny to nasz

wspólny pacjent. Cieszę się też, że środowisko kardiologów dostrzega tych chorych, mamy lekarzy wyspecjalizowanych w tym zakresie. Wymieniamy się doświadczeniami podczas różnego rodzaju szkoleń i kongresów. Powstały wytyczne kardioonkologiczne Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

Narodowy Fundusz Zdrowia dostrzega te potrzeby?

Niestety, nie mamy wyodrębnionego świadczenia kardioonkologicznego. Na szczęście coraz głośniejsze mówi o konieczności jego utworzenia. Mam nadzieję, że publiczny płatnik również to dostrzeże, tak jak to było m.in. w przypadku hemodynamiki czy hipertensjologii. Przeciwnicy tego rozwiązania argumentują, że pacjent kardioonkologiczny nie różni się w swoim schorzeniu kardiologicznym od chorego, który nie jest jednocześnie leczony onkologicznie. Nie zgadzam się z takim podejściem. Taki pacjent często ma powikłania onkologiczne, np. wymaga żywienia pozajelitowego albo przetoczeń. Dlatego procedury kardiologiczne świadczone u pacjentów kardioonkologicznych powinny być lepiej wycenione, na przykład w postaci dodatkowego współczynnika przeliczeniowego, który uwzględniłby dodatkowe koszty. ●

AKTUALNOŚCI

Medyczny Nobel: zagadka ukryta w komórkach

LIDIA SULIKOWSKA
DZIENNIKARKA

Tegoroczną Nagrodę Nobla w dziedzinie fizjologii lub medycyny przyznano za odkrycia dotyczące obwodowej tolerancji immunologicznej, która zapobiega szkodliwemu wpływowi układu odpornościowego na organizm.

Naukowcy uhonorowani przez Zgromadzenie Noblowskie Instytutu Karolinska – Mary E. Brunkow i Fred Ramsdell z USA oraz Shimon Sakaguchi z Japonii – przez swoje badania umożliwili lepsze zrozumienie mechanizmu utrzymania równowagi immunologicznej, dzięki któremu układ odpornościowy zwalcza patogeny, jednocześnie nie atakując tkanek własnych organizmu. Kluczem do wyjaśnienia tego procesu okazały się limfocyty T regulatorowe (Treg) i gen *FOXP3*.

– To wiedza na temat tolerancji układu odpornościowego, czyli jak to się dzieje, że nasz układ odpornościowy nie odpowiada nadmiernie na antygeny. Ma to kluczowe znaczenie dla zrozumienia podłoża chorób autoimmunologicznych – podkreśla dr hab. Edyta Brzóska-Wójtowicz z Instytutu Biologii Rozwoju i Nauk Biomedycznych Wydziału Biologii Uniwersytetu Warszawskiego.

ODPORNOŚCIOWA UKŁADANKA

Dziś doskonale wiemy, że limfocyty T regulatorowe są strażnikami, którzy hamują zbyt silną autoreaktywną odpowiedź immunologiczną, ale jeszcze na początku lat 90. ubiegłego wieku wiedza o tolerancji immunologicznej była skromniejsza. W tamtym czasie uważano, że proces ten zachodzi tylko centralnie, w grasicy. Podejrzewano, że może istnieć również inny mechanizm utrzymywania układu odpornościowego w równowadze, brakowało jednak jednoznacznych dowodów. Do czasu,

aż Shimon Sakaguchi wykazał, że ten proces rzeczywiście jest bardziej złożony i działa również obwodowo.

Naukowiec od dawna badał mechanizmy zapobiegające procesom autoimmunizacyjnym. W 1995 r. wraz z zespołem zidentyfikował nieznaną wcześniej subpopulację

Limfocyty T regulatorowe to strażnicy równowagi immunologicznej – hamują nadmierną reakcję obronną organizmu, zapobiegając chorobom autoimmunizacyjnym

komórek odpornościowych, limfocyty T regulatorowe (Treg), które hamują nadmierną reakcję układu odpornościowego, a tym samym chronią organizm przed chorobami autoimmunizacyjnymi.

Kilka lat później amerykańscy badacze Mary Brunkow i Fred Ramsdell wykazali, dlaczego samce szczepu myszy „scurfy” zapadają na bardzo ciężką chorobę autoimmunologiczną, objawiającą się mocno łuszczącą się skórą i powiększonymi niektórymi narządami („scurfy” powstała w latach 40. XX w. jako skutek spontanicznej mutacji związanej z chromosomem X podczas badań

nad efektami promieniowania w ramach projektu Manhattan w USA). Naukowcy dowiedli, że odpowiedzialna za to jest mutacja w genie *Foxp3*. Co więcej, odkryli także, że mutacje w ludzkim odpowiedniku tego genu (*FOXP3*) odpowiadają za rozwój ciężkiej choroby autoimmunizacyjnej IPEX (zespół dysregulacji immunologicznej, poliendokrynopatii i enteropatii). Swoje obserwacje opublikowali w 2001 r. Dwa lata później Shimon Sakaguchi dowiódł, że gen *FOXP3* jest regulatorem limfocytów T regulatorowych. Szczegółowe informacje o badaniach nagrodzonych naukowców można znaleźć w oficjalnym serwisie noblowskim.

– Dokonania tegorocznych laureatów, szczególnie japońskiego naukowca, ale Amerykanów także, to odkrycie na miarę penicyliny. Można tylko się dziwić, dlaczego ta nagroda tak późno została przyznana. Znam osobiście Shimona Sakaguchiego. Od wielu lat mu powtarzałem, że „w tym roku to już na pewno dostaniesz Nobla”. W końcu ten moment nadszedł – komentuje prof. Piotr Trzonkowski, kierownik Katedry i Zakładu Immunologii Klinicznej i Transplantologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego.

PRZYWRÓCIĆ RÓWNOWAGĘ

System immunologiczny zapewnia organizmowi potężną ochronę, ale

Mary E. Brunkow (ur. w 1961 r.) jest immunologiem i biologiem molekularnym związanym z Institute for Systems Biology (Seattle, USA). Fred Ramsdell (ur. w 1960 r.) jest doradcą naukowym Sonoma Biotherapeutics (San Francisco, USA). Immunolog Shimon Sakaguchi (ur. w 1951 r.) pracuje na Uniwersytecie w Osace (Japonia). Amerykańskich naukowców nie udało się poinformować przed ogłoszeniem werdyktu. Mary Brunkow wyznała, że nie odebrała telefonu ze Szwecji, uznając go za scam. „Jeśli to słyszysz, zadzwoń” – zażartował sekretarz generalny Komitetu Noblowskiego Thomas Perlmann podczas konferencji prasowej z ogłoszenia werdyktu. Nobliści podzielą między siebie 11 milionów koron szwedzkich. To już 40. raz w historii, kiedy Nagroda Nobla w dziedzinie fizjologii lub medycyny została podzielona pomiędzy trzy osoby. Dotychczas medycznego Nobla przyznano: 116 razy (po raz pierwszy w 1901 r.) 232 osobom, w tym 14 kobietom (z czego aż ośmiu paniom w XXI wieku). Najmłodszy laureat miał 31 lat, a najstarszy 87.

jeśli nie jest odpowiednio regulowany, może stać się jego największym wrogiem. Dysfunkcje limfocytów T regulatorowych mogą doprowadzać do szkodliwych reakcji autoimmunologicznych, ale też hamować reakcję przeciwnowotworową układu odpornościowego.

– Wiedza na temat komórek Treg pomaga nam zrozumieć, jak dochodzi do rozwoju chorób autoimmunizacyjnych, alergicznych, dlaczego są odrzucone przeszczepy, ale też np. tłumaczy regenerację po zawale mięśnia sercowego i udarze mózgu. Nie ma takiej specjalizacji, gdzie komórki regulatorowych nie można byłoby w jakimś kontekście umieścić – wylicza prof. Piotr Trzonkowski.

W komunikacie Zgromadzenia Noblowskiego Instytutu Karolinska podkreślono, że zrozumienie roli limfocytów T regulatorowych może przyczynić się do

rozwoju terapii onkologicznych i leczenia chorób autoimmunologicznych, a także poprawiać skuteczność w leczeniu choroby przeszczep przeciw gospodarzowi. Obecnie jest prowadzonych ponad 200 badań klinicznych powiązanych z komórkami Treg, m.in. w zakresie leczenia astmy, chorób zapalnych jelit i schorzeń skórnych oraz polepszenia wyników po przeszczepieniu narządu.

OBIECUJĄCE DOŚWIADCZENIA

Kluczem jest przywracanie równowagi układu odpornościowego – tak aby wzmacniać działanie limfocytów T regulatorowych w schorzeniach autoimmunologicznych

Tegoroczny Nobel w medycynie to przełom w rozumieniu, dlaczego nasz układ odpornościowy potrafi odróżnić wroga od własnych tkanek

i osłabiać przy chorobach nowotworowych. To jednak nie jest takie proste.

– Tegoroczni laureaci w pełni zasłużyli na Nagrodę Nobla, ale nadal to odkrycie jest bardziej w fazie dużego potencjału niż już dużego wykorzystania w medycynie. Tak to już jest, że to, co się dzieje w organizmie, nie ma charakteru liniowego. To sieć zależności – mówi dr hab. Maria Bieniaszewska, hematolog, dziekan Wydziału Lekarskiego GUMed, zastępca ordynatora Kliniki Hematologii i Transplantologii gdańskiej uczelni. To w tej klinice po raz pierwszy na świecie zastosowano u człowieka terapię komórkami Treg. Do tego celu wykorzystano sztucznie namnożone immunosupresyjne limfocyty T regulatorowe, wytworzone przez zespół prof. Piotra Trzonkowskiego. Lek podano pacjentowi w 2007 r. w leczeniu choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi (GVHD).

– Terapia dała pozytywny efekt, ponieważ umożliwiła podawanie zmniejszonych dawek leków immunosupresyjnych, a u jednego pacjenta wręcz rezygnację z jednego z leków. To doświadczenie

udowodniło, że da się pozyskiwać i namnażać limfocyty T regulatorowe, a następnie je bezpiecznie podać pacjentowi z dobrym, aczkolwiek przejściowym, efektem. Okazało się, że w przypadku naszych pacjentów, żeby ten efekt utrzymać, trzeba tę kurację powtarzać, co jest bardzo kosztowne i czasochłonne. Widzę ogromny potencjał w tym pomysle, ale szczególnie w szeregu schorzeń autoimmunologicznych – dodaje prof. Maria Bieniaszewska.

Obecnie tę metodę wykorzystuje się w leczeniu cukrzycy typu 1 w Klinice Pediatrii Diabetologii i Endokrynologii GUMed oraz w leczeniu stwardnienia rozsianego w Klinice Neurologii Dorosłych GUMed. – Badania są rozwijane przez spin-off uczelni, spółkę PolTREG, którą mam przyjemność kierować. Leczenie dzieci z objawową cukrzycą typu 1 jest już po II fazie badań klinicznych. Jesteśmy bardzo blisko rejestracji tej terapii. Z kolei leczenie SM komórkami Treg jest po I fazie badań klinicznych. Rozpoczęliśmy też badania kliniczne II fazy dotyczące leczenia bezobjawowej cukrzycy typu 1. Ten program realizujemy z Agencją Badań Medycznych w 10 polskich uniwersytetach medycznych – tłumaczy prof. Piotr Trzonkowski. Dodaje, że spółka opracowała też nową, zmodyfikowaną genetycznie generację komórek Treg – CARTreg, w której przy pomocy modyfikacji genetycznej i wstawienia receptora CAR udaje się „wysłać” limfocyty Treg do konkretnej tkanki. Ten konkretny produkt będzie wędrował do mózgu, walcząc z chorobami neurozapalnymi. W przyszłym roku ma ruszyć pierwsze badanie kliniczne.

– Rozwijana jest też nowa koncepcja indukcji limfocytów Treg in vivo. Do tej pory pobieraliśmy krew od pacjenta i w laboratorium izolowaliśmy z niej komórki Treg. Następnie je namnażaliśmy i podawaliśmy choremu. Teraz rozwijamy metodę, która wykorzystuje organizm pacjenta jako fabrykę. Wykorzystujemy do tego celu cząsteczki mRNA, które instrują komórki regulatorowe wewnątrz organizmu pacjenta, aby się namnażały w określony sposób – wyjaśnia prof. Trzonkowski. ●

AKTUALNOŚCI

W sprawie bezpieczeństwa nie ustąpimy

Zostaliśmy wychowani w taki sposób, że pozwalamy pacjentom na bardzo wiele. Ale granica została przekroczona i agresja wobec medyków się nasila. Oczekujemy szybkiej reakcji policji i adekwatnych kar dla sprawców – mówi **Grzegorz Wrona**, sekretarz Naczelnej Rady Lekarskiej, w rozmowie z Piotrem Kościelniakiem.

Rada Ministrów przyjęła projekty nowelizacji Kodeksu karnego i Kodeksu wykroczeń, w których zostały zapisane rozwiązania zapewniające skuteczniejszą ochronę lekarzy, ratowników i pielęgniarek przed przemocą. Co ma się zmienić i na jakim etapie są prace?

Projekt ustawy jest jeszcze procedowany w Sejmie. Możemy się spodziewać, że do grudnia zostanie przegłosowany, zapewne wejdzie w życie w przyszłym roku. Co się zmieni? W projekcie została zwiększona karalność za naruszenie nietykalności – przede wszystkim cielesnej – funkcjonariuszy publicznych. Ta zmiana oczywiście nie dotyczy tylko medyków, ale część z nas, lekarzy, ma ochronę taką jak funkcjonariusz publiczny. Z tego, co pamiętam, za naruszenie nietykalności cielesnej jest tam kara więzienia od trzech miesięcy do nawet pięciu lat.

Ważne jest, aby lekarze zrozumieli, że jest istotna różnica między funkcjonariuszem publicznym, np. sędzią, prokuratorem, a osobą, której należy się ochrona taka jak funkcjonariuszowi publicznemu. Nie jestem zainteresowany, aby lekarze mieli status funkcjonariuszy publicznych, bo za tym idzie nie tylko ochrona, ale i większa odpowiedzialność. No i chciałbym, aby taką ochroną zostali objęci wszyscy lekarze.

No właśnie – co z postulatem, aby ochroną objęty był każdy lekarz, niezależnie od miejsca pracy i rodzaju kontraktu?

Takie zróżnicowanie rzeczywiście istnieje, ale nic mi nie wiadomo, aby w tym zakresie miały pojawić się zmiany. Jako samorząd domagamy się tego, żeby lekarz, który udziela świadczeń, czy to będąc członkiem zespołu ratownictwa medycznego, czy to będąc lekarzem szpitalnego oddziału ratunkowego, czyli jakiegokolwiek innego podmiotu, który udziela świadczeń na NFZ, i lekarz, który

Naszym obowiązkiem jest zapobiegać agresji i przemocy, a nie odwiedzać później kolegów w szpitalach czy chodzić ze sztandarem na pogrzeby

udziela takich świadczeń w prywatnym gabinecie, byli objęci taką samą ochroną. Przecież sytuacje, kiedy pacjent jest pobudzony, pod wpływem alkoholu lub innych środków odurzających, nie dotyczą wyłącznie publicznych podmiotów.

Teoria mówi, że odstrasza nie surowość kary, ale jej nieuchronność. Jak policja i prokuratura reagują na zgłoszenia?

Samo zagrożenie, w dodatku dość odległe, nie eliminuje agresji. Działa natomiast świadomość, że agresor zostanie schwytany i natychmiast ukarany. Przypominam sobie, że kiedy uczestniczyliśmy

w dyskusjach sejmowej Komisji Zdrowia i minister Arkadiusz Myrcha przedstawiał założenia projektu, mówił głównie o podniesieniu widełek kar. Wyraźnie sygnalizowaliśmy, że to nie jest to, na co czekamy. Czekamy na to, by policja i prokuratura reagowały natychmiast. I żeby zareagowały również sądy, orzekając adekwatne kary. Nie chcę tu mówić o karach surowych, ale nie mam wątpliwości, że napad na funkcjonariusza publicznego lub osobę chronioną jak funkcjonariusz publiczny to czyn niesłychanie zdradny i powinien być przykładnie ukarany. Powinien też zostać ukarany szybko. Jeżeli wyrok pojawia się po trzech czy pięciu latach, to sprawca po prostu śmieje się nam w nos.

Rozmawiał Pan z prokuratorami w tej sprawie. Wiedzą, jak postępować?

Muszę się odwołać do dwóch tragedii, które miały miejsce na początku tego roku w Siedlcach i Krakowie. Po tych wydarzeniach zaczęliśmy natychmiast rozmowy z prokuratorem generalnym i myślę, że miały one wpływ na to, że w lipcu Adam Bodnar ogłosił wytyczne w tej sprawie. Pan prokurator wyraźnie podkreślił, że skoro jesteśmy osobami, którym należy się taka ochrona jak funkcjonariuszowi publicznemu, to w razie napaści prokuratura musi niezwłocznie podjąć działania z urzędu. Nie dlatego że pobity

lekarz zadzwoni na policję, tylko każda informacja, która dotrze do policjanta, musi wywołać stosowną reakcję.

W wytycznych znalazły się też zalecenia, by prokuratury stosowały środki zapobiegawcze, aby podsądny nie popełnił nowego przewinienia. Kolejną kwestią jest kwalifikacja takiego czynu – wdrożenie postępowania w trybie przyspieszonym i w ciągu kilku dni nałożenie stosownych sankcji. Ważne jest również to, aby prokuratorzy nie godzili się z tendencją orzekania przez sądy najniższego wymiaru kary wtedy, gdy chodzi o agresję nieczyniącą wielkiej szkody.

Czy ma Pan konkretne dane dotyczące liczby ataków oraz liczby interwencji?

W Naczelnej Izbie Lekarskiej swego czasu był prowadzony taki rejestr, ale bez podstawy prawnej, nie obowiązywały wtedy przepisy RODO. Każdy lekarz mógł drogą elektroniczną zgłosić informację o pobiciu czy agresji słownej. Niestety, lekarze i pielęgniarze nie otrzymywali żadnej informacji zwrotnej, nie było też reakcji organów ścigania. Ten rejestr umarł, ale to był dobry pomysł.

Problem niedostatecznego rozpoznania skali rozwiązałyby Rejestr Agresji w Ochronie Zdrowia.

Będziemy zabiegać o to, aby taki rejestr powstał. Nie jestem jednak orędownikiem koncepcji, aby ten obowiązek został nałożony na samorząd lekarski. Nie ma podstawy prawnej, aby w Naczelnej Izbie Lekarskiej przetwarzano dane osób, które padły ofiarą agresji. Mamy też pewien hamulec ze strony lekarzy – część nie ma ochoty chodzić na policję i zgłaszać takich incydentów, wstydzi się. Część myśli sobie: „No dobra, dostałem w mordę, taniej będzie o tym zapomnieć, niż robić aferę”, że o postępowaniu po hejcie nawet nie wspomnę.

Mówię o tym, dlatego że my – mówię w tej chwili o wszystkich medykach – jesteśmy wychowani w taki sposób, że pacjentowi na wiele pozwalamy. Ze mamy względem pacjenta obowiązki, że powinniśmy wybaczać. Ale są pewne granice i te granice niestety zaczęły być przekraczane, agresja stała się częstsza i bardziej intensywna.

My się do tego przyzwyczailiśmy i o części dlatego mamy zaciągnięty hamulec. Ale jeśli lekarze zobaczą, że policja i prokuratura reagują, to przestaną się certolić i zaczną zgłaszać przypadki



agresji. Warto też przypomnieć, że pokrzywdzeni mogą prosić Naczelną Radę Lekarską o pomoc – istnieje Zespół ds. Naruszeń w Ochronie Zdrowia, mamy rzeczownika praw lekarza, mamy wreszcie COBIK, który prowadzi odpowiednie szkolenia. Jestem przekonany, że kiedy ten materiał ukaże się w „Gazecie Lekarskiej”, uda nam się dotrzeć do wielu kolegów i poprawimy zgłaszalność tego rodzaju zdarzeń.

No właśnie – jaka jest rola mediów w walce z agresją wobec lekarzy?

Dziś media informują tylko o tym, że gdzieś kogoś pobito, ale nie chcą podawać dokładnych miejsc, bo to stygmatyzuje lekarza czy pielęgniarkę. Chciałbym, żeby media informowały również o podjętych działaniach. Żeby ten redaktor, który powiedział w telewizji o pobiciu lekarza, za trzy dni poinformował, że policja podjęła czynności, sprawca został zatrzymany i odbyło się posiedzenie sądu.

I tu kolejna ważna sprawa – podawanie wyroku do publicznej wiadomości. Oczywiście nie chodzi nam o to, aby gdzieś na ścianie w szpitalu wywiesić zdjęcie takiej osoby, ale sam wyrok – czemu nie? Nie będziemy tego wykorzystywać po to, żeby nie udzielić jakiegos świadectwa czy udzielić w sposób niepełny, ale po to, żeby w odpowiedni sposób prowadzić rozmowę.

◀ Nie jestem zainteresowany, aby lekarze mieli status funkcjonariuszy publicznych, bo za tym idzie nie tylko ochrona, ale i większa odpowiedzialność – mówi Grzegorz Wrona

Jak obecnie wygląda sprawa z ochroną fizyczną? Kamizelki nożoodporne mają mieć zespoły ratownictwa medycznego.

Rozmawiałem na ten temat z ratownikami medycznymi i ich zdaniem kamizelki nie spełniają swojego celu, a czasem mogą utrudnić udzielanie pomocy. Pewnie będą leżeć w karetkach. To nie oznacza, że są niepotrzebne. Mam za sobą wieloletnie doświadczenie pracy w pogotowiu i wiem, podobnie jak koledzy pracujący w ratownictwie, że są adresy specjalne. Jak się tam jedzie, to trzeba mieć oczy dookoła głowy. W takich miejscach rzucono we mnie siekierą, więc pewnie założyłbym taką kamizelkę...

Czy nadal pojawia się pomysł bramek wykrywających metal przed wejściem do placówki medycznej?

Ostatnio, idąc do radia, przechodziłem przez taką bramkę. Przy wejściu do Sejmu i Senatu też są takie. Wiele instytucji je instaluje. No ale to nie jest jednorazowy wydatek – obok takiej bramki musi stać ochroniarz. Przychodnie i szpitale mają dziś inne priorytety finansowe. Nie jestem przeciwnikiem tego pomysłu, tylko bramkom musi towarzyszyć pewna dyscyplina i skanalizowanie ruchu z zewnątrz. Czyli szpital musi najpierw zabezpieczyć tych 20 czy 30 wejść bocznych, pracowników wyposażyć w karty dostępowe, a dopiero później zająć się zabezpieczeniem głównych wejść dla pacjentów.

Sprawę bezpieczeństwa lekarzy traktuje Pan bardzo osobiście.

Chcę podkreślić, że naszym obowiązkiem jest zapobiegać agresji i przemocy, a nie odwiedzać później naszych kolegów w szpitalach czy chodzić ze sztandarem na pogrzeby. Dlatego powtarzam: udzielajmy profesjonalnych świadczeń i uważajmy na to, co może nam zagrażać. A do pacjentów apeluję: szanujcie swojego doktora. ●

AKTUALNOŚCI

System IMI – bez granic, bez zbędnej zwłoki

PAULINA TOMASZEWSKA

Rosnąca mobilność zawodowa lekarzy sprawia, że coraz więcej z nich posiada prawo wykonywania zawodu na terenie kilku państw Unii Europejskiej. Pojawia się więc pytanie – co dzieje się w sytuacji, gdy lekarz zostanie ukarany w jednym kraju? Czy taka informacja trafia do pozostałych państw?

Naprzeciw tym wyzwaniom wychodzi utworzony przez Komisję Europejską System IMI (Internal Market Information System) – narzędzie umożliwiające bezpieczną i szybką wymianę informacji pomiędzy właściwymi organami państw członkowskich.

Warto odnieść się do możliwości, które daje System IMI w kontekście informacji przekazanych przez norweski dziennik „VG” w artykule opublikowanym 4 października 2025 r., które następnie podały polskie portale branżowe. Wskazano w nim na brak transparentności i odmawianie przez państwa członkowskie przekazywania

informacji o lekarzach ukaranych za granicą.

Trzeba jednak podkreślić, że dzięki mechanizmowi ostrzegania właściwe instytucje w danym kraju – w Polsce są to okręgowe rady lekarskie – przekazują za pośrednictwem systemu IMI informacje o wskazanych w dyrektywie 2005/36/WE pracownikach ochrony zdrowia, którym organ publiczny lub sąd zakazał wykonywania zawodu lub ograniczył jego zakres (czasowo lub na stałe). Polskie izby lekarskie są więc zarówno nadawcą, jak i odbiorcą informacji o ukaranych lekarzach. Ten sprawny obieg danych stanowi

ważny element ochrony pacjentów oraz budowania zaufania do zawodu lekarza w całej Europie. System IMI nie tylko umożliwia weryfikację kwalifikacji zawodowych, lecz także gwarantuje, że informacja o sankcjach nałożonych w jednym kraju nie zostanie zatajona przed właściwymi organami w innych państwach.

Z mechanizmu ostrzegania w ramach IMI korzystają organy wszystkich państw Europejskiego Obszaru Gospodarczego – czyli krajów UE, Islandii, Norwegii i Liechtensteinu. Polska otrzymuje średnio około 100 powiadomień miesięcznie o lekarzach ukaranych poza jej granicami. ●

Arteterapią w kryzys psychiczny

Kultura i sztuka mogą wspierać zdrowie. 10 października, w Światowy Dzień Zdrowia Psychicznego, zainaugurowana została druga edycja programu edukacji kulturalnej „Siła Kultury dla Ciebie”.

Światowy Dzień Zdrowia Psychicznego przypomina o tym, że troska o zdrowie powinna dotyczyć całego życia, w tym naszych relacji, emocji, poczucia sensu czy nadziei.

Wokół zdrowia psychicznego oraz tego, jak sztuka, czyli arteterapia, wpływa na nasz umysł, dyskutowano podczas konferencji inaugurującej program „Siła Kultury dla Ciebie”. W auli Akademii Sztuk Pięknych w Warszawie eksperci z dziedzin sztuki i arteterapii oraz lekarze psychiatry w rozmowie z dziennikarką Edytą Krześniak przekonywali

o uzdrawiającej roli kultury i sztuki w życiu człowieka.

Choć psychiatria i sztuka należą do różnych światów, łączy je wspólna misja: troska o człowieka. Psychiatria leczy słowem, relacją i rozumieniem, natomiast sztuka kolorem, dźwiękiem, ruchem i opowieścią. Obie pomagają odzyskać równowagę między rozumem a emocją, samotnością a wspólnotą – mówili eksperci podczas tego spotkania.

Konferencja rozpoczęła festiwal „Siła Kultury dla Ciebie”, którego

organizatorem jest Europejska Fundacja Terapii Przez Sztukę Arthe. W ramach festiwalu realizowane są trzy główne inicjatywy: interdyscyplinarne warsztaty twórcze dla mieszkańców Warszawy, warsztaty arteterapii klinicznej dla pacjentów, przyjaciół i artystów związanych z Mazowieckim Specjalistycznym Centrum Zdrowia oraz format mentorski i laboratoria Arthe Labs, oparte na metodologii eksperymentu artystycznego zainspirowanej projektem Museum of Modern Art w Nowym Jorku.

W programie są również dyskusje z artystami, spacer i wystawy. Udział we wszystkich wydarzeniach jest bezpłatny. Więcej informacji oraz zapisy znajdują się na stronie internetowej: www.silakultury.pl. „Gazeta Lekarska” sprawuje patronat medialny nad tym cyklem. ●

Sylvia Wamej

ARTYKUŁ SPONSOROWANY

ceZ Centrum
e-Zdrowia

Cyberbezpieczeństwo w ochronie zdrowia: co każdy lekarz powinien wiedzieć

Czy wiesz, że jedno kliknięcie wystarczy, żeby narazić dane Twoje i Twoich pacjentów, a nawet ciągłość działania całego podmiotu? Jak się przed tym bronić? CSIRT CeZ, jedyny sektorowy zespół reagowania na incydenty bezpieczeństwa komputerowego w ochronie zdrowia, każdego dnia wspiera placówki medyczne w walce z rosnącymi zagrożeniami.

Falszywy SMS, e-mail, wiadomość podszuwająca się pod państwowe instytucje to codzienność, z którą mierzą się lekarze i personel medyczny. Wystarczy chwila nieuwagi, by cyberprzestępcy przejęli kontrolę nad systemem, wykradli dane pacjentów, a nawet sparaliżowali działanie placówki. To rzeczywistość, z którą mierzą się dziś podmioty ochrony zdrowia – także w Polsce.

CYBERATAK – NIE BAGATELIZUJ ZAGROŻENIA

W Polsce nigdy nie zdarzył się przypadek taki jak w Niemczech (Dusseldorf, 2020 r.). Z powodu ataku na system informatyczny szpital nie mógł przyjąć kobiety w stanie krytycznym. Zmarła w drodze do innego szpitala. To pierwsza oficjalna ofiara ataku ransomware na świecie.

Skuteczne cyberataki w Polsce oznaczały opóźnienia w przyjmowaniu pacjentów lub uniemożliwiały wykonanie procedur medycznych.

Polska jest w czołówce krajów UE pod względem cyfryzacji ochrony zdrowia i liczby cyberataków. Incydentów cyberbezpieczeństwa, które mogły spowodować problemy, było do października ponad 1100, więcej niż w całym 2024 r. Dlatego każdy lekarz powinien znać podstawowe zasady ochrony danych i systemów informatycznych.

DLACZEGO TO WAŻNE?

Placówki medyczne przetwarzają dane wrażliwe – osobowe, a także dotyczące zdrowia, leczenia, wyników badań. Ich wyciek lub utrata może mieć poważne konsekwencje prawne, finansowe i reputacyjne.

NAJCZĘSTSZE ZAGROŻENIA: PHISHING I SOCJOTECHNIKA

Według danych CSIRT CeZ jednym z najczęstszych zagrożeń pozostaje phishing, czyli próby wyłudzenia danych logowania za pomocą fałszywych wiadomości e-mail lub SMS.



Przykład? Ostatnio lekarze otrzymywali SMS-y podpisane jako „eZUS”, informujące o rzekomym wygaśnięciu możliwości wystawienia e-recept. Zawierały link do fałszywej strony logowania, której celem było przejęcie danych dostępowych.

JAK NIE DAĆ SIĘ „ZŁOWIĆ” NA PHISHING?

Aby uniknąć pułapki, warto stosować kilka prostych zasad:

- Zawsze sprawdzaj nadawcę wiadomości. Fałszywe e-maile często pochodzą z adresów, które tylko pozornie przypominają oficjalne domeny (np. zamiast @zus.gov.pl może być @zus-info.pl).
- Nie klikaj w podejrzane linki. Jeśli wiadomość zawiera pilne wezwanie do działania („Twoje konto zostanie zablokowane!”), zachowaj szczególną ostrożność. Cyberprzestępcy często wywołują presję czasu, żeby obniżyć Twoją czujność i nie dać Ci czasu na zastanowienie się.
- Nie podawaj danych logowania poza znanymi, oficjalnymi stronami. Zawsze wpisuj adres ręcznie w przeglądarce, zamiast klikać w otrzymany link.
- Zwracaj uwagę na błędy językowe i nietypowy styl wiadomości. To częsty znak, że mamy do czynienia z oszustwem.

- Włącz uwierzytelnianie wieloskładnikowe (MFA) tam, gdzie to możliwe – nawet jeśli ktoś pozna Twoje hasło, nie zaloguje się bez drugiego składnika.

JAK SIĘ CHRONIĆ? ZALECENIA CSIRT CEZ

CSIRT CeZ codziennie wspiera placówki medyczne i personel w reagowaniu na incydenty oraz budowaniu odporności cyfrowej. Na stronie cez.gov.pl w zakładce CSIRT znajdziesz zalecenia, które pomagają zwiększyć poziom bezpieczeństwa:

- Podstawy bezpieczeństwa i ochrony danych w sektorze ochrony zdrowia
- Dobre praktyki bezpieczeństwa poświadczeń
- Zalecenia dotyczące ochrony systemów ICS/OT
- Wytoczne w zakresie ochrony przed ransomware
- Bezpieczeństwo aplikacji internetowych.

ZGŁASZANIE INCYDENTÓW – SZYBKA REAKCJA MA ZNACZENIE

Każdy podejrany e-mail, SMS, nietypowe działanie systemu czy próba wyłudzenia danych powinny być jak najszybciej zgłaszane. To pozwoli ograniczyć skutki ataku i zapobiec jego rozprzestrzenieniu.

Każde zgłoszenie ma znaczenie – dzięki nim możliwe jest blokowanie fałszywych domen, ostrzeganie innych użytkowników i budowanie odporności całego sektora.

- Incydent cyberbezpieczeństwa zgłoś przez:
- formularz na stronie: <https://www.cez.gov.pl/pl/page/zglos-incydent>
 - wiadomość e-mail: incydent@csirt.cez.gov.pl
- Podejrzane SMS-y należy przesyłać na bezpłatny numer 8080 (CERT Polska).

Cyberbezpieczeństwo to proces, nie jednorazowe działanie.

Ochrona danych medycznych to nie tylko obowiązek prawny, ale też element etyki zawodowej. CSIRT CeZ jest po to, by wspierać Cię w tej odpowiedzialności – codziennie, skutecznie i profesjonalnie.

AKTUALNOŚCI

Rusza zjazd „Save a Life”

PIOTR KOŚCIELNIAK

Pierwszy Światowy Zjazd Polonijnych Środowisk Medycznych organizowany przez Polskie Towarzystwo Lekarskie i Naczelną Izbę Lekarską odbędzie się 21 i 22 listopada. Będzie forum wymiany międzynarodowych doświadczeń na temat technik ratowania życia i okazją do nawiązania kontaktów z Polonią medyczną.

Do udziału w tym wydarzeniu PTL i NIL zapraszają lekarzy i lekarzy dentyków, ratowników, pielęgniarki i położne reprezentujących środowiska polonijne. Oczywiście zjazd jest otwarty również dla przedstawicieli zawodów medycznych z Polski. Aby wziąć w nim udział, wystarczy zarejestrować się na stronie www.swiatowyzjazdpsm.pl.

Wydarzenie skupione jest wokół metod przedszpitalnego ratowania życia, profilaktyki i edukacji zdrowotnej. „Tematyka zjazdu dotyczyć będzie niezwykle istotnych problemów związanych z ratowaniem życia ludzi nie w szpitalach, gdzie mamy zagwarantowaną pomoc fachową, ale wszędzie tam, gdzie tej fachowej pomocy zwykle nie ma. A więc na ulicy, w aptece, w szkole, a nawet w kościele” – mówił „Gazecie Lekarskiej” prof. Waldemar Kostewicz, prezes PTL.

Program zjazdu nastawiony jest na praktyczne przekazywanie wiedzy. Sale Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego gościć będą wybitnych ekspertów medycyny ratunkowej pracujących w Polsce i za granicą, którzy mówić będą m.in. o różnicach w funkcjonowaniu systemów ochrony zdrowia w różnych krajach, wykorzystywaniu technik Basic Life Support (BLS) w praktyce, nauczaniu tych technik dzieci, młodzieży i seniorów czy wreszcie ratowaniu życia w warunkach pola walki oraz innowacjach w tej dziedzinie. Nie zabraknie również rozważań o roli sztucznej inteligencji i jej wykorzystaniu w medycynie, a także o roli profilaktyki.

– Będzie to ważne wydarzenie, które pozwoli nam po pierwsze zbliżyć się do siebie jako społeczności polskiej, a po drugie poznać różne odcienie, walory

i wady pracy systemów ochrony zdrowia na całym świecie – zachęca do udziału prof. Robert Gałązkowski, kierownik Zakładu Ratownictwa Medycznego WUM.

Podczas interaktywnych sesji planowane jest połączenie z Centrum Symulacji Medycznych WUM – nowoczesnym ośrodkiem pozwalającym szkolić w warunkach maksymalnie zbliżonych do rzeczywistych. W Centrum prowadzone będą również kursy nauczania

Program zjazdu nastawiony jest na praktyczne przekazywanie wiedzy. m.in. o roli sztucznej inteligencji i jej wykorzystaniu w medycynie

BLS dla ratowników medycznych, za udział w których przysługują punkty edukacyjne.

Podczas trwania całego zjazdu prowadzone będą również kursy i warsztaty dla uczestników i osób towarzyszących z podstaw BLS i wykorzystania AED. Będzie można również zapoznać się ze specyficznymi wyzwaniami związanymi z bezpieczeństwem na drodze i ratownictwem poszkodowanych w wypadkach komunikacyjnych. Dla uczestników przewidziano także pakiet badań profilaktycznych.

W organizację pierwszego Zjazdu Polonijnych Środowisk Medycznych zaangażowały się – oprócz PTL i NIL – również Warszawski Uniwersytet Medyczny, Naczelna

Izba Pielęgniarek i Położnych i Krajowa Izba Ratowników Medycznych. Wyrazem tej współpracy jest również to, że podczas zjazdu w salach WUM odbywać się będą posiedzenia organów samorządowych: Naczelnej Rady Lekarskiej i Prezydium NRPiP. Swoją udział w wydarzeniu zapowiedziała minister zdrowia Jolanta Sobierańska-Grenda.

Partnerami wydarzenia są również Stowarzyszenie „Wspólnota Polska” oraz Uniwersytet Muzyczny Fryderyka Chopina. Dzięki zaangażowaniu uczelni muzycznej program zjazdu uświetni wieczorny koncert Chopin University Chamber Orchestra wraz z solistą, uczestnikiem zakończonego niedawno Konkursu Chopinowskiego, Krzysztofem Wiercińskim. Atrakcją – zwłaszcza dla przedstawicieli Polonii – będzie zwiedzanie Warszawy z przewodnikiem.

Wydarzenie organizowane wspólnie przez PTL i NIL uzyskało patronat honorowy minister zdrowia Jolanty Sobierańskiej-Grendy, która doceniła wagę tematów związanych z popularyzacją metod ratowania życia w warunkach przedszpitalnych. Zjazd cieszy się również patronatem honorowym prezydenta Warszawy Rafała Trzaskowskiego oraz Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej.

Światowy Zjazd Polonijnych Środowisk Medycznych „Save a Life” jest dofinansowany ze środków Senatu RP w ramach konkursu „Senat – Polonia 2025”. „Gazeta Lekarska” sprawuje patronat medialny nad tym wydarzeniem. ●

AKTUALNOŚCI

Edukacja zdrowotna pod respiratorem

SYLWIA WAMEJ
DZIENNIKARKA

Nieobowiązkowy szkolny przedmiot, który miał uczyć o zdrowiu, relacjach, dojrzewaniu i profilaktyce, okazał się jednym z największych edukacyjnych rozczarowań ostatnich lat. Choć jego program chwalili lekarze, psychologowie i eksperci, większość uczniów i rodziców odwróciła się od niego plecami.

Szkolny przedmiot podzielił społeczeństwo. Nieobowiązkowe zajęcia niosące wiele cennych informacji o zdrowiu nie spotkały się z zainteresowaniem młodzieży i rodziców. Jeden ze sztandarowych pomysłów minister edukacji przyniósł frekwencyjną klęskę.

Chyba żaden szkolny przedmiot nie wywołał tylu emocji, co edukacja zdrowotna – od miesiąca nie schodził z afiszy. Do polskich szkół wszedł na początku września tego roku. Jego zwolennicy uparcie przekonywali, że ma w swoim programie wiele ciekawych i przydatnych zagadnień, które są niezbędne polskim nastolatkom. Inni z kolei dopatrywali się jedynie treści związanych z seksualizacją dzieci.

FATALNA FREKWENCJA

Po miesiącu od wejścia do szkół edukacji zdrowotnej wnioski nie są optymistyczne. Dodajmy, że zajęcia nie są obowiązkowe, działają w formule opt-out, co oznacza, że rodzic, który nie chciał, aby jego dziecko uczestniczyło w zajęciach, musiał złożyć do 25 września pisemną rezygnację dyrektorowi szkoły. Co prawda, 10 października Ministerstwo Edukacji Narodowej miało podać oficjalne dane, ile osób jest zapisanych, lecz pojawiły się opóźnienia. Jak podkreślała w mediach Katarzyna Lubnauer z MEN, ich przyczyną jest brak kompletu danych ze szkół. Ale nawet statystyki z największych miast Polski – czyli tych najbardziej „liberalnych” – pokazują,

że edukacja zdrowotna poniosła klęskę.

W warszawskich szkołach podstawowych z nowego przedmiotu wypisało się 57 proc. uczniów, natomiast w szkołach średnich 86 proc. W Łodzi z edukacji zdrowotnej zrezygnowało 61 proc. młodych ludzi. W Poznaniu

Tam, gdzie pojawia się polityka, kończy się merytoryka. Dyskusja o edukacji zdrowotnej szybko przestała być rozmową o zdrowiu, a stała się polem ideologicznej wojny

z zajęć zrezygnowało 62 proc. osób, natomiast w Ełku aż 87 proc. młodzieży. W Krakowie są takie szkoły, gdzie na edukację zdrowotną nie będzie uczęszczał ani jeden uczeń. Podobnie jak na Podhalu, gdzie zainteresowanie jest zerowe. W Szczecinie z edukacji zdrowotnej wypisało się z kolei 88,6 proc. uczniów.

Najczęstszymi powodami rezygnacji są m.in. zbyt późne godziny zajęć, ale także kierowanie się politycznym przekazem bez wcześniejszego zapoznania się z programem.

WICEPREZES NRL ZACHĘCA DO ZAJĘĆ

Wiceprezes NRL i specjalista psychiatrii Mateusz Kowalczyk podkreśla, że

tak wysoki procent osób, które zadeklarowały, że nie chcą brać udziału w zajęciach edukacji zdrowotnej, jest przerażający.

– Można to podsumować krótko. To porażka naszej edukacji jako całości w ostatnich kilkunastu latach. Ten program przegrał z pewną ideą, która była popierana przez różnego rodzaju ugrupowania polityczne. One tym tematem grały, podobnie jak półprawdami z nim związanymi. Jeśli wczytamy się w to, co edukacja zdrowotna oferuje młodym ludziom, nie znajdziemy tam potwierdzenia tez, które w przestrzeni medialnej pojawiają się ze strony różnych polityków – podkreśla wiceprezes NRL.

– Jako lekarze widzimy, co się dzieje, jeśli chodzi o edukację stricte zdrowotną, o to, jakie mamy trendy w społeczeństwie, jeśli chodzi o szczepienia, jak odwracamy się od sprawdzonej medycyny opartej na faktach w kierunku różnego rodzaju znachorstwa. Edukacja zdrowotna to pierwszy krok w słusznym kierunku. Szkoda, że ten temat został storpedowany i wykorzystany w walce politycznej. Myślę, że my jako lekarze, ale też wszystkie osoby, którym leży na sercu dobro dzieci, powinniśmy się starać rozmawiać z pacjentami, rozwiewając wszystkie wątpliwości i rozbrajać mity, które powstały wokół tego przedmiotu. Może przyczyni się

to do tego, że kilku osobom otworzą się oczy – zauważa wiceprezes NRL.

OPÓŹNIONA KAMPANIA

Justyna Kotowska, psycholog i członek Państwowej Komisji ds. Przeciwdziałania Wykorzystaniu Seksualnemu Małoletnich poniżej Lat 15 zauważa, że porażka edukacji zdrowotnej w polskich szkołach zależy od kilku czynników.

– Do dyskusji nad tym przedmiotem wkradła się polityka. Kiedyś usłyszałam takie zdanie, że tam, gdzie pojawia się polityka, kończy się merytoryka. Myślę, że mamy do czynienia ze zjawiskiem, w którym bardzo szybko przestaliśmy dyskutować i wymieniać się argumentami merytorycznymi, tylko właściwie przerodziło się to w pole dyskusji politycznej – wyjaśnia Justyna Kotowska.

Zdaniem psychologa na niepowodzenie nowego przedmiotu wpłynęła także zbyt późna kampania informacyjna. – To było takie uspokajanie społeczeństwa, wyjaśnianie, dlaczego akurat te treści znalazły się w podstawie programowej, a nie inne. Lęk i niepokój narastają wtedy, gdy mamy niejasność, kiedy widzimy, że jest jakieś zamieszanie, wtedy stajemy się bardziej ostrożni, zdystansowani. Jesteśmy bardziej skorzy do tego, żeby nie wchodzić na nowe. Kampania informacyjna ruszyła za późno. Gros kampanii edukacyjnych było już po terminie 25 września, czyli okresie, w którym rodzice mogli wypisać dzieci z zajęć. Tego typu działania powinny być prowadzone dużo wcześniej, być może nawet w maju czy czerwcu. Wszystko po to, żeby dać rodzicom czy opiekunom czas na przemyślenia i ustosunkowanie się do tych treści – zauważa Justyna Kotowska.

Jak wyjaśnia Kotowska, sceptyczne podejście do edukacji zdrowotnej bierze się też z określonego wychowania dorosłego pokolenia i tego, w jaki sposób uczono, chociażby o sferze seksualnej.

– To była edukacja bazująca na niewiedzy i w dużej mierze na zawstydzaniu. W ten sposób regulowano nasze zachowanie, tłumaczono właściwie w większości, z jakiego powodu na przykład nie wolno robić tego czy tamtego. Albo w ogóle nie rozmawiano i robiono z tego tajemnicę. W zawstydzaniu trudno jest poznawać treści i odkrywać nowe. Najpierw trzeba ten poziom wstydu i lęku obniżyć – wyjaśnia ekspertka. Zdaniem Justyny Kotowskiej potrzeba dyskusji o edukacji zdrowotnej ponad podziałami. Warto to jednak robić w taki

sposób, by oddzielić kwestie merytoryczne od poglądów.

ODŻYWIANIE, ZDROWIE PSYCHICZNE I SEKSUALNE

Program w szkołach podstawowych skupia się na m.in. odżywianiu, zdrowiu psychicznym, zdrowiu społecznym, dojrzewaniu czy zdrowiu seksualnym. W szkołach ponadpodstawowych oparty jest na czterech filarach: świadomość ciała, równowaga psychiczna, tożsamość i duchowość, a także więź z drugim człowiekiem i społeczeństwem. Nowego przedmiotu mogą uczyć nauczyciele wychowania do życia w rodzinie, WF-u lub biologii.

W kontekście nowego przedmiotu wiele emocji wzbudziły m.in. tematy związane z dojrzewaniem i zdrowiem seksualnym. Minister

Sceptyczne podejście do edukacji zdrowotnej bierze się z określonego wychowania dorosłego pokolenia

edukacji Barbara Nowacka kilka tygodni temu w rozmowie z mediami odnosiła się do słów prezesa Prawa i Sprawiedliwości Jarosława Kaczyńskiego, który twierdził, że „edukacja zdrowotna to deprawacja polskich dzieci”. Nowacka broniła przedmiotu, mówiąc o wyzwaniach, z jakimi musi mierzyć się obecnie młode pokolenie.

– Dzisiaj młodzież jest narażona na pornografię oraz na uzależnienia, a zadaniem państwa jest szybkie przeciwdziałanie. Lekarze mówią: potrzeba nam medycyny prewencyjnej, my mówimy: proszę bardzo, od czwartej klasy szkoły podstawowej również dostarczamy tej wiedzy o profilaktyce, o badaniach, dostarczamy też kompetentnej wiedzy o rodzinie. Była przecież wielka debata i my też pod wpływem uwag zmienialiśmy podstawę programową – podkreślała minister edukacji.

Edukacja zdrowotna dostała także poparcie Państwowej Komisji ds. Przeciwdziałania Wykorzystaniu

Seksualnemu Małoletnich poniżej Lat 15. W ubiegłym roku wydała opinię, w której podkreśliła, że planowany przedmiot ma „krytycznie ważne znaczenie w szeroko pojętej profilaktyce przemocy, a w szczególności w profilaktyce wykorzystywania seksualnego dzieci”. Zdaniem komisji edukacja zdrowotna daje nadzieję na systemowe zwiększenie ochrony osób małoletnich, najbardziej podatnych na wykorzystanie seksualne dzieci.

KONSERWATYŚCI SĄ PRZECIW

Nie wszystkich przekonały te argumenty, a nowy przedmiot znalazł się w ogniu krytyki. Przeciwno edukacji zdrowotnej są konserwatywne środowiska, które jeszcze we wrześniu organizowały pikety w największych miastach Polski.

– Edukacja zdrowotna to próba wprowadzenia edukacji seksualnej do szkół, a najlepszym miejscem na przekazanie wiedzy o seksualności człowieka jest rodzina – mówiła w czasie jednego z protestów Lidia Sankowska-Grabczuk, rzecznik Koalicji dla Życia i Rodziny.

Negatywne zdanie odnośnie do nowego przedmiotu mają także politycy. Jak podkreślał poseł PiS Janusz Cieszyński, w edukacji zdrowotnej „nie ma nic o tym, co się powszechnie rozumie jako tradycyjny model rodziny”. – Jest tylko podejście bardzo progresywno-rozwojowe. Ja uważam, że to jest błąd – powiedział.

Edukacji zdrowotnej nie popiera również prezydent Karol Nawrocki, który kilka tygodni temu powiedział publicznie, że wypisał swojego syna z zajęć.

Pytana o niską frekwencję edukacji zdrowotnej, minister edukacji Barbara Nowacka tłumaczyła w mediach, że „pierwotną przyczyną jest nieobowiązkowość”. Wskazała także, że za tę porażkę w dużej mierze odpowiadają konserwatywni politycy oraz Kościół.

– Ten przedmiot przygotowuje do życia w szczególnych obszarach, ale burza polityczna rozpetana przez episkopat i publicystów prawicowych sprawiła, że został wprowadzony jako nieobowiązkowy. Apelujemy, by dać tym zajęciom szansę – tłumaczyła Barbara Nowacka podczas niedawnej konferencji prasowej w kancelarii premiera. ●

WAŻNY TEMAT

„Mission: impossible” po polsku. Minister staje do walki

MAŁGORZATA SOLECKA
DZIENNIKARKA

Zegar tyka. W budżecie NFZ brakuje 14 miliardów złotych, a premier wyklucza podniesienie składki zdrowotnej. Każde opóźnienie w decyzjach może oznaczać zamykanie oddziałów i jeszcze dłuższe kolejki do lekarzy.

Najważniejszym wyzwaniem dla Ministerstwa Zdrowia i rządu w nadchodzących miesiącach będzie zrównoważenie budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia – ocenia minister Jolanta Sobierańska-Grenda.

BUDŻET NA KRAWĘDZI

Po dwóch miesiącach od objęcia stanowiska minister zdrowia – już nie „nowa”, ale wciąż w fazie intensywnego porządkowania spraw w resorcie – spotkała się wraz z całym kierownictwem Ministerstwa Zdrowia oraz szefostwem NFZ z posłami sejmowej Komisji Zdrowia. Kilka dni później w nieco węższym gronie (Fundusz reprezentował wiceprezes Jakub Szulc) rozmawiała z dziennikarzami. Tematem obu spotkań była prezentacja planów resortu na drugą połowę kadencji, a więc najbliższe dwa lata. Zarówno w Sejmie, jak i podczas briefingu prasowego dominował jednak jeden temat – finanse i coraz wyraźniejszy kryzys w budżecie NFZ.

– Mamy problem, o którym państwo wiecie od dłuższego czasu. Mamy problem z finansami NFZ – mówiła w Sejmie minister Sobierańska-Grenda. W jej imieniu wątek rozwinął prezes NFZ Filip Nowak, przypominając, że choć głównym źródłem finansowania Funduszu jest składka zdrowotna, coraz większy udział w budżecie mają środki pochodzące z dotacji budżetowej.

– Najważniejszym zadaniem zarządu NFZ jest określenie wartości umów do środków, które są zaplanowane. Tak, żeby wystarczyło ich na dwanaście miesięcy w roku, na które zawarte są kontrakty. Oczywiście, od początku istnienia

Funduszu wartość umów jest globalnie niższa niż potrzeby zdrowotne. Wynika to z ograniczeń finansowych – tłumaczył Nowak, odnosząc się do podnoszonego przez posłów problemu nierozliczonych nadwykonań za pierwsze półrocze.

Jak dodał, trudno jest zabezpieczyć wszystkie świadczenia i zadania nakładane na NFZ w trakcie roku – jak choćby koszty wynikające z ustawy o minimalnym wynagrodzeniu w ochronie zdrowia – tak,

Resort zdrowia staje przed wyborem:
ratować budżet czy chronić dostępność
świadczeń. Na dłuższą metę bez
dodatkowych środków nie da się zrobić ani
jednego, ani drugiego

by środki wystarczyły na wszystkie potrzeby. Bez dodatkowych pieniędzy z budżetu państwa spłacenie nadwykonań za drugi kwartał będzie niemożliwe.

Co istotne, sytuacja poszczególnych oddziałów NFZ jest zróżnicowana. W niektórych regionach rozliczono już świadczenia nielimitowane za drugi kwartał, w innych – jest to praktycznie niewykonalne bez wsparcia z budżetu państwa. Najtrudniej jest w województwach śląskim i mazowieckim, gdzie jeszcze na początku października

brakowało środków nawet na pokrycie kontraktów na czwarty kwartał.

Pieniądzy brakuje, choć tegoroczna dotacja została już zwiększona – w stosunku do pierwotnie planowanej – o 9 mld zł, a cały plan finansowy dzięki przesunięciom o około 13 mld zł. – Wierzę, że ten plan jeszcze wzrośnie. W tym celu prowadzone są rozmowy z Ministerstwem Finansów – przyznał Nowak.

Podczas spotkania z dziennikarzami minister zdrowia nie kryła, że mimo licznych priorytetów resortu kwestia finansów pozostaje najpilniejsza. – Chciałabym uzyskać stabilną sytuację finansową Funduszu – zadeklarowała Sobierańska-Grenda.

ROZMOWY O PIENIĄDZACH I CIĘCIACH

Duże nadzieje wiąże z deklaracją premiera dotyczącą osobistego włączenia się w rozmowy między resortami zdrowia i finansów oraz NFZ w sprawie pozyskania dodatkowej dotacji. Kluczowe decyzje mają zapadnąć w połowie października, gdy Ministerstwo Finansów będzie dzielić niewykorzystane pozycje budżetowe. Problem w tym, że skala braków jest porażająca – w tym roku to co najmniej 14 mld zł, a przyszłoroczna luka szacowana jest już na 23 mld zł.

Sygnały z resortu zdrowia wywołały reakcję środowisk medycznych i partnerów społecznych. Organizacje pracodawców i związki

zawodowe zaapelowały do premiera „o wsparcie i bezpośredni nadzór nad procesami, które będą skutkować zabezpieczeniem w budżecie państwa środków finansowych gwarantujących bezpieczeństwo zdrowotne Polaków”. Wskazano, że brak 14 mld zł tylko w 2025 r. może oznaczać ograniczenie dostępności świadczeń, zamykanie oddziałów szpitalnych i faktyczną zapaść systemu. Podobny apel skierowało do premiera także Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej. Środowisko lekarskie przypomina, że choć kwotowo na zdrowie wydajemy coraz więcej, udział wydatków publicznych w PKB nie rośnie – a w najlepszym razie zwiększa się symbolicznie.

Dodatkowe pieniądze muszą się więc znaleźć – pytanie tylko, czy w wysokości adekwatnej do potrzeb. Kluczowe są dwa pytania: nie „czy”, lecz „ile” pieniędzy Ministerstwo Finansów przeznaczy na zdrowie w tym roku – i na jakich warunkach.

Bo równolegle trwają rozmowy o kosztach, w tym o zmianach w ustawie o minimalnym wynagrodzeniu w ochronie zdrowia. Ministerstwo Zdrowia zapowiadało je już podczas posiedzenia Komisji Zdrowia, a temat wybrzmiał jeszcze mocniej w rozmowie z dziennikarzami.

Wiceminister Katarzyna Kęcka, odpowiedzialna za dialog społeczny, przyznała, że resort wstrzymuje się z posiedzeniem Trójstronnego Zespołu ds. Ochrony Zdrowia do czasu uzgodnienia propozycji z Ministerstwem Finansów. Jednocześnie podkreśliła, że ze strony społecznej pojawia się wyraźne oczekiwanie, by ustawa regulowała nie tylko płace minimalne, ale także maksymalne, które mogą być finansowane ze środków NFZ. Takich zmian domagają się zarówno związki zawodowe, jak i organizacje pracodawców. Minister Sobierańska-Grenda deklaruje, że ustawa o wynagrodzeniach minimalnych musi zostać zmieniona i liczy w tej sprawie na wsparcie środowiska prezydenckiego – zwłaszcza że doradca prezydenta ds. zdrowia, prof. Piotr Czauderna, we wrześniu publicznie poparł ten kierunek zmian.

SZPITAL DO NAPRAWY

Z kwestiami finansowymi ściśle wiążą się zmiany w szpitalnictwie, które minister Sobierańska-Grenda zamierza nadzorować osobiście. Priorytet „Zdrowy szpital, bezpieczny pacjent”, oparty na



foto: x.com/MZ_GOV_PL

◀ *Chciałabym uzyskać stabilną sytuację finansową Funduszu – twierdzi minister Jolanta Sobierańska-Grenda*

i walki o kadry niż odgórne limity wynagrodzeń.

CYFROWA RECEPTA NA KRYZYS

Racjonalizację gospodarki zasobami ma też wspierać cyfryzacja. Centralna e-rejestracja ma objąć w 2026 r. kardiologię i kolejne specjalizacje, a do 2029 r. całą ambulatoryjną opiekę specjalistyczną. W planach są nowe systemy informatyczne: e-Transplant, e-Krew, e-Hemofilia oraz system monitorowania chorób rzadkich. Do końca roku ma zostać zrealizowany długo oczekiwany postulat automatyzacji refundacji recept.

Choć pełna automatyzacja nie nastąpi od razu, już w przyszłym roku lekarze – pod pewnymi warunkami – nie będą odpowiadać finansowo za błędne oznaczenie poziomu refundacji. Samorząd lekarski ocenił tę zapowiedź pozytywnie.

Znacznie mniej optymizmu budzą plany resortu dotyczące kształcenia lekarzy... a raczej ich brak. Ministerstwo Zdrowia mówi o potrzebie wzmocnienia kadr medycznych i lepszego wykorzystania kompetencji wszystkich zawodów (tzw. skill mix), ale konkretów dotyczących kierunków lekarskich brakuje.

Wiceminister Kęcka przedstawiła szereg propozycji dotyczących zawodów pielęgniarzkich i innych profesji medycznych, lecz nie odniosła się do zapowiadanych od dwóch lat zmian w ustawie Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce. Po wyborach 2023 r. resort zapowiadał cofnięcie nowelizacji z lat 2020–2022, które obniżyły wymagania wobec uczelni prowadzących kierunki lekarskie, i powrót do przepisów z 2018 r. Teraz słychać tylko, że na problem kształcenia kadr medycznych resort będzie patrzył kompleksowo.

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

ustawie podpisanej przez prezydenta Karola Nawrockiego, zakłada konsolidację i restrukturyzację szpitali, w tym przekształcenie części placówek lub ich oddziałów w podmioty przeznaczone na cele opieki długoterminowej.

Na wsparcie tego procesu resort przeznacza ok. miliarda złotych z Funduszu Medycznego. Jednocześnie trwają prace nad mechanizmem oddłużeniowym dla szpitali realizujących programy naprawcze – choć nie znalazł się on w ustawie, resorty zdrowia i finansów oraz Bank Gospodarstwa Krajowego mają wkrótce przedstawić konkretne rozwiązania (miały być gotowe na przełomie września i października).

– Kierunek zmian środowisko lekarskie ocenia dobrze, a nawet bardzo dobrze. Kluczowa będzie jednak realizacja – mówił podczas październikowego kongresu „Wizja Zdrowia. Diagnoza i przyszłość” dr Artur Drobniak, prezes ORL w Warszawie. Konsolidacja szpitali, zdaniem lekarzy, to lepszy sposób na ograniczenie chaosu placowego

PRAWO I MEDYCYNĄ

Niebezpieczne „leczenie” zapalenia płuc ziołami i homeopatią

Lekarz nie może stosować metod niepotwierdzonych naukowo ani wprowadzać pacjentów w błąd co do swoich kwalifikacji. Dlatego lekarka, która u czteroletniego dziecka zastosowała niezwyfikowaną naukowo terapię homeopatyczną i sprzedała matce własne mieszanki ziół, została prawomocnie ukarana.

Okręgowy sąd lekarski (OSL) uznał lekarkę pediatrii winną popełnienia czynu polegającego na zastosowaniu u czteroletniego dziecka metody niezwyfikowanej naukowo – leków homeopatycznych – podczas wizyty w prywatnym gabinecie „Naturalna Medycyna”. Wymierzył jej za to karę nagany. Sąd ustalił również, że lekarka sprzedała matce dziecka zestaw ziół własnej produkcji za dodatkową opłatą 350 zł oraz posługiwała się pieczętką z napisem „specjalista pediatra, lekarz homeopata”.

Od tego orzeczenia obwiniona odwołała się do Naczelnego Sądu Lekarskiego (NSL), argumentując, że stosowanie leków homeopatycznych jest zwyfikowaną metodą naukową i ma podstawy prawne. NSL uznał jednak odwołanie za bezzasadne i utrzymał w mocy dwie kary nagany oraz karę pieniężną w wysokości trzech średnich krajowych – 22 455 zł. Obciążył też lekarkę kosztami postępowania.

ZAUFANIE I GODNOŚĆ ZAWODU

Lekarz wykonujący zawód zaufania publicznego powinien postępować w sposób, który nie uwłacza ani jego godności osobistej, ani dobremu imieniu środowiska, które reprezentuje. We współczesnym świecie nastawionym na zysk i korzyść osobistą lekarz w szczególnie sposób jest zobowiązany do ochrony dobrego imienia własnej profesji.

Art. 57 Kodeksu Etyki Lekarskiej jednoznacznie stanowi, że zakazane jest lekarzowi posługiwanie się metodami uznanymi przez naukę za szkodliwe, bezwartościowe lub niezwyfikowane naukowo.

Zgodnie z obowiązującymi zasadami dopóki dana metoda leczenia nie zostanie naukowo potwierdzona, nie może być stosowana w praktyce lekarskiej, ponieważ zagraża

JACEK MIARKA
PRZEWODNICZĄCY
NACZELNEGO SĄDU LEKARSKIEGO



bezpieczeństwu pacjenta. Jeśli terapia nie mieści się w obecnych standardach, obowiązkiem lekarza jest uzyskanie pisemnej świadomej zgody pacjenta oraz – jak w każdej terapii eksperymentalnej – uzyskanie zgody komisji bioetycznej.

Już 4 kwietnia 2008 r. Naczelna Rada Lekarska w stanowisku nr 7/08/V w sprawie stosowania homeopatii i pokrewnych metod przez lekarzy uznała, że ich stosowanie – w związku z brakiem wiarygodnych dowodów potwierdzających skuteczność – nie mieści się w aktualnej wiedzy medycznej i jest sprzeczne z art. 57 KEL

BRAK DOWODÓW, BRAK PODSTAW

1 kwietnia 2016 r. Sąd Apelacyjny w Warszawie potwierdził, że postępowania dyscyplinarne wobec lekarzy promujących homeopatię są zgodne z prawem. W rozstrzygnięciu podkreślił, że samorząd lekarski działa w interesie publicznym, chroniąc racjonalny charakter medycyny.

Kolejne stanowisko Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z 30 marca 2023 r. jednoznacznie stwierdza, że produkty homeopatyczne nie mogą być postrzegane jako leki. Wciąż brakuje jakichkolwiek naukowych

dowodów potwierdzających skuteczność leczenia. Co więcej, nie istnieją jednostki chorobowe, w których stosowanie leków homeopatycznych miałyby potwierdzoną skuteczność terapeutyczną.

ZAKAZ TYTUŁÓW POZORNIE NAUKOWYCH

Równie jednoznaczny jest art. 46 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, który zakazuje lekarzowi sprzedaży jakichkolwiek środków leczniczych w gabinecie lekarskim, a tym bardziej mieszanek ziół o nieustalonym składzie i pochodzeniu.

Homeopatia nie jest specjalizacją lekarską. Umieszczenie jej na pieczętce, będącej narzędziem potwierdzającym kwalifikacje lekarskie, jest przejawem przypisania sobie przez obwinioną nienależnego tytułu zawodowego.

W tym konkretnym przypadku dzięki czujności matki, która nie zastosowała się do zaleceń obwinionej lekarki, następnego dnia rozpoznano klinicznie i potwierdzono u dziecka radiologicznie zapalenie płuc. Zapobiegło to poważnym powikłaniom, w tym zagrożeniu życia dziecka. ●

PRAWO I MEDYCYNĄ

Promocja nie zawsze jest prawdziwa

ANTONINA KRYŃSKA
DZIENNIKARKA

Black Friday, Black Month, Black Weeks... W listopadzie internet zalewa fala promocji. Sklepy kuszą okazjami życia. Kurtka za pół ceny, kolczyki prawie za darmo – brzmi kusząco, ale często to jedynie marketingowa iluzja.

Z badań wynika, że aż 82 proc. kupujących kieruje się promocjami przy wyborze sklepu internetowego. To oznacza, że zniżki mają ogromny wpływ na nasze decyzje. Nic więc dziwnego, że sprzedawcy chętnie z nich korzystają – czasem jednak w sposób nieuczciwy.

RABATY RZĄDZĄ DECYZJAMI

Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów od lat ostrzega przed tzw. wiecznymi promocjami, które mają jedynie wywołać wrażenie wyjątkowej okazji. Zegary odliczające czas do końca zniżki, komunikaty typu „zostały tylko 3 sztuki!” – to przykłady tzw. dark patterns, czyli zwodniczych interfejsów.

Takie zabiegi mają wpływać na emocje i wymuszać szybkie decyzje zakupowe. A przecież wybór produktu powinien być świadomy, a nie wynikiem manipulacji.

Prawo uznaje dark patterns za praktyki niedozwolone. Wprowadzają w błąd, naruszają prawa konsumentów i są traktowane jako naruszenie zbiorowych interesów klientów. UOKiK może wszcząć postępowanie i nałożyć kary finansowe – co w ostatnich latach robi coraz częściej.

CENOWE CZARY-MARY

Nieuczciwy marketing to jedno, ale równie często spotykanym problemem są manipulacje cenowe. Sklep, który ogłasza obniżkę, musi pokazać nie tylko aktualną, ale też najniższą cenę z 30 dni przed promocją. Tak stanowi tzw. dyrektywa Omnibus, obowiązująca w całej UE.

Obowiązek dotyczy każdej formy promocji. Informacja o najniższej cenie powinna być dobrze widoczna, umieszczona tuż obok aktualnej kwoty, tym samym krojem

pisma. Żadnych szarych literek, ukrytych linków ani rozwijanych okienek.

Jeśli produkt jest sprzedawany krócej niż 30 dni, sklep powinien podać najniższą cenę od momentu wprowadzenia go do oferty. W przypadku artykułów szybko psujących się – cenę sprzed pierwszej obniżki.

Przykład poprawnego oznaczenia? „80 zł zamiast 100 zł (najniższa cena w ostatnich 30 dniach). Regularna cena poza promocją: 120 zł”.

Brzmi drobiazgowo? Być może. Ale to właśnie te szczegóły chronią kupujących przed fikcyjnymi obniżkami.

W 2025 r. UOKiK postawił m.in. zarzuty platformie Temu za prezentowanie nieaktualnych cen promocyjnych. Urząd ustalił, że mimo zmieniających się w ciągu kilku dni cen produktów informacja o „najniższej cenie z ostatnich 30 dni” pozostawała bez zmian.

Głośno było też o karze dla Amazona – prawie 32 mln zł – za wprowadzanie klientów w błąd. Klienci myśleli, że umowa sprzedaży została już zawarta, choć faktycznie tak nie było. Serwis mylnie informował użytkowników w sprawie dostępności produktów, czasu dostawy i warunków tzw. gwarancji dostawy.

UOKiK dostał sporo skarg od osób, które zapłaciły za produkty, ale nigdy ich nie dostały. To również były przykłady dark patterns – manipulacji.

FAŁSZYWE OPINIE I REKLAMACJE

Zniekształcone mogą być nie tylko ceny, ale i opinie. W sieci coraz częściej pojawiają się recenzje pisane

przez boty, podstawione osoby lub firmy marketingowe. A przepisy jasno mówią: każdy przedsiębiorca, który udostępnia opinie na stronie, musi poinformować, czy i w jaki sposób weryfikuje ich autentyczność.

Powinien też wskazać, czy publikuje wszystkie komentarze, czy tylko pozytywne. Fałszywe lub zmanipulowane opinie są zakazane – wprowadzają w błąd i naruszają prawa konsumentów.

Warto pamiętać, że produkty kupione w promocji można reklamować na takich samych zasadach jak te w cenie regularnej. Wyjątkiem jest sytuacja, gdy obniżka wynika z konkretnej wady towaru, o której klient został uprzedzony przed zakupem – tej jednej wady reklamować już nie można. W każdym innym przypadku obowiązują pełne prawa konsumenta.

Jeśli czujemy się oszukani – np. przez nieuczciwą promocję, brak jasnych informacji lub wprowadzenie w błąd – możemy złożyć skargę do UOKiK. Urząd nie rozpatruje indywidualnych reklamacji, ale jeśli otrzyma wiele podobnych zgłoszeń, może wszcząć postępowanie dotyczące zbiorowego naruszenia praw konsumentów.

Tylko w 2024 r. prezes UOKiK wszczął 41 takich postępowań i nałożył na firmy kary o łącznej wartości ponad 263 mln zł. Dodatkowo przeprowadzono 128 postępowań wyjaśniających, wydano 70 decyzji i skierowano 267 tzw. miękkich wystąpień – pism z zaleceniami poprawy praktyk wobec klientów. ●

PRAWO I MEDYCYNĄ

Gdy pamięć staje się przedmiotem sporu

W polskim prawie istnieje kult pamięci osoby zmarłej. Dzięki temu bliscy mogą iść do sądu, jeśli ktoś w rażący sposób narusza pamięć o zmarłym, np. przedstawiając go w zniekształcony, uwłaczający lub nieprawdziwy sposób – mówi **Krzysztof Czyżewski**, adwokat i partner w kancelarii Czyżewscy Kancelaria Adwokacka, w rozmowie z Antoniną Kryńską.

Czy prawo chroni nasz wizerunek po śmierci?

W Polsce wizerunek osoby, która już nie żyje, nie jest chroniony tak jak za życia. Dobra osobiste, w tym prawo do wizerunku, kończą się w momencie śmierci danej osoby – z jednym wyjątkiem. Prawo autorskie przewiduje, że roszczeń związanych z naruszeniem wizerunku nie można dochodzić po upływie 20 lat od śmierci osoby przedstawionej. Pojawia się pytanie: czy to oznacza, że prawo do wizerunku „przeżywa” śmierć, czy po prostu wydłuża termin, w którym można dochodzić roszczeń za naruszenia, które miały miejsce jeszcze za życia?

Większość prawników uważa, że chodzi o to drugie, czyli że ochrona dotyczy tylko sytuacji, w których naruszenie wizerunku zdarzyło się za życia danej osoby. W takim przypadku spadkobiercy mogą dochodzić swoich praw po śmierci. Natomiast jeśli naruszenie nastąpiło już po śmierci, ochrona wizerunku zasadniczo nie obowiązuje.

W praktyce, zwłaszcza w branży filmowej, reklamowej czy wydawniczej, przyjmuje się, że po upływie 20 lat od śmierci można wizerunek danej osoby wykorzystywać znacznie swobodniej.

Czyli po śmierci można nas obrzucać błotem?

Nie do końca. Nie wszystko po śmierci wolno. Trzeba rozróżnić dwie sprawy: wizerunek i inne dobra osobiste. Wizerunek to nie opinia o kimś,

tylko konkretny obraz człowieka – zdjęcie, portret, rzeźba, karykatura. Dobra osobiste, jak np. cześć czy dobre imię, też są chronione, ale tylko za życia.

W polskim prawie istnieje też kult pamięci osoby zmarłej. Dzięki temu bliscy mogą iść do

Nie bronimy w sądzie zmarłego, lecz własnego prawa do pielęgnowania dobrej pamięci o nim

sądu, jeśli ktoś w rażący sposób narusza pamięć o zmarłym, np. przedstawiając go w zniekształcony, uwłaczający lub nieprawdziwy sposób.

W jaki sposób można dochodzić takiego naruszenia?

Jeżeli ktoś narusza pamięć o zmarłym, można bronić się przez zwykły pozew cywilny o naruszenie dóbr osobistych. Ważne jednak, żeby pamiętać, że nie bronimy w tym procesie samych dóbr zmarłego, tylko własnego dobra, czyli prawa do pielęgnowania dobrej pamięci o tej osobie.

Nie chodzi przy tym o to, by pokazywać zmarłego wyłącznie w bardzo pozytywnym świetle. Jeśli za życia robił coś nagan-

nego, można o tym mówić, ale zgodnie z prawdą. Kult pamięci osoby zmarłej chroni nie przed prawdą, tylko przed zniekształcaniem wizerunku.

Przykład: ktoś był za życia konserwatywny i głęboko wierzący, a po śmierci przedstawia się go w książkach czy filmach zupełnie odwrotnie, wówczas można mówić o naruszeniu kultu pamięci.

Czy prawo do pielęgnowania dobrej pamięci o zmarłym przysługuje tylko osobom bliskim, czy także znajomym, a w przypadku osób znanych np. czytelnikom czy fanom?

Prawo nie robi różnicy, czy ktoś jest rodziną zmarłego, czy nie. Ważne jest, czy miał z nim prawdziwą więź emocjonalną lub duchową. W praktyce zdarzało się, że sprawy w tym zakresie wnosili przyjaciele, współpracownicy, a nawet osoby niespokrewnione, które naprawdę blisko znały zmarłego.

Jednym z głośniejszych przypadków był proces dotyczący pamięci Jana Pawła II. Sąd Okręgowy w Warszawie uznał, że wypowiedź Roberta Biedronia o Janie Pawle II sugerująca związek papieża z przestępstwami seksualnymi naruszyła kult pamięci, ale jednocześnie oddalił powództwo Fundacji Instytut Działalności Religijnej, ponieważ uznał, że fundacja nie miała

prawa do występowania w tej sprawie jako powód. Sąd uznał, że dobro osobiste w postaci kultu zmarłego zostało naruszone, ale z powodów formalnych nie uwzględnił dalszych roszczeń organizacji.

Natomiast w innym przypadku sąd oddalił pozew dalekiej krewnej znanej osoby, bo nie było dowodów na prawdziwą więź emocjonalną. Chodziło o dalekiego kuzyna George Sand, który postanowił bronić dobrego imienia krewnej po przeszło 100 latach od jej śmierci.

Sąd najpierw sprawdza, czy powód w ogóle ma prawo wnieść sprawę, czyli czy rzeczywiście łączyła go ze zmarłym na tyle silna relacja, że jego własne prawo do dbania o pamięć o tej osobie mogło zostać naruszone. Dopiero potem bada, czy faktycznie doszło do naruszenia i w jaki sposób.

A co w sytuacji, gdy broni się dobrego imienia osoby, która na to nie zasługuje, np. zbrodniarza wojennego?

Tak jak wspominałem wcześniej, nie chodzi o to, by po śmierci o zmarłym mówić tylko dobrze lub wcale, ale o to, by nie zniekształcać realnego obrazu takiej osoby. Jeśli mamy do czynienia ze zbrodniarzem wojennym, to sądzę, że tak jak za życia, tak i po śmierci nie ma narzędzi, by chronić go przed publicznym wyjawieniem prawdy. Oczywiście w obu przypadkach będzie trzeba wykazać się rzetelnością i starannością działań tak w zbieraniu, wyborze, jak i prezentacji treści.

A co z prawdą historyczną?

Ochrona takich dóbr osobistych, jak prywatność, cześć czy wizerunek, nie ma nigdy charakteru absolutnego. Bardzo często dochodzi do konfliktu ochrony dóbr. Wolność wypowiedzi, wolność obiegu informacji, wolność do nauki, twórczości często pozostają w konflikcie z prywatnością i czcią. Na szczęście, nie obowiązuje zasada, która by kazała chronić jedno dobro zawsze ponad inne. W sytuacji konfliktu dokonuje się ważenia racji i interesów. Próbując chronić obydwa dobra, niekiedy trzeba dać pewne pierwszeństwo jednemu z nich, szczególnie gdy przemawiają za tym względy interesu społecznego.

Jeśli występuję do sądu w związku z naruszeniem dobra osobistego dotyczącego pamięci o bliskiej mi osobie, czego mogę



foto: archiwum prywatne

się domagać i jakie wyroki zazwyczaj zapadają?

Jeżeli ktoś wciąż powtarza nieprawdziwe lub krzywdzące treści, można zwrócić się do sądu, żeby nakazał zaprzestanie takich działań. Można też domagać się naprawienia szkód, np. poprzez publikację przeprosin w tym samym miejscu i w podobnej formie, w jakiej doszło do naruszenia, żeby osoby, które zobaczyły pierwotny materiał, mogły poznać to „sprostowanie”.

Jeśli naruszenie było zawnione, można też ubiegać się o rekompensatę pieniężną za cierpienie, stres czy dyskomfort psychiczny spowodowany tym działaniem. Czasami dodatkowo można poprosić, by pewna kwota trafiła na cel społeczny, np. do fundacji pomagających potrzebującym lub pielęgnującym pamięć ważnych osób czy wydarzeń historycznych. To taki sposób, by jednocześnie naprawić szkodę i symbolicznie ukarać sprawcę. W końcu gdyby naruszenie doprowadziło do powstania szkody materialnej, można by domagać się zapłaty odszkodowania.

Wspominał Pan wcześniej, że w innych krajach wygląda to nieco

◀ ***Kult pamięci chroni nie przed prawdą, lecz przed zniekształcaniem obrazu zmarłego – mówi adwokat Krzysztof Czyżewski***

inaczej. Jakie są najważniejsze różnice?

W większości krajów europejskich, które – podobnie jak Polska – wywodzą swoje systemy z prawa francuskiego (Kodeks Napoleona) lub niemieckiego, ochrona dóbr osobistych wygląda dość podobnie.

Zupełnie inaczej jest w Stanach Zjednoczonych. Po pierwsze, w USA pierwszeństwo zwykle daje się wolności wypowiedzi, której ochronę gwarantuje pierwsza poprawka do ich konstytucji. Ma to szczególne znaczenie w przypadku osób publicznych. Te, by móc chronić swoje dobra osobiste, muszą wykazać, że ktoś działał świadomie, czyli wiedząc, że pisze nieprawdę, i tego proceduru nie zaniechał. Po drugie, w USA ochrona prawa do wizerunku różni się w zależności od stanu, ponieważ nie jest to uregulowane na poziomie federalnym. W niektórych stanach ochrona istnieje tylko za życia, w innych – przez kilka lub kilkanaście lat po śmierci, a w niektórych nawet ponad 100 lat.

To prowadzi do ciekawych zjawisk. W USA mówi się wręcz o „turystyce prawnej”. Niektórzy celebryci dostosowują swoje miejsce zamieszkania, a nawet decydują się spędzić ostatnie lata życia w stanie gwarantującym szerszą pośmiertną ochronę wizerunku. Wybierają stan, który daje największe możliwości dochodzenia roszczeń i najwyższe odszkodowania. Wtedy ich spadkobiercy mogą korzystać z tych przywilejów, gdy ktoś chce wykorzystać ich nazwisko lub wizerunek po śmierci. W niektórych stanach też dość szeroko interpretuje się to, czym jest chroniony wizerunek. Były przypadki, że ochroną objęto nawet bardzo charakterystyczne auto należące do słynnej osoby albo powiedzonko, dzięki któremu osoba była znana. ●

PODATKI I FINANSE

Ministerstwo potwierdza: leasing aut mniej opłacalny

ANNA WOJDA

Złe wiadomości dla lekarzy leasingujących samochody spalinowe w ramach prowadzonej działalności gospodarczej. Od 2026 r. zapłacą więcej podatku. Wszystko dlatego, że spadnie limit kosztów podatkowych. Obejmie to także umowy zawarte wcześniej.

Od przyszłego roku limit kosztów podatkowych dla aut spalinowych i klasycznych hybryd zostanie obniżony. Leasing takich pojazdów stanie się więc mniej korzystny. Zmiana polega na obniżeniu z 150 tys. zł do 100 tys. zł limitu wartości samochodu osobowego spalinowego lub klasycznej hybrydy, od którego można dokonywać odpisów amortyzacyjnych zaliczanych do kosztów uzyskania przychodów lub zaliczać do kosztów raty leasingowe (przy leasingu operacyjnym).

Wielu lekarzy liczyło, że uniknie zmian, jeśli podpisze umowę leasingu jeszcze w 2025 r. Ministerstwo Finansów rozwiało jednak te nadzieje. Wiceminister Jarosław Neneman wyjaśnił w odpowiedzi na interpelację poselską (nr 12100), że nowe limity obejmą wszystkie umowy leasingu obowiązujące od 1 stycznia 2026 r., niezależnie od daty ich zawarcia.

„Samochody osobowe używane w działalności na podstawie umowy leasingu operacyjnego, umowy najmu, dzierżawy lub innej umowy o podobnym charakterze, nie są ujmowane w ewidencji środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych podatnika. Z tego względu (...) od 1 stycznia 2026 r. będą miały zastosowanie nowe limity, w tym niższy limit w wysokości 100 tys. zł, nawet jeżeli takie umowy zostały zawarte przed tym dniem” – napisał wiceminister Neneman.

Resort nie planuje też żadnych przepisów przejściowych. Dla lekarzy oznacza to tyle, że z wyższego limitu 150 tys. zł skorzystają jedynie ci z nich, którzy kupią samochód z silnikiem spalinowym



▲ Do końca 2025 r. limit dla aut spalinowych wynosi 150 tys. zł, a od 2026 r. wyniesie 100 tys. zł (jeśli emisja CO₂ silnika spalinowego samochodu osobowego jest równa lub wyższa niż 50 g na kilometr)

i wprowadzą go do ewidencji środków trwałych do końca 2025 r. Natomiast tym z nich, którzy wezmą auto w leasing, limit kosztów zmniejszy się do 100 tys. zł, i to nawet jeśli zdecydują się na leasing przed końcem 2025 r. Krótko mówiąc, w przypadku samochodów, które nie spełnią norm emisji spalin, leasing stanie się mniej atrakcyjny.

Jak podawał Business Insider, według wycień Superauto.pl obniżka limitu oznacza dla leasingobiorców stratę ok. 7 tys. zł w ciągu pięciu lat. W przypadku Hyundai Tucsona o wartości 161 tys. zł brutto suma odliczeń zmniejszy się o 117 zł miesięcznie.

Co ważne, celem zmian w przepisach miało być promowanie rozwiązań ekologicznych, a konkretnie pojazdów niskoemisyjnych, które charakteryzują się

LIMITY AMORTYZACJI

Od 2026 r. limity amortyzacji mają wynosić:

- 225 000 zł – w przypadku samochodu osobowego będącego pojazdem elektrycznym w rozumieniu art. 2 pkt 12 ustawy z 11 stycznia 2018 r. o elektromobilności i paliwach alternatywnych (Dz. U. z 2022 r. poz. 1083) oraz w przypadku samochodu osobowego będącego pojazdem napędzanym wodorem w rozumieniu art. 2 pkt 15 tej ustawy,
- 150 000 zł – jeśli emisja CO₂ silnika spalinowego samochodu osobowego, określona na podstawie danych zawartych w centralnej ewidencji pojazdów, wynosi mniej niż 50 g na kilometr,
- 100 000 zł – jeśli emisja CO₂ silnika spalinowego samochodu osobowego, określona na podstawie danych zawartych w centralnej ewidencji pojazdów, jest równa lub wyższa niż 50 g na kilometr.

emisją CO₂ poniżej 50 g/km. Eksperci twierdzą jednak, że niewiele pojazdów spełnia te wymogi. A to oznacza, że nowy obniżony limit będzie dotyczył zdecydowanej większości pojazdów na rynku.

PODATKI I FINANSE

Jak nie stracić pieniędzy w internecie

MARIUSZ TOMCZAK
DZIENNIKARZ

Jedno nieostrożne kliknięcie może kosztować utratę wszystkich oszczędności. Cyberprzestępcy nie mają skrupułów, a ich ofiarami najczęściej stają się seniorzy, dla których świat cyfrowych finansów bywa pułapką zamiast ułatwieniem.

Sprytni i zuchwali cyberprzestępcy zarówno z kraju, jak i zagranicy nakłaniają osoby starsze do wykonania przelewu bankowego lub udostępnienia haseł czy kodów autoryzacyjnych. Robią to na różne sposoby – za pośrednictwem połączeń telefonicznych, e-maili i SMS-ów. Czasami starają się przekonać do zainstalowania oprogramowania umożliwiającego zdalne przejęcie kontroli nad urządzeniami. Cel jest oczywisty: kradzież środków z konta.

Zbliżający się Światowy Dzień Seniora (14 listopada) to dobra okazja do zwrócenia uwagi na te problemy, tym bardziej że w naszym kraju stale rośnie liczba osób starszych. Wspomniane święto zostało ustanowione po to, aby docenić ich wkład i przypomnieć młodszemu pokoleniom, że wciąż mogą czerpać z ich wiedzy, mądrości i doświadczenia życiowego.

WERYFIKACJA RATUJE PORTFEL

Osoby starsze coraz chętniej korzystają z internetu, ale nie zawsze wiedzą, jak robić to w sposób bezpieczny dla swojego portfela. Z najnowszej edycji badania „Seniorzy w świecie cyfrowych finansów” przeprowadzonego przez Warszawski Instytut Bankowości (WIB) wynika, że 76 proc. ankieterów korzysta z bankowości internetowej za pośrednictwem komputera, a 61 proc. smartfona lub tabletu. W przypadku zakupów online wśród starszego pokolenia dominują płatności przelewem bankowym (44 proc.) i BLIK-iem (37 proc.).

Aż 86 proc. respondentów czuje się bezpiecznie, korzystając z bankowości internetowej, a 66 proc. z bankowości mobilnej. Co drugi ankieterowany senior przeciętnie ocenia poziom swojej wiedzy

w zakresie bezpiecznego korzystania z internetu, co dziesiąty słabo, a co trzeci bardzo dobrze. Ale deklaracje w zakresie zabezpieczania swoich e-finansów mogą być wyolbrzymione,

Przestępcy wykorzystują naiwność, emocje i brak czujności, by przejąć dostęp do kont bankowych i wyczerścić je do zera

ponieważ tylko 29 proc. ankieterowanych weryfikuje potencjalnych rozmówców z banku, tzn. szybko kończy rozmowę i kontaktuje się z nimi w celu sprawdzenia ich danych.

OSZUSTWA INWESTYCYJNE

W popularnych serwisach społecznościowych, np. na Facebooku, można natknąć się na reklamy będące w istocie klasycznymi przykładami oszustw inwestycyjnych. Schemat opiera się na obietnicy wysokich zysków bez ryzyka utraty pieniędzy, a zaczyna się od wzbudzenia zainteresowania niebywale opłacalną inwestycją, np. w fundusze lub akcje. Cyberprzestępcy często wykorzystują nazwiska i wizerunek m.in. gwiazd sportu lub estrady, cenionych analityków finansowych oraz popularnych blogerów finansowych.

Zespół CERT Polska, który działa w strukturach NASK – Państwowego Instytutu Badawczego, przestrzega przed ryzykiem związanym z fałszywymi inwestycjami w trzech krótkich

zdaniach: „oferta szybkiego i wysokiego zysku zapewne jest oszustwem, reklamy ze znanymi osobami czy firmami mogą być fałszywe, warto poradzić się specjalisty finansowego”.

WYDRUKUJ DLA BABCI LUB DZIADKA

W ubiegłym roku z okazji Światowego Dnia Seniora zaprezentowano poradnik „#Halo! Tu cyberbezpieczny Senior!” opracowany przez NASK – Państwowy Instytut Badawczy, Centralne Biuro Zwalczania Cyberprzestępczości (CBZC) i WIB, który zawiera konkretne przykłady pomagające uniknąć oszustw internetowych. Jest on dostępny pod adresem: www.nask.pl/media/2024/11/Poradnik_Halo_Tu_cyberbezpieczny_Senior. Warto go pobrać, wydrukować i podarować starszej osobie, np. babci lub dziadkowi.

Z 50-stronicowego poradnika można się dowiedzieć, m.in. jakie są najpopularniejsze scenariusze oszustw, jak rozpoznać fałszywe e-maile i fałszywe linki, co zrobić, gdy dostaliśmy podejrzaną wyglądającą wiadomość, a także w jaki sposób sprawdzać sklepy internetowe. W przystępny sposób wyjaśniono, co to jest deepfake, który jest wykorzystywany m.in. w przestępczości finansowej. Przybliżono również zasady bezpiecznego tworzenia haseł i zalety weryfikacji dwuetapowej. Jest też przedstawiony schemat oszustwa romantycznego, co może pomóc uchronić portfel i... serce.

Co by tu jeszcze naprawić, panowie

Odnoszę wrażenie, że zamiast prób rozwiązania problemów trapiących stomatologię, rządzący kierują się bardziej nieśmiertelnym tekstem Wojciecha Młynarskiego.

PAWEŁ BARUCHA
WICEPREZES NACZELNEJ
RADY LEKARSKIEJ



Wostatnim czasie Ministerstwo Zdrowia kolejny raz udowodniło, że nie ma pomysłu na funkcjonowanie stomatologii w Polsce. Po pierwsze – fundusze. Brak wystarczającego finansowania dotyka nie tylko gabinety prywatne, ale również ma negatywny wpływ na uczelnie medyczne. Niskie inwestycje w kadry medyczne spowodują wyższe nakłady na opiekę medyczną w przyszłości.

Pieniądze to tylko część problemu. Nie ma programów profilaktycznych dla dzieci i młodzieży. Wszystkie badania wskazują, że takie postępowanie powoduje drastyczny wzrost wydatków na zdrowie, tyle że zostanie to odwleczone w czasie. Nowa ustawa regulująca medycynę szkolną doprowadzi do zakończenia leczenia dzieci w placówkach edukacji. Rozwiązanie zaproponowane przez Ministerstwo Zdrowia po prostu zlikwiduje gabinety szkolne. I muszę jeszcze raz podkreślić, że to kolejny przypadek, kiedy lekceważenie stanowiska środowiska

ekspertów i praktyków skutkuje bezsensownymi pomysłami. Jako samorząd sprzeciwiamy się demontażowi stomatologii w szkołach.

Nie ułatwia życia lekarzom denty stom pracującym w ramach NFZ nowe zarządzenie wprowadzające możliwość wypełniania ubytków każdym dostępnym materiałem. Traktowanie wszystkich materiałów jednakowo, uznając, że nie ma różnicy w cenie, świadczy dobitnie o braku elementarnej wiedzy. Spowoduje to wzrost napięcia na linii pacjent – lekarz.

To niestety nie koniec doskonałych pomysłów rządzących. Od stycznia 2026 r. ma obowiązywać nowa regulacja dotycząca leczenia stomatologicznego w znieczuleniu ogólnym. I znowu zabrakło uwzględnienia głosu specjalistów. Ten pomysł doprowadzi do spadku dostępności leczenia osób niepełnosprawnych.

Podkreślam, że rozwiązania większości tych problemów są gotowe. Niestety, dla decydentów wciąż jestem petentem, a nie partnerem. ●

Nie ma wątpliwości, że w Polsce brakuje lekarzy specjalistów. Już w 2023 r. OECD w swoim raporcie Health at a Glance informowała, że w Polsce na tysiąc mieszkańców przypada 3,4 praktykującego lekarza (to poniżej średniej wynoszącej 3,7). W przypadku specjalistów jest jeszcze gorzej, czego efektem są wydłużające się kolejki oczekujących na wizytę.

Fundacja Watch Health Care w najnowszym Barometrze WHC, czyli raporcie dotyczącym dostępu do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce, zaprezentowała niedawno dane, z których wynika, że rok 2024 był rekordowy, bo średni czas oczekiwania na świadczenia wyniósł 4,2 miesiąca. To najdłużej od 2012 r., od kiedy WHC bada kolejki.

– Wszyscy mówią o zbyt małej liczbie geriatrów, psychiatrów dziecięcych, ale mało się mówi o problemie braku specjalistów w dziedzinach stomatologicznych. Tymczasem są regiony, w których pacjenci muszą jechać na konsultację kilkaset kilometrów, bo w ich województwie nie ma lekarza danej profesji. Konieczne są zmiany systemowe – podkreśla Paweł Barucha, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej.

NIE MA PIENIĘDZY NA NAUKĘ

Przedstawiciele uczelni medycznych od dłuższego czasu zwracają uwagę na niesprawiedliwy system finansowania poszczególnych kierunków. Na ten temat mówiono m.in. podczas ostatnich Mazowieckich Spotkań Stomatologicznych w Serocku.

– Jeśli mamy subwencję na kształcenie i jest ona dzielona tak samo na wszystkie kierunki, to mamy do czynienia z jakimś nieporozumieniem. Koszty, jakie ponoszą uczelnie na kierunkach lekarsko-dentystycznych, są przecież o wiele wyższe niż na dietetyce, psychologii czy nawet na kierunkach lekarskich – mówiła prof. dr hab. Dorota Olczak-Kowalczyk, prorektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, w czasie debaty poświęconej przyszłości kształcenia przed- i podyplomowego.

– Czy powinniśmy się martwić o to, że nie mamy odpowiedniej ilości sprzętu, że nie stać nas na to, by prowadzić zajęcia, bo zwykłe zęby do leczenia kanałowego kosztują krocie i możemy dać jeden taki ząb na dwóch studentów? – pytała

PRAKTYKA LEKARSKA

Stomatologia akademicka na głodowych stawkach

ARTUR PEDRYC
DZIENNIKARZ

Rada do spraw Rozwoju Stomatologii apeluje o wyższe wyceny świadczeń dla uczelni medycznych. Argumenty są mocne: wysokospecjalistyczne zabiegi, kosztowny sprzęt, drogie materiały i... brak możliwości finansowania kształcenia z pieniędzy NFZ.

retorycznie. – Wyceny powinny uwzględniać choćby to, że student czy osoba specjalizująca się zepsuje drogi materiał. Ma do tego prawo, bo się dopiero uczy. Niestety, tak jak nie ma właściwej dystrybucji środków w NFZ na leczenie, tak nie ma właściwej dystrybucji pieniędzy na kształcenie zarówno przed-, jak i podyplomowe – stwierdziła prof. Dorota Olczak-Kowalczyk.

– Bez tego utrzymanie wysokiego poziomu kształcenia przed- i podyplomowego jest niemożliwe – uważa Paweł Barucha, który we wrześniu ponownie stanął na czele Rady do spraw Rozwoju Stomatologii działającej przy resorcie zdrowia.

INNE WYCENY DLA UCZELNI MEDYCZNYCH

Samorząd lekarski stara się przekonać rządzących do wprowadzenia zmian, które wreszcie zmienią sytuację, m.in. za pośrednictwem Rady do spraw Rozwoju Stomatologii. Organ doradczy działający przy resorcie zdrowia, składający się między innymi z konsultantów krajowych, przedstawicieli środowisk akademickich i samorządu lekarskiego, wystosował właśnie apel do ministra zdrowia i prezesa NFZ. Czytamy w nim: „Rada do spraw Rozwoju Stomatologii apeluje o wprowadzenie odrębnego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne dla wszystkich uczelni medycznych kształcących lekarzy dentystów, z uwzględnieniem zakresu refundowanych zabiegów oraz zasad wynagradzania za nie, tj. wprowadzenie limitu punktów oraz

współczynnika do ceny, które byłyby dostosowane do specyfiki placówek akademickich”.

– Zabiegi stomatologiczne świadczone w placówkach przy uczelniach medycznych mocno wykraczają poza standardowy zakres usług. Do tych placówek trafiają

Bez systemowych zmian nie uda się utrzymać jakości kształcenia ani zapewnić pacjentom dostępu do specjalistycznej opieki

przede wszystkim pacjenci wymagający wysokospecjalistycznej opieki medycznej. Oferowany przez uczelnie specjalistyczny personel oraz dostęp do zaawansowanych procedur diagnostycznych i leczniczych wiąże się z ponoszeniem przez te ośrodki ogromnych nakładów finansowych, wykraczających poza standardowy refundowany obecnie zakres świadczeń stomatologicznych – tłumaczy Paweł Barucha. I dodaje: – Proponowane przez nas rozwiązanie poprawi sytuację finansową placówek akademickich, ale przede wszystkim zwiększy dostępność do świadczeń dla pacjentów wymagających natychmiastowej, specjalistycznej interwencji. Mam nadzieję, że Ministerstwo Zdrowia oraz Narodowy Fundusz Zdrowia wypracują realny system kontraktowania usług stomatologicznych w ośrodkach

akademickich, który będzie uwzględniał specyfikę działania jednostek leczniczych funkcjonujących przy uczelniach medycznych.

KRÓTKI KOMENTARZ: „WRESZCIE”

Na coś takiego naukowcy i specjaliści z ośrodków działających przy uczelniach czekają z niecierpliwością.

– Jeśli takie rozwiązanie zostanie wprowadzone, to mój komentarz będzie krótki: „wreszcie” – mówi dr hab. lek. dent. Maciej Sikora, profesor Państwowego Instytutu Medycznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie.

– Obecnie jednostki akademickie nie mogą dysponować pieniędzmi z kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia na zajęciach ze studentami. W przypadku kształcenia podyplomowego lekarzy też jest szereg ograniczeń. Pacjenci za wybrane, w szczególności wysokospecjalistyczne badania diagnostyczne i zabiegi muszą płacić z własnych środków. To nie służy ani chorym, ani procesowi kształcenia kadry lekarskiej. Ośrodki akademickie jako dysponujące nie tylko najlepszym sprzętem, ale też wykształconym, wielospecjalistycznym personelem i dostępem do nowatorskich terapii powinny być finansowane na adekwatnym poziomie. Mam nadzieję, że tak się stanie. Skorzystają na tym studenci, lekarze odbywający specjalizację i – co najważniejsze – pacjenci – podkreśla prof. Maciej Sikora. ●

PRAKTYKA LEKARSKA

Otwartość wymaga zaufania i dobrych procedur

LIDIA SULIKOWSKA
DZIENNIKARKA

Rzecznik Praw Pacjenta przyjrzał się procesowi monitorowania zdarzeń niepożądanych w polskich szpitalach. Okazało się, że w wielu placówkach zgłasza się ich zbyt mało, głównie z powodu strachu przed konsekwencjami.

Według szacunków Światowej Organizacji Zdrowia w krajach o wysokich dochodach jeden na dziesięciu pacjentów doznaje szkody podczas pobytu w szpitalu, z czego ponad połowa to sytuacje, których można było uniknąć. Ograniczaniu tego zjawiska sprzyja sprawnie działający system raportowania i ewaluacji zdarzeń niepożądanych. Taki, który pomaga zauważać obszary problemowe, uczyć się na błędach i je naprawiać, a tym samym zapobiegać podobnym incydentom w przyszłości.

Jak z gromadzeniem i analizą informacji o zdarzeniach niepożądanych radzą sobie polskie szpitale? Na podstawie opublikowanego we wrześniu raportu Rzecznika Praw Pacjenta (RPP) można stwierdzić, że nie najlepiej. W dokumencie znajdziemy rezultaty badań na ten temat, w tym przede wszystkim wyniki ankiety RPP rozesłanej do wszystkich szpitali działających w kraju, na którą odpowiedziało ponad 40 proc. placówek. Wśród nich takie, które dobrze sobie radzą ze zbieraniem zgłoszeń, niestety one były w mniejszości.

207/50, CZYLI CO POSZŁO NIE TAK

Okazało się, że w 2023 r. 16 ankietowanych szpitali zebrało powyżej 500 zgłoszeń, z czego kilka po ponad 1000, a jeden niemal 2500. 19 placówek znalazło się w przedziale obejmującym od 301 do 500 zgłoszeń, 17 szpitali od 201 do 300, a 95 placówek w grupie 51-200 zgłoszeń. Najliczniejsza była grupa rejestrująca maksymalnie do 50 zdarzeń niepożądanych – znalazło się w niej

aż 207 badanych szpitali, z czego 61 nie wykazało ani jednego zgłoszenia. Najwięcej niepowodzeń rejestrowano na oddziałach chirurgii, interny i SOR-ach, a większość z nich dotyczyła upadków i działalności klinicznej, a także sprzętu medycznego, wyposażenia i organizacji pracy.

Od 1 lipca 2024 r. zgodnie z ustawą o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta podmioty lecznicze posiadające

Zamiast uczyć się na błędach,
personel medyczny często je przemilcza
– z lęku przed oceną, karą czy
utrata zaufania

umowę z NFZ muszą mieć wewnętrzne systemy zarządzania jakością i bezpieczeństwem, w tym mają monitorować zdarzenia niepożądane, identyfikować ryzyko ich wystąpienia i zarządzać nimi. Może więc teraz jest lepiej?

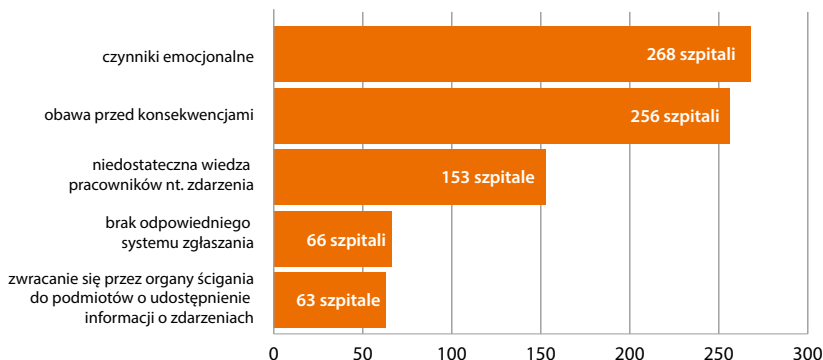
– Tego nie wiemy, w tym roku powtórzymy badanie, które da nam punkt odniesienia. Obawiam się jednak, że nie przybędzie wiele placówek z większą liczbą zgłoszeń – prognozuje Jakub Adamski, dyrektor Departamentu Współpracy w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta.

CZYM JEST ZDARZENIE NIEPOŻĄDANE

Ustawa o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta definiuje zdarzenie niepożądane jako sytuację, która wydarzyła się w trakcie udzielania świadczenia zdrowotnego, w jego efekcie lub w wyniku jego zaniechania, i spowodowała albo mogła spowodować negatywny skutek dla zdrowia lub życia pacjenta. Do takich zdarzeń zaliczamy m.in. zakażenia wewnątrzszpitalne, zastosowanie niewłaściwej procedury, błędną identyfikację pacjenta, ciało obce pozostawione w polu operacyjnym, upadki, awarie sprzętu, pomyłki w podawaniu leków, incydenty wynikające z organizacji pracy. Co ważne, przewidywany skutek prawidłowo przeprowadzonego leczenia nie jest zdarzeniem niepożądane.

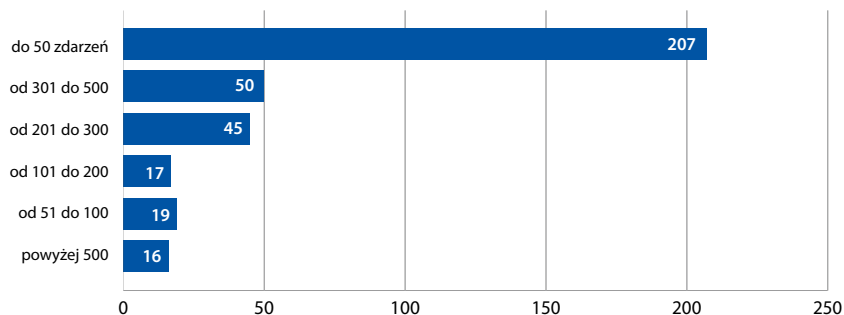
Tłumaczy, że nowe przepisy jedynie nałożyły na placówki medyczne obowiązek monitorowania zdarzeń niepożądanych, co nie oznacza, że od razu będą go realizować efektywnie. – Część szpitali gromadzi dane już kilkanaście lat i dalej

JAKIE TRUDNOŚCI WIDZĄ SZPITALA W ZGŁASZANIU ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH? (pytanie wielokrotnego wyboru, wyniki badania ankietowego Rzecznika Praw Pacjenta)



Źródło: raport RPP „Gromadzenie i analiza informacji o zdarzeniach niepożądanych w polskich szpitalach”

PODMIOTY LECZNICZE WG LICZBY ZGŁOSZONYCH ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH W 2023 R.



Źródło: raport RPP „Gromadzenie i analiza informacji o zdarzeniach niepożądanych w polskich szpitalach”

zbiera ich niewiele – stwierdza ekspert z Biura RPP.

LEKCJA, A NIE KARA

W badaniu uczestniczyły szpitale o różnym profilu – zarówno z mniejszych miejscowości, jak i z dużych miast, mające poniżej pięciu oddziałów, jak i ponad 10, dysponujące łózkami w liczbie poniżej 100 i takie, które tych łóżek miały nawet powyżej tysiąca. W raporcie podkreślono, że niezależnie od wielkości szpitala liczba zdarzeń poniżej 50 (dotyczyło to 207 placówek) nie odzwierciedla szpitalnych realiów. Dlaczego statystyki są takie? Jednym z problemów mogą być przeszkody techniczne. Z badania RPP wynika,

że 40 proc. ankietowanych podmiotów zbiera informacje tylko w formie papierowej. Kilkadziesiąt

Zasady zgłaszania powinny być powiązane z wprowadzeniem klauzuli wyższego dobra, aby medyk nie czuł strachu

szpitale przyznało, że zgłaszalność może utrudniać brak odpowiedniego systemu.

Znakomita większość szpitali wśród trudności w raportowaniu wymieniała jednak czynniki emocjonalne i obawę przed konsekwencjami. Trochę mniej placówek wskazało na niedostateczną wiedzę pracowników. 15 proc. przyznało, że barierą może powodować zwracanie się przez organy ścigania do podmiotów o udostępnianie informacji o zdarzeniach niepożądanych.

– Nie ma wątpliwości, że obawa przed konsekwencjami stanowi istotny czynnik. Odpowiedzi podmiotów nie wskazują na zagrożenie związane z działalnością organów ścigania. W kolejnym badaniu postaramy się lepiej zrozumieć, o jakie konsekwencje chodzi: wyciągane przez przełożonych, reakcje współpracowników czy działania innych instytucji – komentuje Jakub Adamski.

– Myślę, że to badanie bardziej pokazuje perspektywę szpitala jako organizacji, a mniej samych medyków – zwraca uwagę Agnieszka Gibalska-Dembek z Metanoia Med – bezpiecznie po zdarzeniach. Dodaje, że wspólnie z prof. Dorotą Sys z Zakładu Immunologii Translacyjnej i Eksperymentalnej Intensywnej Terapii CMKP przeprowadziła ankietę z udziałem 451 medyków (lekarze i pielęgniarki), w której padło pytanie o blokady przed zgłaszaniem zdarzeń niepożądanych.

– 68,7 proc. badanych wskazało, że obawia się postępowań prokuratorskich, sądowych, zawodowych. Jednocześnie niewielki odsetek osób miało takie doświadczenie. 49 proc. ankietowanych wymienilo kulturę obwiniania uczestników zdarzenia, niemal 40 proc. strach przed odsunięciem od pracy/dyżurowania, a 29,1 proc. brak możliwości bycia wysłuchanym – wylicza Agnieszka Gibalska-Dembek.

Badaczki zapytały też, co czują ankietowani w związku z udziałem w zdarzeniu niepożądanym. Wymieniano m.in. poczucie winy, wstyd, objawy somatyczne, głęboki smutek. 30 proc. odpowiedziało, że w placówce nie otrzymało żadnego wsparcia po udziale w zdarzeniu.

– Uważam, że potrzebujemy kultury sprawiedliwego traktowania

i w tym kontekście podejścia do zdarzeń niepożądanych w placówkach medycznych. Żeby można było uczciwie porozmawiać o faktach, bez obwiniania, ale też bez szybkiego i powierzchownego wyjaśniania zgłoszonych spraw. Tak, aby odejść od karania na rzecz wyciągania rzetelnych wniosków. Dokładnie tak, jak jest w lotnictwie – twierdzi Agnieszka Gibalska-Dembek.

W poprawie zgłaszalności mogłoby pomóc zwiększenie bezpieczeństwa prawnego medyków, o co od dawna walczy samorząd lekarski, domagając się wprowadzenia klauzuli wyższego dobra (*no fault*). – Raportowanie zdarzeń niepożądanych zadziała, jeśli faktycznie będzie służyło analizie, dlaczego do takich sytuacji doszło i co należy

reklama

zrobić, aby uniknąć podobnego zagrożenia w przyszłości, bez szukania winnych i ich karania, a z myślą o poprawie i doskonaleniu systemu opieki medycznej – podkreśla dr n. med. Klaudiusz Komor, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej. – Taki rejestr nie powinien być w żaden sposób wykorzystywany przez organy ściągania do wszczęcia postępowania. Zasady zgłaszania powinny być powiązane z wprowadzeniem klauzuli wyższego dobra, aby medyk nie czuł strachu. Dobre rozwiązania w tym zakresie ma m.in. Dania. W Polsce personel nie ma dostatecznej ochrony prawnej – dodaje wiceszef NRL. Niestety, mimo obietnic składanych przez Ministerstwo Zdrowia i Ministerstwo Sprawiedliwości sprawa jest nadal nierozwiązana.

CEL: ELIMINACJA ZAGROŻENIA

Istotą dobrze działającego systemu raportowania jest wyjaśnienie przyczyny zdarzenia i wyciągnięcie wniosków. Skuteczny system pokazuje ryzyko, uwidacznia problemy systemowe i stara się je zminimalizować. Niestety, z raportu RPP wynika, że ten proces szwankuje, co również może demotywować pracowników do zgłaszania niepowodzeń. Co prawda, ponad 90 proc. ankietowanych szpitali wdrożyło procedurę postępowania, ale zalecenia są wydawane w 76 proc. podmiotów, a tylko 57 proc. monitoruje, czy są skutecznie wdrażane.

– Efektywny system wymaga zbudowania kultury bezpieczeństwa, kiedy personel rozumie wagę bezpieczeństwa pacjenta, a jednocześnie daje pracownikom narzędzie do poprawy sytuacji i poczucie sprawczości. Tymczasem część podmiotów nie analizuje zgłoszeń, a nawet jeśli to robi, nie monitoruje wdrażania zaleceń. Niewiele placówek posiada system do gromadzenia informacji, a jeszcze mniej taki, który ułatwia ich analizę – tłumaczy Jakub Adamski. ●

PRAKTYKA LEKARSKA

Z otyłością do kardiologa

Analogi GLP-1 to fenomen. Pozwalają skutecznie schudnąć, więc są modne i pożądane. Ale nie są lekami dla wszystkich. A ich przyjmowanie nie zwalnia pacjentów z mniej przyjemnych aspektów redukowania masy ciała, takich jak właściwe żywienie i aktywność fizyczna – mówi **prof. Agata Bielecka-Dąbrowa** w rozmowie z Adamem Czerwińskim.

Otyłość to już nie defekt kosmetyczny, ale choroba.

I to taka, która ma niekorzystny wpływ na wiele narządów. Nie tylko na rozwój chorób układu krążenia, ale również zwiększa ryzyko udarów, może prowadzić do rozwoju cukrzycy typu 2, zaburzeń lipidowych, zakrzepicy, niealkoholowego metabolicznego zapalenia wątroby, a także choroby zwyrodnieniowej stawów, przewlekłego bólu pleców, astmy, bezdechu sennego, kamicy, choroby refluksowej przełyku, niektórych nowotworów (w tym raka piersi, jelita grubego, endometrium, przełyku, nerki, jajnika, trzustki i prostaty). Dodatkowo wiąże się z lękiem i depresją.

Jeśli przyjrzymy się pacjentom, których BMI przekracza 40, okaże się, że tylko co drugi ma szansę dożyć 70. roku życia. Widać jak na dłoni, że otyłość jest kardiologiczną jednostką chorobową ze złym rokowaniem i tak powinna być traktowana. Badania nie pozostawiają wątpliwości: otyłość przyczynia się do rozwoju niewydolności serca, głównie niewydolności serca z zachowaną frakcją wyrzutową lewej komory, pogarsza rokowanie w tej jednostce chorobowej i – co również bardzo ważne – istotnie obniża jakość życia pacjentów.

A tych ciągle przybywa.

Bo z chorobą otyłościową jest trochę jak ze śnieżną kulą. Szacuje się, że w 2030 r. osób z problemem, o którym mówimy, będzie 3 miliardy. Nie dość, że pacjentów jest coraz więcej, to jeszcze rośnie liczba powikłań sercowo-naczyniowych u tych ludzi. Około 2 miliony zgonów z przyczyn chorób układu krążenia wiąże się z otyłością.



fot.: archiwum prywatne

Coś się zmieniło, skoro tym problemem zajęli się kardiolodzy. Jeszcze niedawno monopol na leczenie otyłości mieli endokrynolodzy i bariatrzy?

Bardzo często musimy leczyć otyłość, żeby ratować ludziom życie.

Naprawdę?

Otyłość wiąże się z przeciwwskazaniami do operacji kardiochirurgicznych i przeszczepu serca. Często musimy podjąć leczenie otyłości, żeby pacjent został zakwalifikowany do takiego zabiegu. Chodzi też o to, żeby nasz podopieczny przez tę operację przebrnął bez

◀ *Nieważne, jak lek działa, ważniejsze, żeby działał, choć do końca nie wiemy, na jakiej zasadzie – mówi prof. Agata Bielecka-Dąbrowa*

komplikacji, a niestety zabiegi operacyjne u osób z chorobą otyłościową wiążą się z licznymi powikłaniami.

Pacjenci mogą potrzebować więcej czasu, aby dojść do siebie po znieczuleniu, mają zwiększone ryzyko infekcji dróg oddechowych i ran po operacji, zwiększone ryzyko wystąpienia odleżyn oraz wydłużony czas pobytu w szpitalu po operacji.

Słyszał pan, że nadmiar tkanki tłuszczowej wiąże się z większym ryzykiem występowania arytmii, głównie migotania przedsionków? Zalecenia Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego wymagają od nas redukcji przynajmniej o 10 proc. masy ciała u pacjentów z chorobą otyłościową przed skierowaniem na zabieg ablacji. I zdarzało się nam, że pacjent był czasowo dyskwalifikowany z takiego zabiegu z zaleceniem, żeby najpierw zredukował masę ciała.

Dlaczego?

Dlatego żeby go nie poddawać obciążającej procedurze, bo jednak jest to zabieg wiążący się z ryzykiem wystąpienia powikłań, a jeżeli nie zredukujemy masy ciała, to ryzyko nawrotu arytmii po ablacji jest dużo większe niż u osób z prawidłową masą ciała. Otyłość i nadwaga są powiązane z większym ryzykiem nawrotu arytmii

przedsionkowych po ablacji, migotania przedsionków (wzrost o 13 proc. na każdy wzrost BMI o 5 kg/m²).

Ale zmiana, o którą pan pyta, jest znacznie szersza. W kardiologii staramy się odchodzić od koncentracji na wąskiej perspektywie, w której widać pojedyncze punkty typu powtarzające się hospitalizacje czy zgony. Patrząc szerzej, chcemy widzieć także, jak wygląda jakość życia pacjenta i tutaj otyłość również wypada negatywnie. A liczne analizy wykazują, że skuteczne leczenie otyłości różnymi metodami wywiera bezpośredni korzystny wpływ na zdrowie i życie podopiecznych kardiologów, czyli naszych pacjentów. W badaniach nad stosunkowo nowymi lekami stosowanymi w leczeniu najpierw cukrzycy, a później również zarejestrowanymi w leczeniu choroby otyłościowej, wykazano istotne korzyści dla pacjentów z już rozwiniętą niewydolnością serca (m.in. badania STEP-HFpEF i STEP-HFpEF DM z semaglutylem i SURMOUNT z tirzepatylem). Jak na dłoni widać zmniejszenie liczby niekorzystnych zdarzeń związanych z niewydolnością serca, poprawę wydolności (wydłużenia dystansu w 6-minutowym teście marszowym) oraz jakości życia, redukcję przewlekłego stanu zapalnego aż o ponad 40 proc.

Ponadto okazało się, że redukcja masy ciała o ponad 15 proc. może w zasadzie doprowadzić do wycofania się niewydolności serca z zachowaną frakcją wyrzutową lewej komory. Powtarzam: mamy dowody, że już rozwinięta niewydolność serca się cofa! I jeszcze jedno: jeżeli uda się uzyskać redukcję masy ciała o ponad 15 proc., to u niektórych osób przestaje się rozpoznawać cukrzycę typu 2! Do tego, gdy zaczynamy leczyć skutecznie chorobę otyłościową, obserwujemy, że u pacjenta albo ustępują, albo wymagają istotnego zmniejszenia ilości czy dawki leków na choroby leczone przez kardiologów, takie jak nadciśnienie tętnicze, zaburzenia lipidowe. Przykładowo pacjent, który z powodu nadciśnienia tętniczego wymagał pięciu leków, w wyniku leczenia choroby otyłościowej może potrzebować już tylko jednego. A u części pacjentów w ogóle udaje się leki na nadciśnienie odstawić po normalizacji masy ciała. Podobne obserwacje dotyczą pacjentów z zaburzeniami lipidowymi. U części wdrożenie leczenia choroby otyłościowej pozwala zredukować liczbę stosowanych leków. U niektórych zupełnie można je odstawić. Czyli wniosek jest oczywisty: lecząc otyłość, leczymy również serce i choroby

sercowo-naczyniowe. Dlatego my, kardiolodzy, tak chętnie zajęliśmy się problemami osób z nadmierną masą ciała. Bo przecież zawsze naszym celem była eliminacja czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, które prowadzą do powikłań, takich jak zawały i udary, czy niedopuszczenie do rozwoju niewydolności serca.

Zawsze mówiliście, jak ważne są profilaktyka i zdrowy tryb życia.

I to się nie zmieniło. Tylko że gdy zajęliśmy się otyłością, widzimy, jak złożony jest problem. Zawsze powtarzamy: proszę zmodyfikować styl życia i wprowadzić zdrowe nawyki, aktywność fizyczną i jeszcze zadbać o dobrostan psychiczny i zdrowy sen.

Nic nowego.

Tyle że pochylając się nad problemami związanymi z otyłością, widzimy, jak poważne to wyzwania. Weźmy sen. Otyli pacjenci często cierpią na bezdech senny prowadzący do epizodów hipoksemii (obniżonego poziomu tlenu we krwi). Przyczyną jest często upośledzenie mechaniki oddychania spowodowane nagromadzeniem tkanki tłuszczowej w okolicy klatki piersiowej i brzucha, co ogranicza ruchy przepony. Jeżeli człowiek nie jest w stanie przespać określonej liczby godzin w ciągu nocy, to następnego dnia będzie musiał spożyć dużo więcej kalorii, bo organizm będzie wymagał od niego, żeby zjadł więcej z racji nieprzespanej nocy.

Niewyspany człowiek na trening chętnie nie pójdzie.

To chyba jasne, że pacjent, który cierpi na ciężką otyłość, nie od razu będzie mógł wykonać taką aktywność fizyczną, jaką sobie możemy wymarzyć. Dlatego liczy się każda próba, każdy, nawet krótki, spacer. Bo wdrożenie jakiegokolwiek aktywności fizycznej w tej grupie pacjentów jest lepsze niż jej brak.

Co z podjadaniem?

Pacjent z otyłością zazwyczaj cierpi na insulinooporność i może ciągle odczuwać głód. Fachowo mówimy o braku możliwości odczuwania sytości. Jest to związane też

z mechanizmem hormonalnym i z mechanizmem insulinooporności, która wynika m.in. z braku możliwości magazynowania odpowiedniej ilości glikogenu w prze-rośniętych, wypełnionych tkanką tłuszczową mięśniach. I jednocześnie brak możliwości tego magazynowania glikogenu przyczynia się do większego stężenia glukozy we krwi, przez co rośnie ryzyko wystąpienia cukrzycy.

W przeprowadzonych analizach okazało się, że tylko jeden otyły pacjent (BMI > 40) na ponad tysiąc jest w stanie modyfikować styl życia, redukując spożycie kalorii, czyli brutalnie mówiąc: głodząc się i starając się wykonywać aktywność fizyczną, uzyskując prawidłową masę ciała. Ci, którym się nie uda bez pomocy specjalistów, nie poradzą sobie.

Skoro jest tak trudno, to może kardiolodzy powinni oddać pole bariatrom?

Nie sposób dyskutować z naukowymi dowodami, że bariatria jest skuteczna w leczeniu otyłości. Współpracujemy z lekarzami chirurgami wykonującymi operacje bariatryczne. Tylko czy chciałby pan operować każdego otyłego człowieka?

To raczej niemożliwe.

No właśnie. Ale proszę pamiętać, że planując operację, trzeba rozważyć wskazania i przeciwwskazania. Jednym z poważniejszych argumentów na „nie” jest fakt, że pacjent musi przeżyć zabieg operacyjny, który zawsze wiąże się z pewnym ryzykiem i możliwością wystąpienia powikłań. Wystarczy, że wspomnę zespoły złego wchłaniania występujące po operacjach bariatrycznych.

Ale gdy kładziemy na szalę plusy i minusy, musimy pamiętać, że bariatria w pewnych wskazaniach jest niezastąpiona. Zalecana, jeżeli inne metody nie przynoszą efektu bądź są przeciwwskazane.

Czyli wchodzimy na pole farmakologii. Tu zdaje się, że obserwujemy rewolucję.

Możemy tak to nazwać. Rewolucja polega na tym, że zauważono, iż pewne leki (grupa analogów

Prof. dr hab. n. med. Agata Magdalena Bielecka-Dąbrowa, FESC, FHFA, kardiolog, Kierownik Kliniki Kardiologii i Wad Wrodzonych Dorosłych w Instytucie „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi oraz kierownik Pracowni Diagnostyki Kardiologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, przewodnicząca elekt. Asocjacji Niewydolności Serca Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, przewodnicząca Oddziału Łódzkiego Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, członek oraz pełnomocnik ds. Kardiologii Metabolicznej Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Autorka międzynarodowych zgłoszeń patentowych w dziedzinie nowych urządzeń do oceny pacjentów z niewydolnością serca. Laureatka konkursu Medwoman 2023 organizowanego przez Fundację Kobiety Medycyny i stypendium podoktorskiego L'Oréal i Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego dla Kobiety w Nauce w 2015 r. oraz wielu innych nagród naukowych.

GLP-1) czy podwójny agonista działający na dwa rodzaje receptorów: GIP i GLP-1, zaprojektowane do leczenia cukrzycy, przyczyniają się do istotnej redukcji masy ciała. Znowu powołam się na badania. Na przykład w badaniu SELECT wykazano, że stosowanie leku semaglutyd u pacjentów z otyłością i chorobą sercowo-naczyniową (bez cukrzycy) zmniejsza ryzyko wystąpienia incydentów sercowo-naczyniowych (zawału, udaru lub zgonu) o 20 proc. To znakomity wynik, bo oznacza, że pacjenci, którzy otrzymywali to leczenie, mieli o jedną piątą mniej niekorzystnych zdarzeń typu zawał, udar, zgon, od tych, którzy takiego leczenia nie otrzymywali.

Agoniści receptora GLP-1 o udowodnionych korzyściach sercowo-naczyniowych, np. liraglutyd, semaglutyd s.c., zostały wprowadzone jako leki zaleceń klasy pierwszej, czyli że należy je zastosować u pacjentów właśnie z cukrzycą i z chorobą sercowo-naczyniową o podłożu miażdżycowym. A więc w zasadzie każdy lekarz powinien je zaproponować pacjentowi z takimi chorobami celem obniżenia ryzyka sercowo-naczyniowego, niezależnie od wartości glikemii.

Później okazało się, pacjenci przyjmujący analogi GLP-1 (semaglutyd) z rozpoznaną miażdżycą w naczyniach wieńcowych, u których nie ma cukrzycy, ale jest nadwaga i otyłość (od BMI >27) również odnoszą korzyści pod kątem zmniejszenia ryzyka śmiertelności, zawałów czy udarów. A więc i w tej grupie należy te leki rozważyć. I to pojawia się w wytycznych.

A biorąc pod uwagę bardzo dobre wyniki badań u pacjentów z niewydolnością serca z zachowaną frakcją wyrzutową lewej komory, spodziewamy się, że ta grupa leków pojawi się w kolejnych wytycznych dotyczących niewydolności serca. Zatem spodziewamy się, że sama niewydolność serca z nadwagą lub otyłością prawdopodobnie będzie wskazaniem do podawania agonistów GLP-1 jako leków, które leczą tę jednostkę chorobową.

Faktycznie, rewolucyjna zmiana. Leki pomagające schudnąć stają się podstawą wielu kardiologicznych terapii.

Tylko że leczenie otyłości przez kardiologa nie może polegać wyłącznie na wypisaniu recepty na leki, nawet te o potwierdzonej skuteczności. W chorobie otyłościowej pacjent ma kilkanaście problemów, nie jeden. Potrzebne jest kompleksowe podejście. Trzeba patrzeć na człowieka wieloczynnikowo. Kiedyś kardiologzy leczyli tylko serce. Dzisiaj wiemy, że to, jak pracuje, zależy od nerek, wątroby, naczyń i masy ciała. W 2022 r. Amerykanie opisali zespół sercowo-nerkowo-metaboliczny pod wdzięczną nazwą CaReMeLo od angielskich skrótów, które określają serce, nerki, wątrobę, otyłość i zaburzenia metaboliczne. Tych pięć elementów tworzy układ, w którym każdy z narządów oddziałuje na pozostałe. Np. nadmierna tkanka tłuszczowa, oprócz negatywnego wpływu na mięsień sercowy, będzie też niekorzystnie oddziaływała na nerki i na wątrobę przez mechaniczny ucisk, ale też poprzez powodowanie stanu zapalnego i aktywację szlaków hormonalnych sprzyjającego włóknieniu. Ale również uszkodzone nerki czy niealkoholowa choroba tłuszczowa wątroby bezpośrednio przekładają się na choroby serca. Czyli nie

możemy już leczyć tylko serca. Musimy leczyć całego pacjenta.

Analogi GLP-1 to fenomen rynkowy. Celebryci nie kryją, jak bardzo dzięki nim się zmieniają. Chwalą się wspaniałą sylwetką, którą zdobyli „na skróty”. Bez wysiłku na siłowni czy głodzenia się.

To nie są leki dla wszystkich. To są preparaty dla szczegółowo wytypowanej populacji, u której potencjalne ryzyko jest niższe niż korzyści, które chcemy u tych pacjentów osiągnąć. Przyjmowanie tych leków absolutnie nie zwalnia pacjentów z mniej przyjemnych aspektów redukcji masy ciała, takich jak właściwe żywienie i aktywność fizyczna. Co więcej, jeżeli pacjent rozpocznie leczenie analogami GLP-1, to szczególnie musi zadbać o aktywność fizyczną i właściwe żywienie. W jego diecie też musi się znaleźć duża ilość białka.

Opieka lekarska nad pacjentem korzystającym ze wspomnianej terapii nie może polegać tylko na wystawianiu recept na kolejne zastrzyki. Lekarz musi na bieżąco obserwować czynniki ryzyka chorób sercowo-naczyniowych i sprawdzać leczenie tych czynników. Bo na przykład może nagle u pacjenta wystąpić hipotonia, czyli za niskie ciśnienie. Ważna jest również analiza składu masy ciała, bo jeżeli pacjent nie będzie się odpowiednio odżywiać i nie rozpocznie w ramach redukcji masy ciała treningów, może zacząć tracić mięśnie szkieletowe. Żeby temu zapobiec, potrzebne są treningi oporowe. Ale trzeba tego pilnować.

Nie ma redukcji masy ciała na skróty, a leczenie choroby otyłościowej nie na tym polega.

To brać nowe leki?

Kiedyś słyszałam, takie zdanie: nieważne, jak lek działa, ważne jest, żeby działał, choć do końca nie wiemy, na jakiej zasadzie. Z analogami GLP-1 trochę tak jest. Nie poznaliśmy jeszcze do końca wszystkich mechanizmów. Na przykład okazało się, że redukcja apetytu, która na początku występuje, po jakimś czasie zanika i ludzie mimo leków zgłaszają powrót apetytu. Dlatego zalecam ostrożne podejście. ●

Kiedy człowiek staje się dyżurem

Nowoczesny sprzęt, programy NFZ, imponujące statystyki – na papierze wszystko działa. Ale w praktyce szpitale i apteki to nie maszyny, tylko ludzie. A ludzie mają granice. Ile jeszcze razy musimy o tym przypominać i komu?

Szpital w Pleszewie, w mieście, w którym mieszkam i prowadzę aptekę, dziś funkcjonuje jako Pleszewskie Centrum Medyczne Sp. z o.o. (PCM). Oferuje szeroki zakres usług kardiologicznych – od diagnostyki i leczenia inwazyjnego po rehabilitację i opiekę pozawałową. Placówka ma nowoczesny sprzęt i uczestniczy w programach NFZ, m.in. w Kompleksowej Opiece Specjalistycznej nad Pacjentem po Zawałach Serca (KOS-zawał).

Średni czas oczekiwania na przyjęcie na oddział to około 61 dni, ale w nagłych przypadkach pomoc udzielana jest natychmiast. Za tym imponującym dorobkiem stoją jednak nie budynki i nie sprzęt – tylko ludzie. I właśnie o nich jest ten felieton.

Bo to ludzie leczą, a nie mury. Ludzie z ich zaletami, wadami i fizycznymi ograniczeniami. Niby wszyscy o tym wiemy – każdy musi kiedyś odpocząć, zjeść i się wyspać – a jednak ta oczywistość znika, gdy potrzebujemy pomocy tu i teraz. Wtedy liczy się tylko to, żeby ktoś był.

Służby publiczne, w tym zdrowotne, działają wyłącznie dzięki ludziom. A gdy ludzi brakuje, system się zacina. I choć to proste jak równanie, w zderzeniu z polityką traci moc – im niższy szczebel, tym częściej populistycznie i bez refleksji.

Doświadczyłem tego wielokrotnie jako farmaceuta, podobnie jak wielu moich kolegów. Przez lata obowiązek pełnienia dyżurów aptek – przed nowelizacją art. 94 ustawy – Prawo farmaceutyczne (obowiązującą od 1 stycznia 2024 r.) – był niepłatny, a harmonogramy ustalały rady powiatów. Rady mogły zasięgnąć opinii okręgowej izby aptekarskiej – ale nie musiały jej uwzględniać. I zwykle tego nie robiły.

Statystycznie, zdaniem Ministerstwa Zdrowia, w polskiej aptece pracuje mniej niż dwóch magistrów farmacji. A tylko farmaceuta ma prawo do samodzielnej

MARIUSZ POLITOWICZ
CZŁONEK NACZELNEJ
RADY APTEKARSKIEJ



pracy. Kiedy więc ktoś – jak ja – prowadzi aptekę sam, dyżur 24/7 jest fizycznie niemożliwy. Mimo to radni potrafili ustalać całodobowe dyżury, nie bacząc ani na przepisy, ani na doświadczenie życiowe.

Nie pomogło nawet tragiczne zdarzenie z 2019 r., które powinno być dla wszystkich przestrogą.

W pleszewskim szpitalu zmarł 39-letni kardiolog z Łodzi. Dyżurował nieprzerwanie od piątku do niedzieli – około 40 godzin. Ciało znaleziono w pokoju lekarskim. Sekcja wykazała przyczyny kardiologiczne, prawdopodobnie zawał lub arytmie. Prokuratura badała, czy przepracowanie mogło mieć wpływ. Lekarz pracował też w kilku innych placówkach.

To nie był odosobniony przypadek. We wrześniu 2017 r. 59-letni chirurg zmarł na zawał po 24-godzinnych dyżurze we Włoszczowie. Był po nieprzerwanej zmianie od soboty 7:30 do niedzieli 7:30, po czym miał zgłosić się na kolejny dyżur o godz. 15:00. Klasyczny przykład przepracowania.

W tym samym roku w Niepołomicach 28-letnia rezydentka zmarła podczas nocnego dyżuru – wcześniej pracowała cały dzień w Krakowie. Reanimacja nie przyniosła skutku. Przyczyną zgonu była nagła niewydolność krążeniowa, prawdopodobnie z przepracowania.

W 2023 r. w Pabianicach nagle zmarł 40-letni ortopeda został zamordowany go bez oznak życia; wstępne oględziny wykluczyły udział osób trzecich i obrażenia.

W kwietniu 2025 r. w Krakowie 47-letni ortopeda został zamordowany przez pacjenta podczas wizyty. Sprawcą był 35-letni funkcjonariusz Służby Więziennej, niezadowolony z wcześniejszego zabiegu (miał urojoną krzywdę).

Przepracowanie, agresja pacjentów, nagłe zgony – różne przyczyny, ten sam systemowy kontekst. W Polsce lekarze często pracują ponad normy, nawet 72–120 godzin tygodniowo, co potwierdzają kontrole PIP. Farmaceuci długo byli w podobnej sytuacji. Dopiero zmiana prawa uwolniła nas od „niewolnictwa na swoim”, choć powiaty wciąż chętnie korzystałyby z pracy aptek 24/7, najlepiej za darmo. Kiedy po takich tragediach opadnie żal i wzburzenie, wszystko wraca niby do normy. Tylko że ta „norma” nie jest normalna. Bo czy można uznać za normalne to, że lekarz lub farmaceuta umiera w miejscu pracy?

Najlepiej wyposażony szpital czy apteka pozostaną jedynie budynkami, jeśli zabraknie w nich ludzi (lekarzy lub farmaceutów), którzy potrafią użyć sprzętu czy wydać leki. Bez człowieka nie działa nic. Nawet system. ●

PRAKTYKA LEKARSKA

Polska kardiologia prenatalna jest europejskim liderem

DR N. MED. MARIA MISZCZAK-KNECHT
PROF. DR HAB. N. MED. JOANNA SZYMKIEWICZ-DANGEL

Na trudne pytania rodziców dotyczące metod terapii i odległych efektów leczenia może odpowiedzieć tylko kardiolog dziecięcy, który widzi małych pacjentów po różnego typu operacjach.

Piszemy ten artykuł jako uzupełnienie do materiału opublikowanego w wydaniu 7-8/2025 „Gazety Lekarskiej” zatytułowanego „Kardiologia prenatalna. Polska może być liderem Europy”, aby uświadomić czytelnikom, jaki jest rzeczywisty stan kardiologii prenatalnej w Polsce, i pokazać, że Polska już jest liderem Europy w tej dziedzinie. Biorąc pod uwagę fakt, że „Gazeta Lekarska” dociera do wszystkich lekarzy w Polsce, z których większość nawet nie wie o istnieniu dziedziny medycyny pod nazwą „kardiologia prenatalna”, chcemy, aby obraz tego problemu był rzetelny i pokazywał, co i gdzie naprawdę w Polsce zostało osiągnięte.

Wszyscy lekarze są zobowiązani do przestrzegania zawartych w Kodeksie Etyki Lekarskiej zasad. Są w nim dwa istotne punkty, na które należy zwrócić uwagę. Art. 62 KEL:

1. Lekarze powinni okazywać sobie wzajemny szacunek. Szczególny szacunek i wdzięczność należą się lekarzom nauczającym zawodu i seniorom.
2. Lekarz powinien zachować szczególną ostrożność w formułowaniu opinii o działalności zawodowej innego lekarza. Lekarz nie powinien w jakikolwiek sposób publicznie dyskredytować innego lekarza. Nie wyklucza to merytorycznej krytyki.

NOWATORSKIE PROCEDURY LECZNICZE
Kardiologia prenatalna jest podspecjalnością kardiologii dziecięcej. Innymi podspecjalnościami są: kardiologia

interwencyjna, echokardiografia i inne badania obrazowe, elektrofizjologia. Nie ma potrzeby tworzenia żadnej nowej specjalizacji. Zgodnie z definicją opublikowaną w 2024 r. w piśmie „Cardiology in the Young” (Dangel JH, Clur SA, Sharland G, Herberg U; Fe-

W latach 2011–2025 warszawski ośrodek wykonał 110 plastyk zastawki aortalnej, 18 płucnej oraz u 20 płodów otwarto przegrodę międzyprzedsionkową, co plasuje Polskę na trzecim miejscu na świecie w liczbie takich zabiegów

tal Cardiology Working Group of the AEPC. *Recommendations for the training and practice of fetal cardiology from the Association of European Paediatric Cardiology*. Cardiol Young. 2024 Nov 11:1-10.) kardiologiem prenatalnym jest kardiolog dziecięcy po odpowiednim przeszkoleniu w zakresie zarówno przeprowadzania badań echokardiograficznych płodu, jaki i udzielania konsultacji oraz podejmowania decyzji dotyczących postępowania okołoporodowego dla nienarodzonego dziecka z patologią układu krążenia.

Gdy rodzice dowiadują się, że ich dziecko ma problem w zakresie układu krążenia, zadają pytania dotyczące nie okresu prenatalnego, ale tego, co będzie działo się z ich dzieckiem po urodzeniu. Czyli jakie są szanse leczenia, jak wygląda proces leczenia, czy jest to jedna operacja, czy więcej, jak dziecko będzie się rozwijać, czy będzie chodzić do przedszkola, szkoły, czy będzie mogło być aktywne sportowo. Na te pytania może odpowiedzieć jedynie kardiolog dziecięcy, który widzi dzieci po różnego typu operacjach kardiologicznych lub leczeniu interwencyjnym. Kardiolog dziecięcy, który wie, jak zmieniają się wskazania czy techniki zabiegów. Kardiolog dziecięcy wie też, jakie są odległe wyniki leczenia poszczególnymi technikami. Specjalizacja położnica nie obejmuje tak szczegółowej wiedzy.

Dodatkowo wszelkie procedury lecznicze wykonywane na płodach z uwagi na ich nowatorski charakter wymagają oceny odległych wyników, a taką ocenę mogą przeprowadzić tylko kardiolog dziecięcy, którzy opiekują się tymi pacjentami.

REJESTR REJESTROWI NIERÓWNY
Kardiologia prenatalna zaczęła się rozwijać w Polsce w dwóch ośrodkach mniej więcej w tym samym

czasie, na przełomie lat 80. i 90. ubiegłego wieku. W Centrum Zdrowia Matki Polski tworzyła ją wówczas dr Maria Respondek-Liberska, w Instytucie „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” (IP CZD) w Warszawie Joanna Szymkiewicz-Dangel, która szkoliła się w Guy’s Hospital w Londynie pod kierunkiem dr Lindsey Allan, pionierki kardiologii prenatalnej, a następnie w Bostonie, w Harvard Medical School.

Drogi obu pań tworzących kardiologię prenatalną w Polsce były różne, chociaż przez wiele lat często się spotykały. Dr Maria Respondek-Liberska zaczęła prowadzić ośrodek zajmujących się wyłącznie prenatalną diagnostyką kardiologiczną, dr Joanna Szymkiewicz-Dangel pracowała jako kardiolog dziecięcy, łącząc kardiologię prenatalną z działalnością kliniczną oraz aktywnością w pracowni cewnikowania serca i angiografii IP CZD. Dzięki temu, że jest kardiologiem ze specjalizacją, mogła w pełni rozwijać zarówno diagnostykę, jak i terapię płodów.

Prof. Joanna Szymkiewicz-Dangel współpracowała ze wszystkimi największymi ośrodkami kardiochirurgicznymi w Polsce. Na początku XXI wieku owocna współpraca między nią i prof. Edwardem Malcem, który wówczas kierował Kliniką Kardiologii Dziecięcej w Krakowie, przyniosła naprawdę znakomite efekty.

W kolejnych latach inne ośrodki kardiochirurgiczne w Polsce, z Instytutem „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” na czele, udoskonalały możliwości terapii najcięższych chorych pacjentów i większość polskich dzieci w XXI wieku była i jest operowana w Polsce. Należy to wyraźnie podkreślić – nieprawdą jest, że musiały wyjeżdżać do Münster lub Filadelfii. Dane dotyczące liczby operacji kardiochirurgicznych wykonywanych w Polsce są zebrane w Krajowym Rejestrze Operacji Kardiochirurgicznych (KROK). Od kardiochirurgów można otrzymać dane na ten temat. Są one rzetelne, gdyż NFZ finansuje operację wyłącznie po wprowadzenia danych do KROK.

W artykule dotyczącym kardiologii prenatalnej autorstwa prof. Marii Respondek-Liberskiej podkreślono rolę Ogólnopolskiego Rejestru Patologii Kardiologicznych u Płodów (ORPKP), który powstał w 2004 r. i jako rejestr ogólnopolski był prowadzony do 2017 r. Jego celem było określenie liczby prenatalnie wykrywanych wad serca, przyczyn

kierowania na badania echokardiograficzne płodów, losów dzieci.

Rekordy były wprowadzane przez lekarzy rozpoznających wady. Każdy rekord miał być zweryfikowany przez supervisor, czyli doświadczonego kardiologa prenatalnego. W praktyce niestety nie działało to zgodnie z założeniami. Rozpoznanie wprowadzała najczęściej lekarze położnicy, dla których szczegółowe diagnozy kardiologiczne były trudne.

Dzięki leczeniu płodowemu
wprowadzone zostały
nowe techniki operacyjne, wcześniej
niestosowane w Polsce

Spowodowało to wiele błędów, co uniemożliwia rzetelne opracowanie danych. Pomimo uwag supervisorów większość rekordów nigdy nie została poprawiona. Z tego powodu wszystkie referencyjne ośrodki kardiologii prenatalnej, poza Łodzią, w 2017 r. zaprzęstały wprowadzania danych. Dzisiaj nie jest to już rejestr ogólnopolski.

KRĘTE ŚCIEŻKI HISTORII

Współczesna kardiologia prenatalna obejmuje wiele różnych problemów. Począwszy od epidemiologii i genetyki wad wrodzonych serca, przez ich prenatalną diagnostykę echokardiograficzną i ewolucję wad, zrozumienie różnic w podziale wad serca płodów i dzieci, zrozumienie patologii unikalnych dla okresu prenatalnego, po terapię wewnątrzmaciczną, udzielanie konsultacji rodzicom i podejmowanie decyzji odnośnie postępowania w ciąży i okołoporodowego.

Warszawski ośrodek kardiologii prenatalnej pod kierownictwem prof. Joanny Szymkiewicz-Dangel rozwijał się inaczej niż Łódźki. W latach 1995–2000 działała Pracownia Kardiologii Prenatalnej przy Klinice Kardiologii Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”.

W 2001 r. warszawska kardiologia prenatalna została przeniesiona do Szpitala Klinicznego im. Księżnej

Anny Mazowieckiej i Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, gdzie w latach 2001–2017 działała Poradnia Perinatologii i Kardiologii Prenatalnej.

W 2006 r. dzięki decyzji zarządu Fundacji Warszawskie Hospicjum dla Dzieci powstała Poradnia USG Agatowa. W 2017 r. ówczesny dyrektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego prof. Ryszard Gellert powołał samodzielny Zakład Kardiologii Perinatalnej i Wad Wrodzonych, którego siedziba znajduje się w Fundacji Warszawskie Hospicjum dla Dzieci, Poradnia USG Agatowa, a kierownikiem jest prof. Joanna Szymkiewicz-Dangel.

Zespół lekarzy pracujących w Zakładzie został starannie wykształcony, wszyscy obronili doktoraty z zakresu kardiologii prenatalnej. Warto podkreślić, że jest to jedyna placówka w Polsce odpowiedzialna za podyplomowe szkolenie w zakresie kardiologii prenatalnej. Prowadzi szkolenia dla lekarzy położników w zakresie badań przesiewowych, a lekarzy kardiologów przygotowuje do pracy jako konsultantów w zakresie kardiologii prenatalnej. Od 2023 r. w programie specjalizacji z kardiologii dziecięcej są obowiązkowe kursy teoretyczne i praktyczne z zakresu kardiologii prenatalnej.

ZE WSPARCIEM PSYCHOLOGA

Poradnia USG Agatowa, w której przeprowadzane są badania echokardiograficzne płodów i konsultacje, jest obecnie największym referencyjnym ośrodkiem kardiologii prenatalnej w Polsce. W poradni wykonywanych jest ponad 4000 badań echokardiograficznych płodów rocznie, ponad połowa z nich to badania nieprawidłowe. Z danych NFZ wynika, że w 2022 r. przeprowadzono 21 279, a w 2023 r. – 22 244 badań echokardiograficznych płodów. W ośrodkach o najwyższym stopniu referencyjności (które znajdują się jeszcze w Krakowie, Rudzie Śląskiej, Wrocławiu i wspomnianej wcześniej Łodzi) wykonano 7970 badań w 2022 r. (37 proc. wszystkich) oraz 8649 w 2023 r. (39 proc. wszystkich). Spośród nich połowa była wykonana w ośrodku warszawskim.

Podkreślenia wymaga fakt, że w ośrodku warszawskim kobieta ciężarna otrzymuje nie tylko diagnozę i wskazówki dotyczące postępowania okołoporodowego i poporodowego, ale również wsparcie psychologiczne.

Ośrodek warszawski jest również aktywny we wprowadzaniu terapii płodów. Rozpoczęła się ona od przezłożyskowego leczenia zaburzeń przewodzenia i rytmu serca płodów ze skutecznością przekraczającą 90 proc. Lecząco w nim ponad 200 płodów z częstoskurczami oraz kilkadziesiąt z innymi rodzajami arytmii.

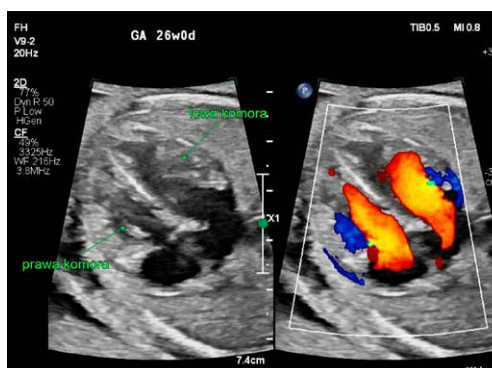
LICZBY NIE KLAMIA

W 2011 r. kardiologzy zajmujący się diagnostyką prenatalną w zespole prof. Joanny Szymkiewicz-Dangel oraz położnicy ze Szpitala Bielańskiego rozpoczęli pionierski w Polsce program interwencyjnej prenatalnej terapii kardiologicznej. Do zabiegów wewnątrzmacicznych kwalifikowane są płody z krytycznym zwężeniem zastawki aortalnej lub płucnej, które w innym przypadku mogłyby umrzeć lub wyniki leczenia po urodzeniu byłyby zdecydowanie gorsze.

Celem tych zabiegów jest uratowanie niedorozwiniętej lub uszkodzonej lewej lub prawej komory serca. Są to najcięższe chore dzieci, którym udaje się pomóc. Zabieg poszerzenia zastawki aortalnej lub płucnej nie leczy całkowicie zastawek, ale zmniejsza nasilenie choroby i pozwala na bardziej skuteczne leczenie po urodzeniu. To dopiero pierwszy etap trudnego i długotrwałego leczenia po urodzeniu. W latach 2011–2025 zespół (w zmieniającym się składzie) wykonał 110 plastyk zastawki aortalnej, 18 płucnej oraz u 20 płodów otwarto przegrodę międzyprzedsionkową.

Te liczby stawiają warszawski ośrodek na trzecim miejscu na świecie, jeśli chodzi o liczbę przeprowadzonych zabiegów (po ośrodkach w amerykańskim Bostonie i austriackim Linzu). Śmiertelność okołozabiegowa wynosiła poniżej 10 proc. i jest porównywalna z wynikami osiąganymi na świecie. Ostateczne efekty uzyskania dwukomorowego serca u pacjentów również są porównywalne z osiągnięciami światowymi.

Dzięki leczeniu płodowemu w ramach tego programu wprowadzone zostały nowe techniki operacyjne, wcześniej niestosowane w Polsce. Większość pacjentów po płodowych interwencjach kardiologicznych jest leczona w Instytucie „Pomnik – Centrum Zdrowia



Dziecka” w Warszawie. Zespół interwencyjnej kardiologii prenatalnej ściśle współpracuje z ośrodkami międzynarodowymi, wyniki badań są istotną częścią międzynarodowych opracowań.

Prof. Joanna Szymkiewicz-Dangel jest również członkiem komitetu opracowującego wyniki leczenia interwencyjnego płodów na podstawie rejestru, który

jest prowadzony w San Francisco (IFCIR – International Fetal Cardiac Interventions Registry), jak również prospektywnego badania prowadzonego przez Europejskie Towarzystwo Kardiologów Dziecięcych i Wad Strukturalnych (AEPC – Association for European Paediatric and Congenital Cardiology) FASS (Fetal Aortic Stenosis Study).

Członkowie zespołu prof. Joanny Szymkiewicz-Dangel są znani na świecie, biorą aktywny udział w zjazdach europejskich i światowych. Sama prof. Szymkiewicz-Dangel przez wiele lat była w składzie zarządu Sekcji Kardiologii Płodu AEPC, włącznie z pełnieniem funkcji przewodniczącej tej sekcji. Obecnie członkiem zarządu tej sekcji jest dr n. med. Agnieszka Grzyb.

ZAMIAST PODSUMOWANIA

Rola lekarzy położników i perinatologów w wykonywaniu przesiewowych badań echokardiografii płodowej jest nieoceniona. Jednak wzorem Wielkiej Brytanii, jak również zgodnie z najnowszymi rekomendacjami AEPC, ostateczna konsultacja w przypadku rozpoznania patologii układu krążenia u płodu powinna należeć do kardiologa dziecięcego przeszkolonego w zakresie kardiologii prenatalnej, który jest w stanie przygotować rodziców do trudnej drogi, jaką jest opieka nad dzieckiem z wrodzoną chorobą układu krążenia.

Polska już jest liderem w Europie w zakresie kardiologii prenatalnej. Nie musimy tworzyć żadnej nowej specjalizacji – czego oczekuje prof. Respondek-Liberska. Obecny program kardiologii dziecięcej, który został zmodyfikowany dzięki ogromnej determinacji dotychczasowego konsultanta w zakresie kardiologii dziecięcej dr n. med. Marii Miszczak-Knecht, w pełni zaspokoi potrzeby w zakresie kardiologii prenatalnej w naszym kraju. ●

Dr n. med. Maria Miszczak-Knecht pracuje w Klinice Kardiologii Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”

Prof. dr hab. n. med. Joanna Szymkiewicz-Dangel jest kierownikiem Zakładu Kardiologii Prenatalnej i Wad Wrodzonych CMKP

FELIETON

Cena błędnej decyzji

W medycynie nie da się wszystkiego naprawić – także własnych wyborów.
Czasem lekarz po latach odkrywa, że droga, którą obrał, prowadzi donikąd.
Jak trudno wtedy zawrócić i przyznać się do pomyłki, wie każdy, kto choć raz trafił
na ścieżkę nie do końca własną.

JAKUB SIECZKO
ANESTEZJOLOG



Wybór specjalizacji jest niczym wybór partnera lub partnerki życiowej. To najważniejsza decyzja w lekarskim życiu. Jak w prawie każdej dziedzinie ludzkiej działalności – z biegiem lat drzewo możliwości życiowych rozgałęzia się coraz mniej. Gdy mamy dwadzieścia pięć lat, dobre zdrowie, brak poważnych zobowiązań rodzinnych i całkiem przyzwoitą liczbę punktów w postępowaniu kwalifikacyjnym – lekarski świat stoi przed nami otworem. Jeszcze możemy być każdym – lekarzem rodzinnym zaszytym w górskiej wiosce i profesorem kardiochirurgii przeszczepiającym serca w prestiżowych ośrodkach, ordynatorem intensywnej terapii w Londynie i wyspecjalizowanym w artroskopii ortopedą o świetnej renomie, który dzięki doskonale prosperującej prywatnej praktyce jest sławny i bogaty.

Leszek Kołakowski w swoich „Mini-wykładach o maxi-sprawach” w eseju „O młodości” (do której nie miał bynajmniej stosunku bałwochwalczego, twierdząc, że zawsze czuł się trochę stary) pisze, że to, co nas w młodości najbardziej pociąga, to właśnie poczucie, że wszystko może się jeszcze wydarzyć. Z biegiem lat jesteśmy coraz bardziej zdefiniowani, określani, co bardzo ważne – idzie za nami jakaś opinia.

Pracuję od zawsze w Warszawie, największym z polskich miast, ale nawet tu mam poczucie, że lekarskie środowisko jest niewielkie. Nawet gdy w naszym szpitalu czy przychodni pojawi się ktoś nowy – na pewno znamy kogoś, kto tego kogoś zna.

Jako absolwenci kierunku lekarskiego, stojąc przed najważniejszym z lekarskich wyborów, zawsze wyobrażamy sobie, że wybierzemy dobrze. Oznacza to, że praca przyniesie nam satysfakcję, że będziemy się w danej dziedzinie

Nieudane małżeństwo zwykle
kończy się rozwodem.
Z nieudaną specjalizacją rozstać się
znacznie trudniej

odnajdywać, że będziemy szanowani i cenieni i że przyniesie nam stabilizację finansową (choć dziś trudno wyobrazić sobie specjalizację, która jej nie przynosi). Nie bierzemy w naszych rozważaniach pod uwagę scenariusza, w którym wybierzemy źle.

Jestem anestezjologiem, od czternastu lat pracuję na bloku operacyjnym, znieczulałem już do tysięcy operacji, współpracowałem

z setkami operatorów. Nie padną w tym tekście żadne nazwiska ani nawet cechy charakterystyczne mogące choćby sugerować, kogo mam na myśli – chcę bowiem opisać zjawisko, a nie konkretny przypadek. Widywałem bowiem po drugiej stronie operacyjnego parawanu ludzi, którzy, oględnie mówiąc, nie wybrali lekarskiej specjalizacji najlepiej. Gdybym chciał powiedzieć mocniej, powiedziałbym – takich, którzy do operatywy kompletnie się nie nadają. Nie wiem, czy program studiów medycznych obejmuje w ostatnich latach jakieś formy sprawdzania predyspozycji do konkretnych specjalizacji. Jeśli nie, całkiem dobrym pomysłem wydaje mi się, aby pomyśleć o takiej formie wspierania studentów medycyny.

Będę pisał o zabiegowcach, ale jestem przekonany, że zjawisko to dotyczy również przedstawicieli dziedzin zachowawczych. Są tacy, którym od początku nie idzie. Warunki operacyjne zawsze są bardzo trudne, prosty zabieg staje się wyzwaniem na miarę wejścia na Rysy, narzędzia wypadają z rąk, nitki się rwą, operacja kończy się reoperacją.

Jasne, że w medycynie jak w prawie każdej dziedzinie życia rolę gra doświadczenie, nic nie przebije setek czy tysięcy godzin spędzonych przy stole operacyjnym. Zdarza mi się ostatnimi czasy dość często nadzorować rezydentów i rezydentki zaczynających dopiero swoją przygodę z anestezjologią. Widzę ich smutne miny po nieudanych intubacjach dotchawiczych czy nieskutecznych znieczuleniach podpajęczynówkowych. Mówię im wtedy, żeby specjalnie smutni z powodu nieudanych prób nie byli – nie widziałem bowiem rezydenta, któremu zawsze wszystko od początku wychodziło. Na początku zawsze będzie się nie udawać. Problem pojawia się wtedy, kiedy po dobrych kilku latach pracy dalej zwykle się częściej nie udaje, niż udaje.

Wracając do operatorów – czasem widać, że wybrali specjalizację źle, niezgodnie ze swoimi uzdolnieniami. Autentycznie bardzo mi ich żal, bo przecież muszą, jeśli nie brakuje im autorefleksji, czuć i widzieć choćby od czasu do czasu, że wszystko leci im z rąk, że procedury się niemożliwie przedłużają, że liczba ich powikłań jest większa niż u innych. Jeśli jednak na autorefleksji im zbywa – od czasu do czasu dochodzą do nich zastanawiające sygnały, urywki rozmów.

Rozmawiają przecież o nich i ich umiejętnościach pielęgniarki operacyjne czy koledzy tej samej specjalności. Gdy anestezjologdy mają znieczulać ich zabieg, robią sobie dwie kawy zamiast jednej. Gdy nieszczęśliwie dany lekarz czy lekarka ma dyżur, radzi się znajomym omijać dany szpital. Raczej nie prosi się ich na konsultację, a gdy się nawet poprosi, wie się, że problem raczej nie zostanie rozwiązany profesjonalnie.

Myślę, że taka droga życiowa to prawdziwy dramat, porównywalny choćby z nieudanym małżeństwem. O ile jednak takie małżeństwo zwykle kończy się rozwodem, mając za sobą kilkanaście czy kilkadziesiąt lat poświęconych danej dziedzinie medycyny, rozwieść się z nią trudno. Działa tu zjawisko nazywane „pułapką zaangażowania”. To „sytuacja, w której jednostka kontynuuje inwestowanie czasu, pieniędzy lub wysiłku w coś, co nie przynosi już pozytywnych rezultatów, a wręcz staje się szkodliwe, ponieważ utrudnia wycofanie się

i rezygnację”. Cały współczesny świat uczy nas przecież, żeby wierzyć w siebie, nie poddawać się, brnąć za wszelką cenę do celu. Czasem jednak jest to ścieżka samobójcza.

Każdy za swoje wybory życiowe odpowiada sam. Zdarza się jednak, że na wybór specjalizacji naciska mniej lub bardziej subtelnie rodzic – najczęściej odnoszący w danej dziedzinie spore sukcesy. Widywałem i takie historie – syn czy córka mają teoretycznie wszystko, aby pójść w ślady ojca lub matki i zostać kolejnym pokoleniem rodzinnego panteonu gwiazd danej dziedziny. Brakuje im tylko jednego: talentu i wynikającej z niego pasji (bo przecież bardziej lubimy rzeczy, które nam całkiem nieźle wychodzą). Myślę, że tacy rodzice, pewnie chcący

w części swoje ambicje realizować za pomocą dzieci, robią im wielką krzywdę.

Zaczynającym karierę zawodową lekarzom i lekarkom, którzy czytają ten tekst, życzę, żeby wybrali dobrze. Życzę, żeby odnaleźli dziedzinę, w której będą czuli się jak ryba w wodzie, żeby doszli do etapu, w którym staną się szanowani, podziwiani i przede wszystkim pomocni dla chorych. Jeśli jednak po kilku (a nawet kilkunastu) latach okaże się, że wybór był jednoznacznie zły – to żaden wstyd przyznać to przed sobą. To objaw zdrowego rozsądku, a nawet, nie bójmy się dużych słów, ratowanie się przed życiową katastrofą. ●

Napisz do autora:
sieczko.gazetalekarska@gmail.com

reklama

PRAKTYKA LEKARSKA

Nowe wzywanie onkologii: nowotwory młodych

ZBIGNIEW WOJTASIŃSKI
DZIENNIKARZ

Zachorowalność na raka wśród młodych dorosłych rośnie na całym świecie. Jeszcze bardziej niepokojące jest jednak to, że wielu pacjentów zgłasza się do lekarza z chorobą już w stadium zaawansowanym, nierzadko z przerzutami.

Wzrost zachorowalności na nowotwory wśród młodych pacjentów obserwuje się od lat zarówno w Europie, jak i w Stanach Zjednoczonych. Najczęściej są to nowotwory przewodu pokarmowego, takie jak rak jelita grubego i rak żołądka, ale coraz częściej diagnozuje się również raka piersi u kobiet oraz raka prostaty u mężczyzn.

Podobnie jest w Polsce, a niektóre przypadki są wręcz dramatyczne. Dr Joanna Streb z Kliniki Onkologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie w rozmowie z PAP wspomina pacjenta w wieku zaledwie 29 lat z rozsiałym rakiem żołądka. Zdarzają się też sytuacje, gdy chorzy leczeni są z powodu hemoroidów, a dopiero później okazuje się, że przyczyną dolegliwości był zaawansowany rak jelita grubego.

POTRZEBNA CZUJNOŚĆ

U ludzi młodych nowotwory często mają bardziej agresywny przebieg, a pierwsze symptomy bywają bagatelizowane. Kto bowiem podejrzewa raka u trzydziesto- czy czterdziestolatka, a tym bardziej u dwudziestolatki?

W Wielkiej Brytanii głośnym echem odbił się przypadek 27-letniej Jessiki Brady, która zmarła na gruczolakoraka. Jak informowała BBC News, dziewczyna ponad 20 razy zgłosiła się do sześciu lekarzy rodzinnych, lecz wszyscy twierdzili, że jest „za młoda na raka”. Jej objawy wiązano z następstwami COVID-19. Mimo utraty wagi, nocnych potów, przewlekłego zmęczenia, uporczywego

kaszlu i powiększonych węzłów chłonnych diagnoza została postawiona dopiero w czwartym stadium choroby. Jessica zmarła trzy tygodnie później.

Royal College of General Practitioners zaapelował do lekarzy rodzinnych, by ponownie analizowali

Zasada 2–3 tygodni: jeśli leczenie nie przynosi efektu, najpierw wyklucz nowotwór, a dopiero potem szukaj innych przyczyn

diagnozę, jeśli pacjent wraca trzeci raz z tymi samymi objawami, a dotychczasowe rozpoznanie się nie potwierdza.

Onkolodzy podkreślają, że czujność onkologiczna powinna dotyczyć nie tylko osób starszych. W obliczu zmieniających się statystyk lekarze muszą zwracać uwagę również na pacjentów młodych. Według dr Joanny Streb pierwszym niepokojącym sygnałem może być chudnięcie, osłabienie i męczliwość – jeśli nie wynikają one z diety, odchudzania czy depresji. Nie należy lekceważyć także zmian skórnych.

– Pamiętam 30-letniego mężczyznę z rakiem żołądka, który przez pół roku był leczony z powodu

zmian skórnych. Okazały się one zespołem paranowotworowym. Miał coraz ciemniejsze zmiany i plamy na skórze, aż w końcu trafił do dermatologa, który natychmiast skierował go na gastroskopię – wspomina lekarka.

Warto zwracać uwagę na jakiegokolwiek nowe, niepokojące objawy, których wcześniej nie było. – Nie należy ich bagatelizować, zwłaszcza u ludzi młodych. Ale też nie wolno wpadać w panikę, nie każda dolegliwość oznacza raka – zaznacza dr Streb.

ZASADA 2–3 TYGODNI

Prezes Polskiej Unii Onkologii prof. Janusz Meder przypomina zasadę tzw. 2–3 tygodni: – Jeśli leczenie przeciwzapalne nie przynosi efektu, a symptomy lub zmiany chorobowe utrzymują się ponad dwa–trzy tygodnie, należy w pierwszej kolejności wykluczyć nowotwór, a dopiero potem szukać innych przyczyn – zaleca onkolog z Narodowego Instytutu Onkologii w Warszawie.

Ekspert apeluje również o egzekwowanie od pacjentów wykonywania badań przesiewowych: cytologii, mammografii, kolonoskopii lub FIT czy niskodawkowej tomografii komputerowej (NDTK) u nałogowych palaczy. – Czuj się odpowiedzialny nie tylko za chorych, ale i za zdrowych pacjentów znajdujących się w rejestrze twojej praktyki lekarskiej – dodaje.

► U trzydziestolatków nikt nie podejrzewa raka. A tymczasem to właśnie oni coraz częściej trafiają do onkologa z chorobą w stadium zaawansowanym

Coraz częściej badania profilaktyczne zaleca się młodszym pacjentom: kobietom (USG piersi), mężczyznom (test PSA), a obu płciom badania FIT na krew utajoną w stolcu.

Wkrótce w Polsce ruszy program badań przesiewowych z wykorzystaniem ilościowego testu FIT, który określa stężenie krwi w stolcu. W pierwszej kolejności obejmie osoby w wieku 45–50 lat, badane co dwa lata – ale, jak wskazują eksperci, warto rozważyć jego szersze stosowanie także u ludzi młodszych.

RAK U MŁODYCH KOBIET

Choć statystycznie to mężczyźni częściej chorują na nowotwory, w ostatnich latach obserwuje się wzrost zachorowań wśród kobiet. Raport amerykańskiego Narodowego Instytutu Raka (NCI) za lata 2001–2022 pokazuje, że Amerykanki w średnim wieku są obecnie bardziej narażone na chorobę nowotworową niż ich rówieśnicy płci męskiej. Do niedawna było odwrotnie.

Według Amerykańskiego Towarzystwa Onkologicznego (ACS) młode kobiety są nawet prawie dwukrotnie bardziej zagrożone chorobą nowotworową niż mężczyźni. Najszybciej wzrasta wśród nich zachorowalność na raka żołądka, raka piersi oraz tarczycy, co może być związane z niekorzystną zmianą stylu życia, głównie z otyłością i nadużywaniem alkoholu oraz późnym macierzyństwem.

W Polsce coraz większym problemem wśród kobiet staje się rak płuca. Jak alarmują eksperci kampanii edukacyjnej „Dbam o płuca”, w ostatnich latach liczba zachorowań wśród Polek wzrosła niemal dwukrotnie. Głównym powodem jest palenie tytoniu – obecnie około 28 proc. dorosłych kobiet w Polsce pali tytoni i jest to jeden z najwyższych wskaźników w Europie. Przypomnijmy tylko, że w aż 85 proc. przypadków nowotwór ten wykrywany jest w stadium zaawansowanym.

Dr hab. Adam Płuzański z Kliniki Nowotworów Płuca i Klatki Piersiowej Narodowego Instytutu Onkologii w Warszawie prognozuje, że jeśli nic się nie zmieni, za 10–15 lat kobiety będą tak



foto: Shutterstock.com

samo często umierać na raka płuca jak mężczyźni, mimo że wśród panów liczba zgonów z tego powodu spada.

LEPSZA WYKRYWALNOŚĆ

Częstsze wykrywanie nowotworów związane jest z rozszerzeniem profilaktycznych badań przesiewowych, obejmujących także ludzi przed pięćdziesiątką. W 2018 r. Amerykańskie Towarzystwo Onkologiczne zaleciło przesunięcie dolnego progu wiekowego w skryningu raka jelita grubego z 51. na 46. rok życia. W 2021 r. takie rekomendacje złożył U.S. Preventive Services Task Force. Zwiększyło to wykrywalność tego nowotworu – z 9,4 przypadków na 100 tys. ludności w 2019 r. do 17,5 przypadków w 2022 r.

Niektóre osoby są bardziej predysponowane do zachorowania na raka w młodym wieku. Jednak w całej populacji odsetek ten jest niewielki. Jak podkreśla prof. Jarosław Reguła, zdecydowana większość zachorowań na raka jelita grubego, bo aż 90–97 proc., nie jest uwarunkowana genetycznie. Wyjątkiem są osoby z rodzinną polipowatością gruczolakowatą (FAP) oraz HNPCC – dziedzicznym niezwiązany z polipowatością rakiem jelita grubego. Specjalista przypomina zatem, jak ważny jest wywiad rodzinny.

W przypadku FAP kolonoskopia zalecana jest od 10.–12. roku życia co 2 lata oraz ewentualnie profilaktyczna kolektomia (15–25 lat). Jeśli chodzi o HNPCC, kolonoskopia powinna być wykonywana nieco później – od 20.–25. roku życia również co 2 lata, badanie ginekologiczne po ukończeniu 30–35 lat – co roku lub co dwa lata, a także kolektomia – profilaktyczna lub wtedy, gdy pojawi się guz.

STYL ŻYCIA I ŚRODOWISKO

Za rosnącą liczbą nowotworów stoi niekorzystna zmiana stylu życia: palenie tytoniu przez kobiety, otyłość, a także większe spożycie alkoholu oraz zbyt mała aktywność fizyczna. O tym, że wzrost zachorowań na nowotwory przewodu pokarmowego jest związany z niekorzystnymi zmianami środowiska, stylem życia, a także odżywiania się, przekonana jest prof. Andreana Holowatyj z Vanderbilt University. Jej zdaniem jeden z głównych powodów to coraz częściej występująca otyłość, która nie tylko zwiększa ryzyko zachorowania na nowotwory, ale dodatkowo pogarsza leczenie i rokowania.

Specjalistka zwraca uwagę nie tylko na raka jelita grubego. Niedawno na łamach „Annals of Internal Medicine” opublikowała alarmujący raport wskazujący na 3–4-krotny wzrost w USA



fot.: pixabay.com

zachorowań na raka wyrostka robaczkowego wśród tzw. millenialsów oraz przedstawicieli pokolenia X. W porównaniu do pokolenia z lat 1941–1949 trzykrotnie częściej chorują z tego powodu osoby urodzone w latach 1976–1984, a w latach 1981–1989 – nawet czterokrotnie częściej. To rzadka choroba, występuje u zaledwie 1–2 proc. pacjentów onkologicznych. Ale u co drugiego chorego nowotwór ten w chwili diagnozy jest rozsiaany, z przerzutami do innych narządów. Zwykle wykrywa się go przypadkowo, na przykład podczas badania USG jamy brzusznej.

SPORT CHRONI, ALE Z UMIAREM

Aktywność fizyczna jest jednym z najlepszych sposobów profilaktyki. Metaanaliza 85 badań opublikowana 2025 r. przez „British Journal of Sports Medicine” wykazała, że regularny wysiłek fizyczny zmniejsza ryzyko przedwczesnego zgonu o 40 proc. W tym również z powodu chorób nowotworowych. Są jednak wyjątki, o których powinni pamiętać lekarze.

Ryzyko raka jelita grubego, nawet u ludzi młodych, przed pięćdziesiątką, może zwiększać... bieganie maratonów – wynika z badań dr Timothy’ego Cannon, onkologa Inova Schar Cancer w Fairfax w stanie Virginia. Amerykański specjalista przedstawił te zaskakujące wstępne wyniki badań podczas tegorocznego kongresu Amerykańskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej (ASCO) w Chicago. Twierdzi, że zainteresował się tym problemem, gdy trafiło do niego trzech pacjentów z zaawansowanym już

rakiem jelita grubego, którzy regularnie biegali ultramaratony lub półmaratony. Jeden z nich przebiegł 13 półmaratonów w ciągu roku. Wszyscy byli w średnim wieku, a najstarszy miał zaledwie 40 lat.

Dr Cannon postanowił nakłonić 100 maratończyków i ultramaratończyków w wieku 35–50 lat do poddania się kolonoskopii. Szokujące było to, że u prawie połowy diagnozowanych biegaczy w jelicie grubym wykryto polipy. U 15 proc. z nich natrafiono nawet na zaawansowane gruczolaki. To znacznie większy odsetek w porównaniu do populacji ogólnej – wśród czterdziestolatków gruczolaki się zdarzają u 4,5–6 proc. osób.

Jak to wytłumaczyć? Być może tym, że podczas biegów długodystansowych organizm musi zapewnić duży dopływ krwi do mięśni i skóry, co może skutkować niedokrwieniem jelita grubego. Dr Cannon zaleca zatem, żeby maratończycy i ultramaratończycy poddawali się kolonoskopii, nawet jeśli nie przekroczyli jeszcze 45. roku życia.

NANOPLASTIK, PRZETWORZONA ŻYWNOŚĆ I INNE ZAGROŻENIA

Na horyzoncie pojawiają się też nowe czynniki ryzyka. Wskazuje na to raport Ministerstwa Edukacji Narodowej oraz Ministerstwa Sportu i Turystyki, z którego wynika, że od 25 lat systematycznie spada kondycja fizyczna młodzieży,

◀ Ryzyko raka jelita grubego, nawet u ludzi młodych, przed pięćdziesiątką, może zwiększać... bieganie maratonów

a coraz częściej pojawia się u nich nadwaga i otyłość.

Jednocześnie znaczna część młodzieży sięga po używkę. Aż 180 tys. nastolatków poniżej 18. roku życia co roku rozpoczyna palenie tytoniu. 30 proc. uczniów spróbowało nikotyny po raz pierwszy w postaci e-papierosów, a 78 proc. młodzieży wybiera te o smakach owocowych. – Aż 4 mln dzieci to również bierni palacze – stwierdza kierownik Katedry Onkologii i Kliniki Radioterapii Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie prof. Sergiusz Nawrocki.

Do czynników ryzyka nowotworów być może trzeba będzie dodać żywność ultraprzetworzoną (UPF) oraz mikroplastik wchłaniany przez nasze organizmy w coraz większych ilościach. Raport opublikowany w 2025 r. przez „American Journal of Preventive Medicine” sugeruje, że spożywanie zbyt dużej ilości UPF, takiej jak: wędliny, ciastka, napoje gazowane, chipsy, lody, a nawet niektóre płatki śniadaniowe, może zwiększać ryzyko przedwczesnego zgonu.

Jak twierdzi dr Stephen Burgess z University of Cambridge, w badaniach tych nie można wykazać, że spożywanie wysokoprzetworzonej żywności jest szkodliwe. Zaznacza jednak, że sugestii takiej nie można całkowicie lekceważyć. UPF nie jest obojętna dla naszego zdrowia.

Wpływ mikro- i nanoplastiku na człowieka jest dopiero badany, ale mamy już dostatecznie dużo niepokojących informacji. Wykryto go niemal w całym organizmie, w łożysku, a nawet w mózgu. „Nature Medicine” poinformował niedawno, że w badanych mózgach osób zmarłych było od siedmiu do trzydziestu razy więcej nanoplastiku niż w innych narządach, takich jak nerki, wątroba, płuca, naczynia krwionośne oraz jądra. Jak wyliczono po badaniach przeprowadzonych na początku 2024 r., było go tyle, ile zawiera jedna plastikowa łyżeczka.

Zaczyna się niewinnie, kończy źle dla wielu

W polskiej kulturze słowo „tylko” ma moc zaklęcia. Usprawiedliwia, tłumaczy, rozgrzesza. Aż w końcu staje się początkiem historii, która dla wielu kończy się na oddziale ratunkowym, w izbie wytrzeźwień albo w samotności, z utraconą kontrolą i zdrowiem.

ANNA GOŁĘBICKA,
EKONOMISTKA, STRATEG
KOMUNIKACJI I ZARZĄDZANIA



Każdy, kto choć raz dyżurował na oddziale ratunkowym, zna ten zapach – mieszanekę przyjętego w dowolnej postaci alkoholu, potu i bezradności. Pacjent w stanie, który na trzeźwo nazwalibyśmy wstydem, na SOR-ze nosi kod: nietrzeźwy, pobudzony, agresywny. Czasem jeszcze: z urazem głowy po upadku z własnej dumy. Nierzadko posikany, brudny, wymiotujący. Przywożony karetką albo przez straż miejską, owinięty w koc, z oczami wbitymi w podłogę – albo przeciwnie: z dumnie uniesioną głową, przekonany, że świat się czepia. Bo przecież „wypił tylko trochę”.

Każdy lekarz wie, ilu pacjentów SOR to osoby pod wpływem alkoholu, nie mówiąc już o izbie przyjęć w szpitalu psychiatrycznym. Niektórzy to „stali bywalcy”. Wychodzą ze szpitala za każdym razem z kompletem diagnostyki – bo takie są procedury. Często wieczorem trafiają na oddział, a rano wypisują się na własne żądanie, bo na trzeźwo znika już myśl samobójcza albo duszności. Dla niektórych szpital to sposób na noc pod dachem, bo nałóg odebrał im własne miejsce.

„Kolejny raz w tygodniu przywożą mi pana Jana – mówi lekarz SOR-u. – Zawsze ten sam scenariusz. Promile, rozbita głowa, pełna diagnostyka adekwatna do urazu, a kolejka coraz większa. Pacjent niewspółpracujący. Smutna codzienność”.

Problem alkoholu nie dotyczy tylko nizin społecznych i tzw. patologii. Zaczyna się wśród porządných ludzi. Nie omija środowisk lekarskich, akademickich, artystycznych. Pojawia się tam, gdzie stres, presja i poczucie, że trzeba być silnym, prowadzą prostą drogą do tego, by sięgnąć po „nagrodę”. Alkohol przychodzi też tam, gdzie jest pustka, na którą nie było innego pomysłu.

Zwykle zaczyna się niewinnie. Od piwa z kolegami po szkole, kilku na grillu, bo przecież „wszyscy piją”. Od toastu na

chrzcinach, imieninach, pogrzebie – bo przecież nie wypada odmówić. Od ukojenia, uspokojenia, towarzysza w samotności lub poprawiacza interakcji i odwagi. A potem potrzebujesz więcej. A potem tracisz kontrolę.

Na SOR-ze widać skutki tego „tylko trochę” w najczystszej postaci. SOR jest lustrem. Odbija społeczeństwo takim, jakie naprawdę jest. Nietrzeźwi pacjenci stają się problemem organizacyjnym, emocjonalnym i medycznym jednocześnie. Nie mówiąc już o kosztach. Najlepiej, gdyby ich nie było – ale są. Zajmują łóżka, wydłużają kolejkę do diagnostyki, kradną siły i nerwy zespołu. Lekarz wie, że jego rolą jest ratować, a nie oceniać. Ale człowiek – ten w białym fartuchu po swojej własnej ciężkiej nocy – czuje bunt, kiedy po raz dziesiąty w miesiącu przywożą tego samego człowieka z tego samego przystanku z tym samym poziomem promili.

Czy problem dotyczy tylko „innych”? Otóż nie. Kto z nas nie zna kogoś, kto miał lub ma taki problem? Kto nie trafiał z rozbitą głową na SOR, ale pije codziennie? Pije za często, za dużo. Ktoś, kto niewinnie wszedł, a potem trudno mu było wyjść.

To „tylko trochę”, które przestaje być „trochę”, a staje się nadużyciem, to słowo-klucz polskiej kultury picia. „Tylko trochę” kłamliwie tłumaczy

wszystko: kłótnie w domu, nieobecność w pracy, siniaki, które „same się zrobiły”. „Tylko trochę” na stres, na radość, na złość. „Tylko trochę” usprawiedliwia, aż w końcu staje się nawykiem, który ma już swoje rytuały: piwo po pracy, o jeden kieliszek za dużo na rodzinnym spotkaniu. Potem nie potrzeba już powodu – wystarczy pora dnia.

Problem w tym, że alkohol w Polsce nie jest tylko używką. To część naszej tożsamości. Jak podaje Onet, w 2023 r. statystyczny Polak wypijał 3,4 litra wyrobów spirytusowych (100 proc. alkoholu), 6,8 litra wina i miodów oraz aż 87 litrów piwa – czyli 170 półlitrowych butelek na głowę. Skutki tego kosztują nas społecznie i ekonomicznie 186 mld zł rocznie. Z danych publikowanych przez e-Zdrowie wynika, że w 2023 r. hospitalizowano 19 967 pacjentów w związku z toksycznym działaniem alkoholu, 25 560 z powodu alkoholowej choroby wątroby. Aż 160 tys. pacjentów leczono w poradniach w związku z zaburzeniami psychicznymi i zachowania spowodowanymi używaniem alkoholu. W szpitalach hospitalizowano 120 tys. osób z tego typu problemami zdrowotnymi.

Zaczyna się niewinnie. Jak wszystko, co potem kończy się źle.

Co z tym zrobić?

Matki Lekarki. Siła relacji, moc wspólnoty

W ostatni weekend listopada w Otwocku odbędzie się IV Ogólnopolski Kongres Matek Lekarek – spotkanie kobiet, które łączą praktykę lekarską z rodzicielstwem, społecznym zaangażowaniem i rozwojem osobistym. Hasło tegorocznej edycji „Budujemy więzi” podkreśla, jak ważne w środowisku medycznym są relacje, wsparcie i współpraca.

Tegoroczny kongres odbywa się pod hasłem „Budujemy więzi”, które akcentuje znaczenie relacji i wzajemnego wsparcia w środowisku lekarskim. Program kongresu oparty jest na pięciu tematycznych strefach merytorycznych, odpowiadających różnym obszarom doświadczeń zawodowych i życiowych uczestniczek:

- Strefa „ML przekwalifikowanej” – dla tych, które zmieniły ścieżkę zawodową lub rozwijają się w nowych kierunkach: coaching, zarządzanie, badania kliniczne;
- Strefa „ML w podróży” – medycyna w ruchu: od misji humanitarnych i medycyny wysokogórskiej po szczepienia i zdrowie w podróży;
- Strefa „ML heroski” – przestrzeń dla kobiet mierzących się z macierzyństwem w szczególnych okolicznościach: neuro różnorodność, opieka nad dzieckiem z orzeczeniem, choroba rodzica;
- Strefa „ML stylu życia” – kompleksowe spojrzenie na zdrowie kobiet: ciąża, dieta, menopauza – w oparciu o dowody naukowe;
- Strefa „ML biznes” – dla lekarek prowadzących praktyki, zarządzających

zespołami, rozwijających się jako przedsiębiorczynie.

W programie kongresu znalazły się także warsztaty praktyczne oraz debata z udziałem przedstawicielek izb lekarskich na temat wsparcia dla lekarek samotnie wychowujących dzieci, rodziców dzieci z niepełnosprawnościami oraz lekarzy z niepełnosprawnością.

– To wydarzenie to nie tylko przestrzeń nauki, ale też wzmacniania głosu kobiet w zawodzie i wspólnego budowania bardziej empatycznego systemu ochrony zdrowia. Relacje, które tu powstają, przekładają się na siłę naszego środowiska – podkreśla Maria Kłosińska, przewodnicząca Zespołu ds. Matek Lekarek OIL w Warszawie, prezes Fundacji Matki Lekarki.

Wśród prelegentów znajdują się między innymi: lek. Monika May-Maciejewska, dr Iwona Orłowska, dr Maja Krefft, dr n. o zdr. Małgorzata Dittfeld i lek. Milena Osińska.

Rejestracja na kongres prowadzona jest przez stronę Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie w zakładce „Wydarzenia”. •

– red

UCHWAŁA NR 26/25/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ Z 19 WRZEŚNIA 2025 R.

w sprawie przyznania odznaczenia „Amicus Medicorum” (...)

§ 1.

Przyznaje się prof. dr hab. Pawłowi Łukowskiemu Odznaczenie „Amicus Medicorum” za szczególne zasługi dla Samorządu Lekarskiego oraz środowiska lekarskiego i lekarsko-dentystycznego.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

UCHWAŁA NR 27/25/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ Z 19 WRZEŚNIA 2025 R.

w sprawie przyznania odznaczenia „Amicus Medicorum” (...)

§ 1.

Przyznaje się Tomaszowi Kotowi Odznaczenie „Amicus Medicorum” za szczególne zasługi dla Samorządu Lekarskiego oraz środowiska lekarskiego i lekarsko-dentystycznego.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

UCHWAŁA NR 28/25/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ Z 19 WRZEŚNIA 2025 R.

w sprawie przyjęcia informacji o działalności samorządu lekarzy i lekarzy dentystów za 2024 rok (...)

§ 1.

Przyjmuje się informację o działalności samorządu lekarzy i lekarzy dentystów za 2024 rok, stanowiącą załącznik do uchwały.

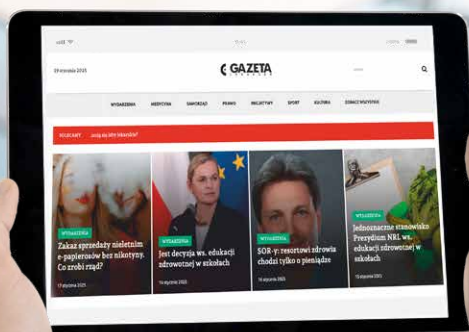
§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

reklama

gazetalekarska.pl więcej niż myślisz



- Wydarzenia i opinie
- Z kraju i ze świata
- Z rządu i samorządu
- Praktyka lekarska
- Prawo i finanse
- Edukacja i technologie
- Na serio i po godzinach

PAWEŁ DOCZEKALSKI
REDAKTOR NACZELNY

**UCHWAŁA NR 29/25/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z 19 WRZEŚNIA 2025 R.**

zmieniająca uchwałę
w sprawie Centralnego Ośrodka Ba-
dań, Innowacji i Kształcenia

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 4 i 13
w zw. z art. 5 pkt 7, 13, 17 i 22 usta-
wy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach
lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342),
uchwała się, co następuje:
(...)

§ 2.

Osoba dotychczas powołana do peł-
nienia funkcji dyrektora COBIK oraz
zastępcy dyrektora COBIK będzie pełnić
funkcję odpowiednio koordynatora CO-
BIK oraz zastępcy koordynatora COBIK.
(...)

§ 4.

Uchwała wchodzi w życie z dniem
podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

**UCHWAŁA NR 30/25/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z 19 WRZEŚNIA 2025 R.**

zmieniająca uchwałę w sprawie
powołania Centrum Usług Wspólnych
Naczelnej Izby Lekarskiej
(...)

§ 2.

1 Uchyla się uchwałę Nr 64/22/IX Na-
czelnej Rady Lekarskiej z dnia 16 grudnia
2022 r. w sprawie powołania dyrektora
Centrum Usług Wspólnych Naczelnej
Izby Lekarskiej.

2 Osoba dotychczas powołana do peł-
nienia zastępcy dyrektora CUW będzie
pełnić funkcję odpowiednio zastępcy
koordynatora CUW.
(...)

Uchwała wchodzi w życie z dniem
podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

**UCHWAŁA NR 31/25/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z 19 WRZEŚNIA 2025 R.**

zmieniająca uchwałę w sprawie
powołania Rady Ekspertów
Naczelnej Izby Lekarskiej
(...)

§ 1.

W uchwale nr 37/22/IX Naczelnej
Rady Lekarskiej z dnia 2 września
2022 r. w sprawie powołania Rady
Ekspertów Naczelnej Izby Lekarskiej
(tekst jednolity stanowiący załącznik
do uchwały Nr 18/24/IX Naczelnej
Rady Lekarskiej z dnia 28 czerwca
2024 r.) w § 2 dodaje się prof. dr hab.
n. med. Magdalenę Durlik.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem
podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

**STANOWISKO NR 5/25/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z 19 WRZEŚNIA 2025 R.**

w sprawie prezydenckiego
projektu ustawy o zmianie ustawy
o pomocy obywatelom Ukrainy
w związku z konfliktem zbrojnym
na terytorium tego państwa oraz
niektórych innych ustaw

Naczelna Rada Lekarska po za-
poznaniu się z przedstawionym
przez Prezydenta Rzeczypospolitej
Polskiej projektem ustawy o zmia-
nie ustawy o pomocy obywatelom
Ukrainy w związku z konflik-
tem zbrojnym na terytorium tego
państwa oraz niektórych innych
ustaw, przesłanym przy piśmie
Zastępcy Szefa Kancelarii Sejmu
pana Dariusza Salamończyka
z dnia 1 września 2025 r. (znak:
SPS-III.020.252.6.2025) negatywnie
opiniuje projekt w zakresie, w ja-
kim dotyczy zmian w ustawie o za-
wodach lekarza i lekarza dentysty
i domaga się uchylenia przepisów
pozwalających na dostęp do zawodu
lekarza i lekarza dentysty w uprosz-
czonych trybach.
(...)

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

**STANOWISKO NR 6/25/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z 19 WRZEŚNIA 2025 R.**

w sprawie poparcia uchwały
Krajowego Zjazdu Adwokatury
w sprawie uchylenia ustawy o le-
karzu sądowym

Naczelna Rada Lekarska popiera
postulat uchylenia ustawy z dnia 15
czerwca 2007 r. o lekarzu sądowym
(Dz.U. z 2007 r. nr 123 poz. 849)
wyrażony w uchwale nr 37 Krajo-
wego Zjazdu Adwokatury z dnia 28
czerwca 2025 r.
(...)

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

**APEL NR 3/25/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z 19 WRZEŚNIA 2025 R.
DO MINISTRA ZDROWIA**

o podjęcie działań legislacyjnych
w sprawie lekarzy i lekarzy
dentystów, którym upłynął
czas przewidziany na zaliczenie
Państwowego Egzaminu
Specjalizacyjnego po zakończeniu
szkolenia specjalizacyjnego

Naczelna Rada Lekarska zwraca
się do Ministra Zdrowia z apelem
o podjęcie działań legislacyjnych
zmierzających do ponownego
umożliwienia lekarzom i leka-
rzom dentystom, którym w wyni-
ku zmian w ustawie o zawodach
lekarza i lekarza dentysty, wpro-
wadzonych w czasie epidemii
COVID-19 upłynął czas przewi-
dziany na zaliczenie Państwowego
Egzaminu Specjalizacyjnego po
zakończeniu szkolenia spe-
cjalizacyjnego, przystąpienia do
Państwowego Egzaminu Specja-
lizacyjnego (PES).
(...)

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

Pełna treść uchwał, stanowisk
i apelu na nil.org.pl

NOWE TECHNOLOGIE

Dziurawe cyberbezpieczeństwo. Szpitale bez tarczy

SYLWIA WAMEJ
DZIENNIKARKA

Hakerzy potrafią sparaliżować systemy, zablokować dostęp do danych, a nawet zagrozić życiu pacjentów. Tymczasem wiele placówek wciąż nie ma wdrożonych podstawowych zabezpieczeń.

Szpitale i przychodnie są atrakcyjnym celem dla przestępców, ponieważ gromadzą wrażliwe dane i opierają się na rozwiązaniach cyfrowych. Polska ze względów geopolitycznych doświadcza największej liczby cyberataków wśród państw Unii Europejskiej. Sam sektor ochrony zdrowia jest dla cyberprzestępców łatwym celem. Placówki medyczne nie tylko gromadzą wrażliwe dane, ale też posiadają systemy wykorzystywane do obsługi pacjentów – rejestrację czy zarządzanie danymi. W samym sektorze ochrony zdrowia do końca sierpnia tego roku odnotowano 946 incydentów cyberbezpieczeństwa, niemal tyle, ile w całym 2024 r. – wynika z danych CSIRT (Zespołu Reagowania na Incydenty Bezpieczeństwa Komputerowego) Centrum e-Zdrowia.

CSIRT CeZ to jedyny sektorowy zespół cyberbezpieczeństwa w obszarze zdrowia, którego zadaniem jest wsparcie placówek medycznych w walce z zagrożeniami.

ZAGROŻENIE DLA LUDZKIEGO ŻYCIA

Pamiętnym atakiem okazał się ten z marca tego roku. Ofiarą przestępców padł szpital MSWiA w Krakowie. W wyniku cyberataku przestał działać główny szpitalny system komputerowy obsługujący system dokumentacji medycznej. Najpoważniejszą konsekwencją było wstrzymanie przyjęć planowych na oddział neurologii. Jak tłumaczył minister cyfryzacji Krzysztof Gawkowski, bardzo szybko wdrożono procedury

awaryjne, w związku z czym nie było zagrożenia dla zdrowia i życia pacjentów.

Służby odpowiedzialne za cyberbezpieczeństwo, w tym CERT Polska, Centrum e-Zdrowie i Centralne Biuro Zwalczania Cyberprzestępczości pracowały nad zabezpieczeniem śladów. Minister cyfryzacji tłumaczył, że codziennie rejestrowanych jest około 2000 incydentów, z czego nawet 300

Wystarczy jeden e-mail, by sparaliżować pracę całego szpitala – takie incydenty stanowią już jedną trzecią wszystkich zgłoszeń do CSIRT CeZ

wymaga natychmiastowej reakcji specjalistów od cyberbezpieczeństwa. „Cyberprzestrzeń stała się miejscem wojny” – zaznaczał Gawkowski we wpisie na platformie X.

W Polsce nigdy nie doszło do przypadku podobnego do ataku na szpital uniwersytecki w Niemczech w Düsseldorfie w 2020 r. Placówka nie mogła przyjąć na oddział kobiety w stanie krytycznym, ponieważ system informatyczny został zablokowany przez cyberprzestępców żądających okupu. Poszkodowana kobieta zmarła w drodze do innego szpitala. Trzeba jednak pamiętać,

że cyberataki, które miały miejsce w Polsce, oznaczały opóźnienia w przyjmowaniu pacjentów bądź też uniemożliwiały wykonanie niektórych procedur medycznych.

MONETYZACJA DANYCH

Cyberprzestępcy doskonale wiedzą, że w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia pacjentów kierownictwo szpitali i innych placówek medycznych często nie ma wyjścia – decyduje się zapłacić okup, by odzyskać dostęp do danych i systemów. Atakom sprzyja także łatwa monetyzacja wrażliwych danych. Już pojedynczy plik z danymi skradzionymi z placówki medycznej może być wart nawet 250 tys. dolarów, jeśli cyberprzestępcy będą chcieli go upłynnić na czarnym rynku.

W maju tego roku Ministerstwo Cyfryzacji informowało, że część z 28 mln zł z KPO trafi do Centrum e-Zdrowia, by zwiększyć cyberbezpieczeństwo. Obszar medyczny w Polsce wymaga jak najszybszej oraz jak najszerzej zakrojonej modernizacji w zakresie zabezpieczeń. Publiczne, ale również prywatne placówki mierzą się z przestarzałymi procedurami, nieaktualizowanym oprogramowaniem i niedostatecznym poziomem świadomości pracowników.

Z badań amerykańskiej firmy informatycznej Palo Alto Networks wynika, że przestępcy mogą w mniej niż 14 godzin uzyskać

► Szacuje się, że pojedynczy plik z danymi skradzionymi z placówki medycznej może być wart nawet 250 tys. dolarów

dostęp do organizacji, wyodrębnić 2,5 terabajta danych i wdrożyć oprogramowanie ransomware na prawie 10 tys. urządzeniach końcowych.

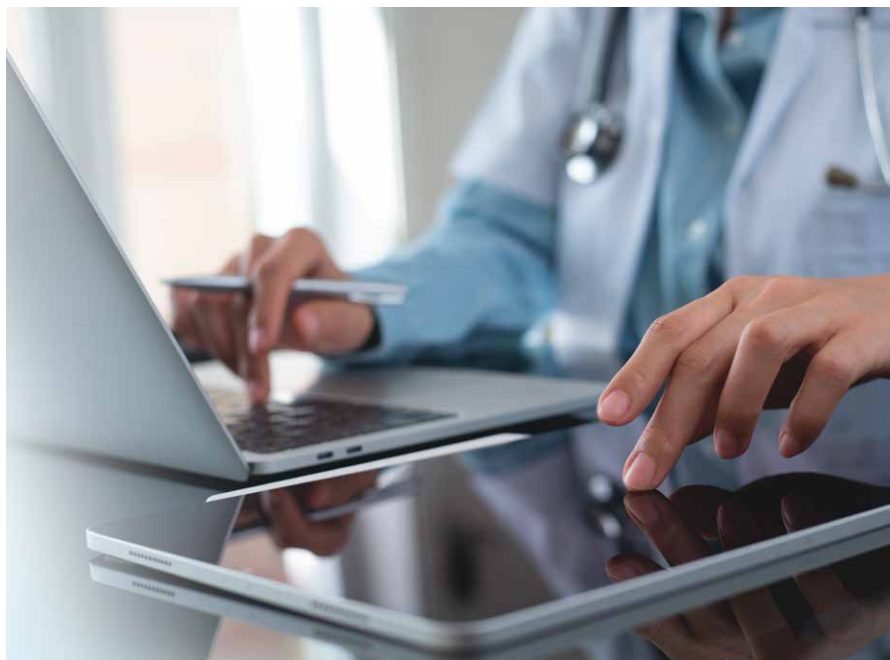
– Kiedy cyberprzestępcy znajdą nową lukę w zabezpieczeniach, wykorzystują ją zaledwie w ciągu kilku godzin, podczas gdy zespoły ds. bezpieczeństwa potrzebują średnio około sześciu dni, aby zareagować na alert. Ta dysproporcja jest alarmująca, zwłaszcza w przypadku organizacji posiadających poufne i wartościowe dane – wyjaśnia Wojciech Gołębiowski, wiceprezes i dyrektor zarządzający Palo Alto Networks w Europie Środkowo-Wschodniej. – Zawieszenie pracy szpitala, manipulowanie danymi lub ich kradzież i groźby ujawnienia mogą w najpoważniejszych przypadkach zagrozić zdrowiu i życiu pacjentów. Dlatego tak ważne jest proaktywne wdrażanie najnowocześniejszych platform, które mogą powstrzymać coraz trudniejsze do opanowania skoordynowane kampanie cyberprzestępców – dodaje.

CO ROBI CENTRUM E-ZDROWIA

Jak podaje Centrum e-Zdrowia, średni koszt naruszenia danych w sektorze

WYSTARCZY JEDEN E-MAIL

Przyczyn cyberataków można dopatrywać się w wielu aspektach i nie chodzi wyłącznie o technologię. Nawet najlepszy sprzęt nie zadziała prawidłowo, jeśli nie będzie odpowiednio skonfigurowany. Podobnie jest w przypadku procedur: dobre polityki bezpieczeństwa i jasne instrukcje pozwalają nie tylko zapobiegać incydentom, ale również szybko przywracać sprawność systemów w razie ich wystąpienia. Przestępcy potrafią wykorzystać nie tylko słabe punkty technologii, ale również socjotechnikę. Najczęściej rejestrowane są próby oszustw komputerowych (311 przypadków), podczas których do manipulacji posłużyła zwyczajna wiadomość e-mail zawierająca link. Właśnie takie cyberataki stanowiły 1/3 wszystkich zgłoszeń odnotowanych przez zespół CSIRT CeZ.



for: Shutterstock.com

zdrowia na świecie obliczany jest w tym roku na 7,42 mln dolarów. Podobnie jak w poprzednich latach jest to zdecydowanie najwyższy wskaźnik strat finansowych, przewyższający podobne incydenty w sektorze finansowym, przemysłowym bądź energetycznym. Równocześnie rośnie również sama liczba incydentów w obszarze zdrowia, odnotowanych przez CSIRT CeZ. Metody, które stosują przestępcy, są coraz bardziej wyszukane.

– Cyberprzestępcy atakują wtedy, gdy najmniej się tego spodziewamy. Dlatego CSIRT CeZ działa siedem dni w tygodniu, by wspierać placówki medyczne w budowaniu odporności cyfrowej. Naszym celem jest nie tylko reagowanie, ale przede wszystkim zapobieganie, czyli profilaktyka w zakresie cyberbezpieczeństwa – podkreśla Tomasz Jeruzalski, dyrektor Pionu Eksploatacji Systemów Teleinformatycznych i Pełnomocnik ds. CSIRT CeZ.

Duża liczba zgłoszeń w polskim sektorze ochrony zdrowia ma swoje konkretne przyczyny. Wyniki analiz w szpitalach, które prowadziło CeZ, pokazują, że wiele placówek nie wdrożyło ważnych zabezpieczeń ani procedur. Ok. 60 proc. podmiotów medycznych w ogóle nie monitoruje pojawiających się podatności,

niecałe 60 proc. wykonuje cykliczne testy kopii oraz odzyskiwania, prawie 9 proc. nie ma tak podstawowych mechanizmów ochrony, jak oprogramowanie antywirusowe, systemy typu EDR/ XDR (analiza zagrożeń na urządzeniach końcowych oraz w sieci) czy firewall. Warto też podkreślić, że uwierzytelnianie wieloskładnikowe (MFA) nadal nie jest powszechnie stosowane, a wdrożenia w placówkach są punktowe. Tworzy to jedynie mylne wrażenie bezpieczeństwa.

Wynikiem cyberataku może być utrata lub też blokada dostępu do danych, szczególnie dotkliwa w przypadku danych wrażliwych. Odzyskiwanie pełnej sprawności działania przez zaatakowaną placówkę oznacza duże straty finansowe.

Zespół CSIRT działa cały tydzień, monitorując podatności, ale także ostrzegając o zagrożeniach, wspierając placówki w obsłudze incydentów czy też edukując i prowadząc regularne szkolenia. Eksperti z Centrum e-Zdrowia reagują również na zagrożenia – publikując informacje i zalecenia. Tylko w pierwszym kwartale 2025 r. wykryto i opisano ponad 120 podatności w infrastrukturze informatycznej placówek ochrony zdrowia, m.in. szpitali, POZ. ●

NOWOCZESNE TECHNOLOGIE

E-wybory: wiele korzyści w kilka sekund

System elektronicznego głosowania w wyborach samorządowych lekarzy eliminuje niemal wszystkie błędy i znacząco podnosi frekwencję. To proste, szybkie i bezpieczne rozwiązanie, które pozwala oddać głos w mniej niż minutę – wyjaśnia **Mery Topolska-Kotulecka**, członek Krajowej Komisji Wyborczej, przewodnicząca Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, w rozmowie z Sylwią Warnej.

Jakie są Pani obowiązki jako przewodniczącej OKW i członka KKW, jeśli chodzi o elektroniczne wybory?

W przypadku elektronicznych wyborów do zadań przewodniczącego Okręgowej Komisji Wyborczej należy obsługa systemu głosowania elektronicznego opisana w Regulaminie wyborów do organów i w organach izb lekarskich oraz trybu odwołania członków tych organów, a także nadawanie uprawnień do realizacji zadań w tym systemie. Oczywiście oprócz tego do moich obowiązków należy kierowanie pracami Okręgowej Komisji Wyborczej i wypełnianie wszystkich zadań nałożonych regulaminem OKW.

Jako członek KKW brałam udział w pracach Krajowej Komisji Wyborczej nad nowym regulaminem wyborów i wdrożeniem systemu głosowania elektronicznego, aby w aktualnie przeprowadzanych wyborach samorządowych we wszystkich izbach lekarskich w Polsce umożliwić dodatkową formę głosowania, czyli głosowanie elektroniczne.

E-wybory samorządowe mają za zadanie przyciągnąć młodszych lekarzy i lekarzy dentystów. A czy elektroniczna forma nie zniechęca starszych?

Elektroniczna forma głosowania oczywiście jest bardziej atrakcyjna dla młodszych lekarzy. Ale z moich obserwacji wynika, że część osób

w wieku 60–70+ bardzo sprawnie posługuje się urządzeniami elektronicznymi i niektórzy chętnie głosują w ten sposób, co nas cieszy. Zdarza się również, że młodszy lekarze podchodzą nieco nieufnie do e-wyborów. Dla wszystkich, którzy nie są

System głosowania elektronicznego jest tak skonstruowany, że uczestnik nie może popełnić żadnego nieświadomego błędu, który spowodowałby, że jego głos nie będzie się liczył

przekonani do elektronicznej formy, zgodnie z obowiązującym regulaminem pozostała tradycyjna forma głosowania – korespondencyjna lub osobista przy urnie w lokalu wyborczym. Myślę jednak, że przyszłość należy do elektronicznych wyborów, ponieważ to błyskawiczna metoda – wystarczy dosłownie minuta, by zagłosować.

Czy ryzyko popełnienia błędu przy oddawaniu głosu elektronicznie jest mniejsze

niż w przypadku głosowania tradycyjnego?

System jest tak skonstruowany, że głosujący nie może w zasadzie popełnić żadnego nieświadomego błędu, który spowoduje, że jego głos nie zostanie uwzględniony – co niestety często zdarza się przy głosowaniu korespondencyjnym. Ta forma jest bardziej pracochłonna, czasochłonna i generuje czasem pomyłki, które w rezultacie skutkują porażką wyborów w danym rejonie wyborczym.

W głosowaniu korespondencyjnym zdarza się, że część lekarzy nieświadomie błędnie zakreśla papierową kartę do głosowania, przez co głos jest uznawany za nieważny przez komisję skrutacyjną. W systemie elektronicznym takie sytuacje są niemożliwe – system informuje i ostrzega wyborcę, że oddaje nieważny głos.

Coraz mniej osób korzysta dziś z tradycyjnej poczty. Dla nich odesłanie papierowego pakietu to strata czasu i nie głosują wcale. Elektroniczne wybory umożliwiają im skorzystanie z przywileju, jakim jest wybór delegata na okręgowyjazd lekarzy.

Jaki procent osób wciąż głosuje tradycyjnie, a jaki drogą elektroniczną?

Obecnie, a jesteśmy na półmetku wyborów w naszej izbie, oddanych głosów elektronicznych mamy 5796, a tradycyjnych 2231.

Jaka jest średnia frekwencja w tym momencie?

Frekwencja w systemie głosowania elektronicznego wynosi obecnie 18,04 proc. Frekwencja wszystkich rodzajów głosowań to 24,99 proc. Trzeba jednak pamiętać, że w niektórych rejonach nie udało się wybrać kandydatów z powodu braku tzw. kworum, które wynosi 20 proc. prawidłowo oddanych głosów. Na szczęście takich rejonów jest niewiele.

Jak Pani ocenia wybory samorządowe z perspektywy ubiegłych lat i teraz?

Przyznam szczerze, że trochę się obawiałam, jak będą wyglądały obecnie przeprowadzane wybory samorządowe, pamiętając, że w poprzedniej kadencji konieczne było przeprowadzenie drugiej tury, aby wybrać odpowiednią liczbę delegatów na OZL. Nasza Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie od tego czasu bardzo się rozrosła, mamy obecnie ponad 37 tys. lekarzy i lekarzy dentystów, a w tej kadencji przybyło kilka tysięcy członków.

Obawiałam się, czy w tak dużej izbie uda się uzyskać niezbędne kworum, ale dzięki głosowaniu elektronicznemu frekwencja jest o wiele wyższa. Ten sposób głosowania przyciąga zarówno młodszych, jak i starszych lekarzy i lekarzy dentystów.

Czy e-wybory cieszą się dużym zainteresowaniem lekarzy i lekarzy dentystów?

Aktualnie trwające wybory w naszej izbie cieszą się zdecydowanie większym zainteresowaniem niż poprzednie. Udostępnienie elektronicznej formy głosowania sprzyja temu zainteresowaniu. Forma ta ze względu na swoją prostotę i oszczędność czasu jest – w mojej ocenie – najatrakcyjniejszą formą głosowania.

Władze Naczelnej Rady Lekarskiej przekonują, że e-wybory są bardziej transparentne i demokratyczne.



foto: archiwum prywatne

◀ Coraz mniej osób korzysta dziś z tradycyjnej poczty – podkreśla **Mery Topolska-Kotulecka**

System głosowania elektronicznego pozwala lekarzom i lekarzom dentystom z łatwością samodzielnie przenosić się między rejonami. W ciągu 30 dni przeznaczonych regulaminowo na ewentualną zmianę rejonu można bez żadnego problemu natychmiast dokonywać zmian, nawet wielokrotnie. System automatycznie uniemożliwi taką zmianę, jeśli jest ona sprzeczna z regulaminem wyborów. Dzięki systemowi głosowania elektronicznego można również samodzielnie błyskawicznie zgłosić swoją kandydaturę na delegata. Poza systemem trzeba to robić tradycyjnie, pisząc papierowe wnioski do OKW, i czekać na posiedzenie, aby je zatwierdziła, co oczywiście jest czasochłonne. Niestety, nie ma możliwości zgłoszenia innej osoby na kandydata na delegata. W tej kwestii pozostaje nadal tylko zgłoszenie papierowe.

Czy widzi Pani jakieś minusy e-wyborów?

Minusem jest brak możliwości zamieszczania w systemie ankiet kandydatów na delegatów. W mojej ocenie każdy kandydat powinien mieć możliwość wypełnienia tzw. ankiety kandydata na delegata, w której w krótki sposób może przedstawić się wyborcom i zaprezentować program wyborczy dotyczący tego, czym chciałby zająć się w samorządzie lekarskim. Taka anketa powinna być automatycznie generowana w systemie głosowania elektronicznego przy nazwisku zgłoszonej osoby. Z pewnością jeszcze bardziej usprawniłoby to i polepszyło e-głosowanie. Mam jednak nadzieję, że będzie można wprowadzić takie udogodnienie przy kolejnych wyborach. ●

Elektroniczna forma głosowania uniemożliwia jakiegokolwiek niejasności. System jest bardzo przejrzysty i skonstruowany i nie ma możliwości nieprawidłowego oddania głosu, który byłby odrzucony przez komisję skrutacyjną. Nie wymaga także żadnego podpisu ani pieczętki, których częsty brak niestety generuje duże problemy. Około 15 proc. nadesłanych korespondencyjnie głosów jest z przyczyn formalnych odrzuconych przez komisję wyborczą i nie bierze udziału w głosowaniu.

Plusem jest to, że można logować się dowolnie przez Węzeł Krajowy login.gov.pl z użyciem profilu zaufanego, bankowości elektronicznej, aplikacji mObywatel czy e-dowodu. To naprawdę umożliwia korzystanie z systemu wszystkim pracującym lekarzom i lekarzom dentystom, którzy wykonując swój zawód, muszą posługiwać się chociaż jedną formą elektronicznego uwierzytelniania swojej tożsamości. Każda głosująca osoba uwierzytelnia więc swoją tożsamość przed oddaniem swojego głosu w bezpieczny sposób.

Jakie jeszcze korzyści mają e-wybory?

NIL NA SZYBKO

Murem za lekarzami

Bez sygnalistów wiele trudnych spraw nie ujrzałoby światła dziennego. Możecie być pewni, że każdy lekarz, który walczy o bezpieczeństwo swoje i pacjentów, otrzyma wsparcie samorządu.

JAKUB KOSIKOWSKI
RZECZNIK NACZELNEJ IZBY
LEKARSKIEJ



Ciała Polska przez wszystkie przypadki odmienia nocne ograniczenie sprzedaży alkoholu w sklepach i na stacjach benzynowych. Jako że temat w dużej mierze dotyczy lekarzy SOR-ów, indywidualnych praktyk i jeżdżących w ZRM, przyłączyliśmy się do tych rozmów i przedstawialiśmy w mediach medyczne uzasadnienie wprowadzenia takiego ograniczenia. Ustawa, która ma za zadanie ograniczyć dostęp do alkoholu i jego reklamowanie, jest obecnie konsultowana. 22 października odbyła się w NIL debata ekspertów i zaproszonych przedstawicieli mediów. Miała ona na celu edukację dziennikarzy, by opisując sprawę nocnego ograniczenia, poznali perspektywę personelu medycznego oraz byli wyposażeni w potrzebną wiedzę o alkoholu z zakresu medycyny.

Szerokim echem w mediach odbiła się sprawa dyżurów w monospecjalistycznych szpitalach psychiatrycznych w Polsce pod kątem bezpieczeństwa pacjentów i lekarzy. Chciałbym, żebyście Państwo to sobie wzięli do serca – każdy lekarz, który walczy o bezpieczeństwo czy godne warunki dla lekarzy i pacjentów, otrzyma bezwarunkowe wsparcie swojego samorządu oraz ochronę przed „odwetem” ze strony pracodawców. Wiemy, jak trudno jest zmienić coś w tym systemie, bez sygnalistów wiele spraw nigdy nie ujrzałoby światła dziennego. Dlatego możecie być pewni, że samorząd za takimi osobami stanie murem i udzieli

wszelkiego wsparcia. Wywieramy nacisk na Ministerstwo Zdrowia, aby stworzyć normy zabezpieczenia pacjentów w szpitalach monospecjalistycznych (dyżury internistów, dostęp do diagnostyki itd.). To sprawy, które wydają się oczywistością, ale rzeczywistość udowodniła, że nie jest to jasne dla dyrekcji i właścicieli szpitali.

I tym razem, mimo że działy się inne rzeczy, napiszę o przyszłości. O tym, że pod koniec roku będzie brakować pieniędzy na leczenie, było wiadomo od 2022 r. Zdarzyło się to w 2024 r. i wydarzyło się również w obecnym. MZ przyznało, że szpitale już przesuwają zabiegi na przyszły rok, bo brakuje 14 mld zł, by zapłacić za leczenie pacjentów. Winni? Oczywiście personel medyczny, a dokładnie jego pensje. W szczegółach – wywalczona protestem w 2018 r. ustawa o pensjach minimalnych oraz kontrakty lekarzy. Informacja, że coś trzeba zrobić z naszymi pensjami, za chwilę was zastanie przy otwieraniu lodówki. Stąd mój apel do Państwa. Wypowiadając się o sytuacji NFZ i naszych zarobkach, mówicie po prostu prawdę. W mediach i social mediach. Bo ta prawda o tym, jak wygląda NFZ, jest nie do podważenia, a to najbardziej boli władzę. ●

O TYM SIĘ MÓWI

Polska i Kolumbia o cyfrowym zdrowiu

Delegacja Naczelnej Izby Lekarskiej uczestniczyła w V Forum Gospodarczym w Bogocie, którego tematem przewodnim były nowe technologie w ochronie zdrowia. W skład delegacji NIL weszli: Łukasz Jankowski, prezes NRL, Krzysztof Napora, kierownik działu IT NIL, oraz Łukasz Sosnowski, partner operacyjny Sieci Lekarzy Innowatorów NIL. Na zaproszenie Ministerstwa Spraw Zagranicznych Łukasz Jankowski wystąpił podczas konferencji poświęconej roli nowych technologii w ochronie zdrowia. Przedstawił polskie doświadczenia w cyfryzacji systemu ochrony zdrowia oraz omówił kwestie odpowiedzialności i bezpieczeństwa pacjentów w kontekście dynamicznego rozwoju sztucznej inteligencji.

Apel do premiera

Prezidium NRL poparło wspólny apel środowisk medycznych do Prezesa Rady Ministrów Donalda Tuska o zapewnienie stabilnego i adekwatnego finansowania systemu, które zagwarantuje bezpieczeństwo zdrowotne Polaków. „Prezidium Naczelnej Rady Lekarskiej wyraża poparcie dla apelu interesariuszy polskiego systemu ochrony zdrowia z 2 października 2025 r. skierowanego do Premiera Rady Ministrów Pana Donalda Tuska o wsparcie i bezpośredni nadzór nad procesami, które będą skutkować zabezpieczeniem w budżecie państwa środków finansowych gwarantujących bezpieczeństwo zdrowotne Polaków” – piszą członkowie PNRL.

Spotkanie NRL i KIF

W siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej odbyło się spotkanie prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej Łukasza Jankowskiego,

wiceprezesa NRL Pawła Baruchy oraz Agnieszki Stępień, prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów. Rozmowy dotyczyły współpracy między samorządami zawodów medycznych, działań na rzecz integracji środowiska ochrony zdrowia oraz budowania zaufania pomiędzy lekarzami a fizjoterapeutami. Uczestnicy spotkania zapowiedzieli pierwsze w historii wspólne posiedzenie Prezydiów Naczelnej Rady Lekarskiej i Krajowej Izby Fizjoterapeutów, które ma stać się początkiem stałego dialogu i platformy współpracy między samorządami.

Szkolenie rzeczników

W dniach 10–12 października 2025 r. w Nałęczowie odbyła się konferencja szkoleniowa naczelnego rzecznika odpowiedzialności zawodowej i jego zastępców, Naczelnego Sądu Lekarskiego, okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej, przewodniczących i przedstawicieli okręgowych sądów lekarskich, a także pracowników biur OROZ i kancelarii OSŁ. Wydarzenie, organizowane cyklicznie przez Naczelną Izbę Lekarską, cieszy się dużym zainteresowaniem środowiska. Tegoroczna edycja zgromadziła ponad 250 uczestników, potwierdzając znaczenie tematyki odpowiedzialności zawodowej w działalności samorządu lekarskiego. W konferencji udział wziął wiceprezes NRL Klaudiusz Komor, który podkreślił, że odpowiedzialność zawodowa lekarzy stanowi jedno z najistotniejszych zadań samorządu lekarskiego.

Terapie cyfrowe

W Senacie RP odbyło się posiedzenie Parlamentarnego Zespołu ds. Badań Naukowych i Innowacji w Ochronie Zdrowia poświęcone przyszłości terapii cyfrowych w Polsce. Eksperti, lekarze i przedstawiciele instytucji publicznych dyskutowali o tym, jak innowacyjne narzędzia mogą zostać wprowadzone do polskiego systemu ochrony zdrowia, uregulowane prawnie i w przyszłości refundowane przez NFZ. W wydarzeniu brał udział prezes NRL Łukasz Jankowski, który zaznaczył, że potrzebna jest transparentna ścieżka walidacji, certyfikacji i refundacji. Przypomniwał, że w Niemczech lekarze mogą już przepisywać certyfikowane aplikacje, a w Polsce należy zadbać o podobne rozwiązania – z jednoczesną

ochroną pacjentów przed niezwykłymi narządami.

Wsparcie dla lekarzy

W związku z informacjami ujawnionymi przez redakcję Wirtualnej Polski oraz informacjami przekazanymi samorządowi dotyczącymi sytuacji lekarzy pracujących w szpitalu psychiatrycznym w Tworzech Naczelna Izba Lekarska przypomina, że wszyscy lekarze zgłaszający nieprawidłowości w miejscu pracy mogą liczyć na wsparcie prawne samorządu lekarskiego. – Naszym obowiązkiem jest ochrona lekarzy działających w dobrej wierze, w trosce o bezpieczeństwo własne, pacjentów i jakość opieki medycznej – mówi Jakub Kosikowski, rzecznik prasowy NIL. – Lekarz, który ma odwagę mówić o problemach, nie zostanie sam. Zwłaszcza wtedy, gdy walczy nie tylko o siebie, ale i o swoich pacjentów.

Prof. Durlik w Radzie Ekspertów

W Domu Lekarza na warszawskiej Ochocie 22 września odbyła się uroczystość pożegnania profesor Magdaleny Durlik odchodzącej z funkcji kierownika Kliniki Transplantologii, Immunologii, Nefrologii i Chorób Wewnętrznych WUM. Podczas uroczystości podkreślano zarówno bogaty dorobek naukowy, dydaktyczny i organizacyjny profesor, jak i jej zaangażowanie w życie pacjentów oraz wspieranie zespołów medycznych. Jej postawa przez lata wyznaczała najwyższe standardy praktyki klinicznej i pozostaje punktem odniesienia dla całego środowiska lekarskiego. Profesor została powołana do Rady Ekspertów NIL. To wyróżnienie jest wyrazem uznania dla jej dorobku i gwarancją, że jej wiedza i doświadczenie będą nadal służyć całemu środowisku lekarskiemu.

MÓWIĄ O NAS

Zdrowie psychiczne medyków

System, który miał chronić zdrowie, sam staje się dla swoich pracowników źródłem cierpienia – tak prezes NRL Łukasz Jankowski skomentował dla Polskiej Agencji Prasowej nowy raport WHO, według którego jedna trzecia lekarzy i pielęgniarek w Europie deklaruje depresję; na Litwie i w Polsce – blisko 50 proc. Jak zaznaczył Łukasz Jankowski, wyniki badania „to lustro, w które Europa musi w końcu odważyć się spojrzeć”. – Gdy jeden na trzech medyków – lekarzy i pielęgniarek – deklaruje, że ma depresję, a myśli samobójcze są dwukrotnie częstsze niż w populacji ogólnej, nie możemy już mówić o kryzysie jednostek. To kryzys systemu – podkreślił. Jego zdaniem raport musi być impulsem do realnych działań. – Potrzebujemy bezpiecznych grafików, przestrzegania limitów czasu pracy, dostępu do pełnego wsparcia psychologicznego i kultury organizacyjnej, która pozwala przyznać się do słabości bez wstydu. Potrzebujemy systemu, który widzi człowieka nie tylko w pacjencie, ale i w lekarzu – dodał.

Kardiologia pod strzechy

PulsMedycyny.pl przytoczył wypowiedź Klaudiusza Komora, wiceprezesa NRL z panelu poświęconego kardiologii podczas XIX Forum Ekonomicznego w Karpaczu. Zebrani na debacie specjaliści zgodnie przyznali, że badania genetyczne w kardiologii to konieczność. Pacjenci potrzebują ich choćby po to, by mogli być kwalifikowani do programów lekowych. Wiceprezes NRL zadeklarował wsparcie samorządu lekarskiego. – Naszym obowiązkiem jest, by wiedza o genetyce w kardiologii dotarła „pod strzechy”, do każdego lekarza. Samorząd lekarski będzie angażować się w działania edukacyjne i wspierać środowisko kardiologiczne w tym procesie – podkreślił. •

Przygotował Dział Komunikacji NIL

OŚRODEK KSZTAŁCENIA

Zawał serca w miejscu pracy

LUCYNA KRYSIAK
DZIENNIKARKA

Czy zawał serca, który wystąpił podczas wykonywania obowiązków zawodowych, może zostać uznany za wypadek przy pracy? Na to pytanie nie ma prostej odpowiedzi, bo w praktyce granica między chorobą a skutkiem nadzwyczajnego zdarzenia bywa cienka.

Z definicji zawał mięśnia sercowego może zostać uznany za wypadek przy pracy, jeśli zostanie udowodnione, że był wywołany nadzwyczajną, zewnętrzną przyczyną związaną z wykonywanymi obowiązkami, taką jak silny, nadmierny stres, wzburzenie emocjonalne lub przeciążenie fizyczne.

ZEWNĘTRZNA PRZYZCZYNA

Sama praca, nawet wymagająca wysiłku, nie wystarczy do uznania jej za zewnętrzną przyczynę wypadku. Muszą zaistnieć określone, niestandardowe, nieprzewidziane sytuacje, wykraczające poza typowe obciążenia mające istotny wpływ na wystąpienie zawału. Nie ma przy tym znaczenia fakt, że objawy już występowały – ale fakt, że do zaostrzenia doszło w wyniku tych okoliczności.

– Zawał serca w miejscu pracy nie jest czymś rzadkim. Obecnie bardzo duża liczba osób ma problemy z sercem, cierpi na nadciśnienie tętnicze, ma podwyższony poziom cholesterolu, cukrzycę typu 2. Dlatego jest duża potrzeba edukowania lekarzy w zakresie kwalifikacji tego zdarzenia – tłumaczy dr n. med. Ryszard Szozda, kierujący Ośrodkiem ds. Opiniowania Sądowo-Lekarskiego i Orzecznictwa NIL, który poprowadzi konferencję.

STRES, PRZECIĄŻENIE, NADZWYŻAJNE OKOLICZNOŚCI

Dla uznania zawału za wypadek przy pracy kluczowe jest – jak wyjaśnia Ryszard Szozda – wykazanie, że nadzwyczajne warunki lub wydarzenia związane z wykonywaniem pracy miały istotny

i bezpośredni wpływ na jego wystąpienie, a nie wynikały jedynie z naturalnego przebiegu choroby pracownika. Wśród tych wymienią się nadzwyczajne obciążenie. Przykładowo jakieś nadmierne i niestandardowe obciążenie fizyczne lub psychiczne związane z pracą może być uznane za przyczynę zawału, silny, specyficzny stres wywołany jakimś gwałtownym, niezwykle przeżyciem emocjonalnym, które nawarstwiło się w wyniku pracy.

– Bardzo ważna w takich sytuacjach będzie kwalifikacja zawału jako wypadku przy pracy na podstawie indywidualnej oceny całości kształtu okoliczności, wymagająca przeprowadzenia dokładnego postępowania dowodowego. Podczas konferencji przybliżymy szkolącym

się nie tylko zasady orzekania, czy mamy do czynienia z zawałem serca jako wypadkiem przy pracy, czy nie – i to z punktu widzenia biegłego sądowego, ale będziemy chcieli omówić problem na konkretnych przykładach z życia wziętych – zaznacza Ryszard Szozda. I dodaje, że często ta ocena w orzecznictwie jest trudna, ponieważ okoliczności zdarzenia bywają niejednoznaczne i na przykładach łatwiej jest zrozumieć istotę problemu.

PRZYZCZYNY ZEWNĘTRZNE

O tym, kiedy zawał nie będzie wypadkiem przy pracy, decydują przyczyny wewnętrzne, a więc kiedy został wywołany chorobą wieńcową lub innymi schorzeniami, a także w sytuacjach kiedy sama praca wykonywana w normalnych warunkach, nawet jeśli jest obciążająca, nie stanowi zewnętrznej przyczyny wypadku przy pracy, czy też gdy zawał zbiega się z normalnym wykonywaniem obowiązków zawodowych, np. pracy biurowej, ale też fizycznej, np. na budowie.

Do udziału w konferencji organizatorzy zaprosili Jolantę Pietrzak, emerytowaną sędzię Sądu Apelacyjnego w Katowicach, która omówi przypadki zawału mięśnia sercowego jako wypadku przy pracy z punktu widzenia sądu, oraz Ewę Baranowską, psychotraumatolog, która przedstawi problem zawału mięśnia sercowego z punktu widzenia psychologa.

SZKOLENIE DLA LEKARZY

Centralny Ośrodek Badań, Innowacji i Kształcenia COBIK Naczelnej Izby Lekarskiej wraz z Ośrodkiem ds. Opiniowania Sądowo-Lekarskiego i Orzecznictwa NIL zapraszają 19 listopada w godz. 15.00-20.00 na konferencję poświęconą kwalifikacji zawału serca jako wypadku przy pracy lub zdarzenia niemającego związku z wykonywanymi czynnościami zawodowymi. Wydarzenie odbędzie się w formule on-line.

KALENDARZ SZKOLEŃ - LISTOPAD 2025

- 03.11.2025 - CYKL: Wstęp do publikowania – od pomysłu do artykułu Cz. III.
Redakcja i korekta językowa artykułów naukowych.
- 04.11.2025 - CYKL: Wprowadzenie do medycyny wojskowej i systemu zabezpieczenia medycznego Cz. III.
- 05.11.2025 - Stany nagłe w gabinecie stomatologicznym - od omdlenia po zatrzymanie krążenia
czyli na co należy się przygotować?
- 06.11.2025 - Marketing placówki medycznej bez naruszania etyki i prawa – co działa naprawdę?
- 07.11.2025 - Czym jest higiena cyfrowa i jak o nią dbać?
- 12.11.2025 - Tajemnica lekarska i rodo – zasady, obowiązki, sytuacje szczególne.
- 14.11.2025 - Podstawy ZUS dla lekarzy.
- 19.11.2025 - CYKL: Wprowadzenie do medycyny wojskowej i systemu zabezpieczenia medycznego Cz. IV.
- 20.11.2025 - Anafilaksja, hipoglikemia i inne stany nagłe w gabinecie stomatologicznym
– zalecenia, postępowanie.
- 21-22.11.2025 - Wprowadzenie do pracy z tomografią stożkową dla stomatologów.
- 24.11.2025 - Odporność psychiczna jako kompetencja przyszłości.
- 28.11.2025 - Sztuczna inteligencja w praktyce lekarskiej - prosto, praktycznie, odpowiedzialnie.

SZKOLENIA ORGANIZOWANE Z PARTNERAMI

- 05.11.2025 - Napady i padaczki odruchowe - czynniki wyzwalające, objawy kliniczne, diagnostyka EEG.
- 06.11.2025 - Żywność, która podlega zgłoszeniu do GIS – suplementy diety i żywność dla określonych grup." Cz. I
- 13.11.2025 - Serce online – cyfrowe EKG w domu pacjenta i w gabinecie.
- 13.11.2025 - Zmiana klimatu a zdrowie publiczne: niezbędne działania adaptacyjne.
- 17.11.2025 - Gdy otyłość zabiera oddech.
- 19.11.2025 - Konferencja: Zawał serca jako wypadek przy pracy.**
- 20.11.2025 - Choroby wątroby – zapobieganie.
- 24.11.2025 - How to Diagnose Oral Cancer as Dentists: Reading the Early Signs.
- 26.11.2025 - Nowoczesne metody leczenia ran przewlekłych: terapie biologiczne i komórkowe,
leczenie ran zakażonych.
- 26.11.2025 - Żywność, która podlega zgłoszeniu do GIS – suplementy diety i żywność dla określonych grup." Cz. II.
- 27.11.2025 - Otyłość, a problemy psychiczne. Lęk, depresja, otyłość – co leczyć najpierw?

WTORKI Z INNOWACJAMI

- 04.11.2025 - Cykl szkoleń Europejska Przestrzeń Danych dotyczących Zdrowia
– pierwotne wykorzystywanie danych.
- 18.11.2025 - Bezpieczniejsze stosowanie farmakoterapii.
- 25.11.2025 - Praktyczny cykliczny przegląd AI dla lekarzy cz.3.

SZKOLENIA STACJONARNE

- 06.11.2025 - Rola pracowników ochrony zdrowia w procedurze Niebieskie Karty
– nawiązanie kontaktu i interwencja w sytuacjach przemocy.
- 27.11.2025 - Budowanie osobistego dobrostanu poprzez zarządzanie stresem.
- 28.11.2025 - Zarządzanie przez rozmowę – praktyczne negocjacje w pracy lekarza.



PO GODZINACH – PODRÓŻE

Harmonia sprzeczności

JAROSŁAW WANECKI

Chiny olśniewają rozmachem i onieśmiałą dyscypliną. W tym kraju nic nie jest oczywiste – piękno bywa maską, tradycja spektaklem, a nowoczesność sceną, na której odgrywa się dawny mit potęgi. Podróż po Państwie Środka to nie tylko spotkanie z kulturą, ale i z samym sobą – z własnym zachwytem i lękiem.



Proste zlecenie relacji z wycieczki do Chin, zorganizowanej przez biuro podróży i bogatej w różnorodne doznania, stanęło przede mną niczym Tama Trzech Przełomów, Wielki Mur i tysiące schodów prowadzących do cywilizacji podbijającej świat. Nic w Państwie Środka nigdy nie było proste, a moja opowieść jest tylko nieudolną próbą literackiej ucieczki od geopolityki. We wspomnieniu z jedwabnych szlaków opiszę zatem aktorskie kreacje, teatralizację życia ulicznego, uparte poszukiwanie korzeni i zacieranie blizn rewolucji kulturalnej.

Nie wszyscy uczestnicy trzytygodniowej wyprawy korzystali z wieczornych fakultetów, które po trudach całonocnej realizacji programu podstawowego pozwalały na zajęcie miejsc wśród miłośników sztuki scenicznej. Opera pekińska okazała się niedostępna, co pociągnęło za sobą wachlarz propozycji alternatywnych, z których najmniej ryzykowną był odpoczynek w hotelowym pokoju. Bo cóż można odszyfrować w widowisku bez znajomości języka? Łącznikiem i magnesem stają się wówczas muzyka, stroje

▲ Chińska Wenecja w Tongli

i oprawa scenograficzna. Dlatego grupa postawiła na musical, którego po usłyszeniu i zobaczeniu na żywo już nie da się zapomnieć mimo lekkich braw tubylców i piknikowego niemal odbioru przedstawienia.

MASKA

Osiedlowy teatr mógłby pomieścić trzy, a może nawet cztery tysiące widzów, ale w poniedziałek musiał zadowolić się zaledwie kilkoma

fot.: J. Wanecki



▲ Tradycyjny wieczór folklorystyczny
połączony z Festiwalem Pierożkowym

► Kaskady wody podczas
musicalu Maska

setkami, które zniknęły w morzu czerwonych foteli. Ogromna scena otoczona ekranami ledowymi pozwoliła docelowo na stworzenie przedstawienia totalnego, z wykorzystaniem najnowszej techniki estradowej. Nie ma w Polsce ani jednego teatru, w którym jest możliwa jednoczesna praca kilku platform hydraulicznych przy zmianie scenerii i błyskawicznym zalaniu basenu z fontannami przez wysoki wodospad. Jeśli dodać kolory prezentacji multimedialnych i strojów, żywe ptaki zdobiące kapelusze Chinek, popisy zespołów tanecznych, które z geometryczną precyzją wykonywały zadania choreograficzne, i solistów śpiewających na miarę broadwayowskich premier, trzeba z uznaniem złożyć ręce do oklasków. Nie było to łatwe, gdy robi się zdjęcia, a ten zakazany w Europie prawami autorskimi proceder jest tam powszechny.

W musicalowej harmonii pojawia się jednak pierwsza sprzeczność. Pod doskonałą fasadą nie ma wielkich treści. Ot, prosta legenda o miłości i rycerskości, zdradzie, odwadze i honorowej śmierci. Maska pozwalająca przetrwać codzienny stan oblężenia, niekończących się kontroli bezpieczeństwa, bajka ku pokrzepieniu

serc i wzmocnienia muru nieufności wobec każdego, kto myli krok ku potędze.

TANG DYNASTY SHOW

Jedwabny szlak w kierunku Europy zaczynał się w jednej z sześciu historycznych stolic Chin – Xi'an. Nieopodal wielomilionowego miasta znajduje się Mauzoleum Pierwszego Cesarza z terakotową armią. Wyruszające się z okopów grobowca naturalnej wysokości figury oficerów, żołnierzy, cywilów, muzyków, medyków i zwierząt z wypalanej gliny turyści oglądają pod dachem hali z balkonami wokół. Hałas, tłok i walka o dobrą miejscówkę do pamiątkowej fotografii nie uświęcają nekropolii ocalonych, których zadaniem jest pomoc w odzyskaniu

władzy cesarskiej w życiu pozagrobowym. W szykach bojowych mierzą się wzrokiem z widownią podziwiającą tysiące odmiennych twarzy, odrestaurowanych zmarszczka po zmarszczce w wielowiekowym marszu na Zachód.

Wieczorem w restauracyjnej sali ze sceną zmęczona zdobywaniem murów, spacerem do Wielkiego Meczetu i pokonaniem schodów Pagody Dzikich Gęsi armia globtroterów ze wszystkich zakątków świata zasiada do uczyty pierożkowej. Festiwal smaków kończy widowisko folklorystyczne i taniec z rękawami. Lekki i harmonijny jak czuły flesz na skrzyżowaniu ulic i niepoahamowany śmiech pozujących do zdjęć, masowo przebranych w stroje swoich przedrewolucyjnych przodków młodych



fot.: J. Wanecki

► Arena cyrkowa
w Szanghaju

Chińczyków. Wszystko na tle zabytków postawionych na nowo.

FENG YAN SAN GUO

Rejs po Jangcy to cichy spokój kajuty z widokiem na wysokie brzegi rzeki, propagandowy jazgot podczas posiłków i doskonała organizacja wycieczek w głąb niezatopionego lądu, kryjącego starożytne miasta duchów, pagód, poetów, cesarzy i amfiteatr ze sceną wodną o powierzchni 3,5 hektara! Takiego spektaklu nie mogłem sobie nawet wyśnić, bo moja wyobraźnia była dotychczas zbyt kameralna.

Nieco ponadgodzinne widowisko na świeżym powietrzu opowiada historię generała Guan Yu – boga wojny epoki Trzech Królestw, którego zna każdy Chińczyk. Legendarny pomysł wysadzenia góry i zalania doliny, w której zebrało się siedem wrogich armii przyszłego Białego Cesarza Liu Beia, miał swój dalszy, gospodarczy ciąg. Wzdłuż Jangcy przymusowo wysiedlono w XX wieku ponad milion ludzi, których miasta, wsie, fabryki, szkoły i szpitale znalazły się na dnie zbiornika wodnego największej i najdroższej hydroelektrowni świata, przesuwając biegun geograficzny Ziemi o 2 centymetry.

Wróć jednak do specjalnie wybudowanego amfiteatru z półobrotowym audytorium, dającego możliwość rozgrywania akcji po



fot.: J. Wanecki

dwóch stronach pleneru, bez wstawiania z miejsc. Konstrukcja pozwoliła na rozmach scen batalistycznych, podwieszenie dekoracji z sadem brzoskwiowym, funkcjonalność kamiennych filarów na środku wodnej tafli, okazały tarasowy pałac, laserowe projekcje, efekty 3D, wybuchy fontann, akrobacje na okrętach i linach, przemarsze wojsk, galop koni i ogniste fajerwerki. Pokaz siły, nie tylko artystycznej, w zawrotnym tempie i magicznym otoczeniu.

WODNE MIASTO

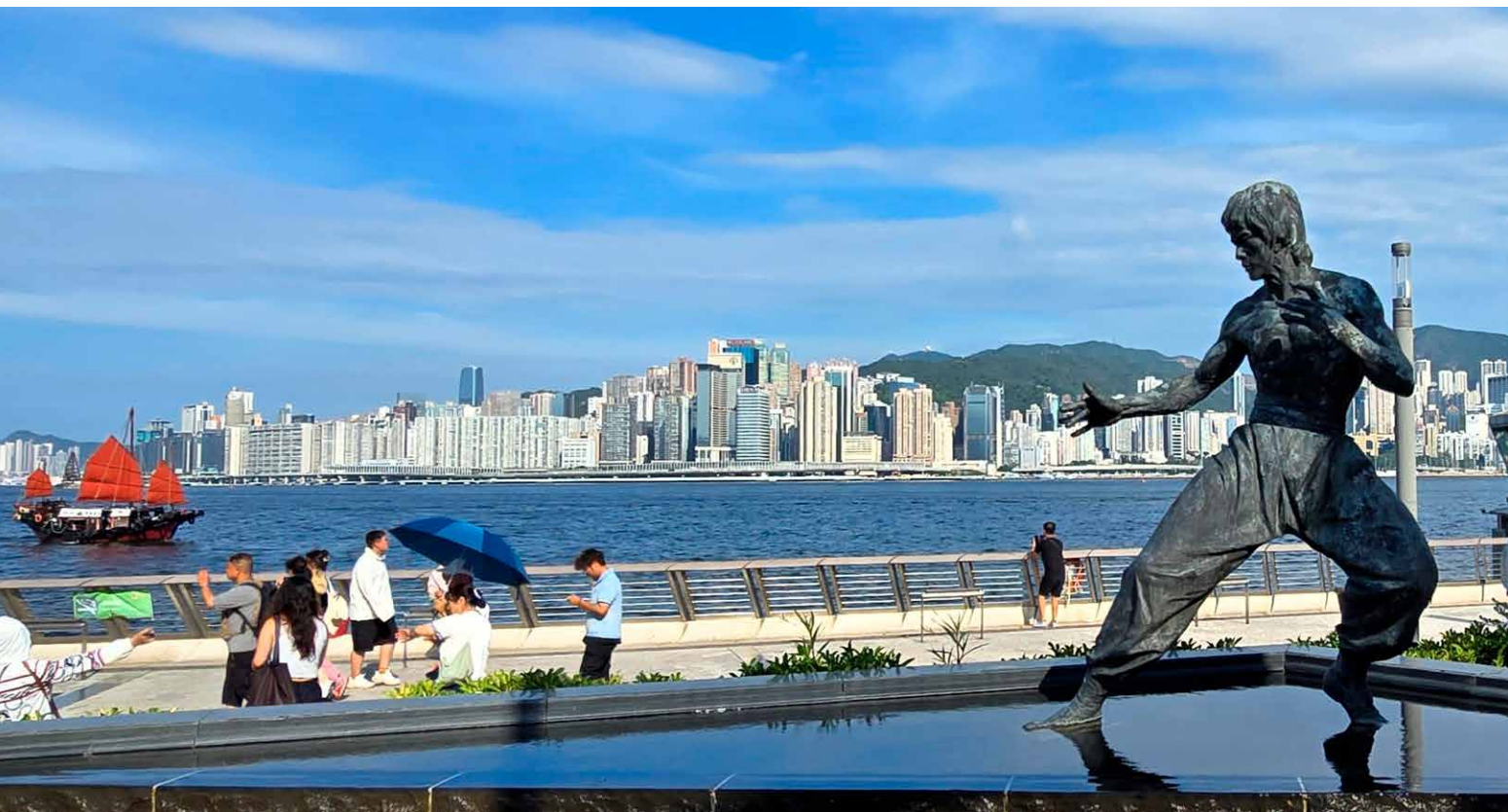
Burza z ulewnym deszczem w Tongli była krótką odmianą podczas upalnych

dni lipcowej wyprawy. W ostatniej chwili gondola dopłynęła do brzegu, pozwalając na zajęcie miejsc wzdłuż kanałów z malowniczymi mostkami. Oto filmowy kadr z łykiem herbaty i kaligrafią planów na przyszłość, rysowanych tuszem na czerwonej serwetce ze złotymi gwiazdkami.

CIRCUS WORLD

Nie pamiętam już, jak dawno temu byłem w cyrku, ale akrobacji w Szanghaju nie można było pominąć.

▼ Bruce Lee
w Hongkongu



► Amfiteatr na wodzie z jednej strony...

Poza jednym numerem z gołębiami był to pokaz wyłącznie ludzkich umiejętności z wykorzystaniem stałej areny i technika, której pod brezentem nie można byłoby raczej zobaczyć. Zapadnie, podnośniki, basen, efekty świetlne i mistrzowska runda ośmiu elektrycznych motocykli jednocześnie w ażurowej kuli zrobiły wrażenie na ponadpółtoratysięcznej publiczności wpatrzonych w ekwilibrystów z zapartym tchem. Każdy ruch był zaplanowany z zegarmistrzowską precyzją i wykonany bez skucy na linach, trapezach, kołach, trampolinach i szarfach. Majstersztyk okupiony ogromną pracą dopełnił szanghajskie zapatrzenia na futurystyczne wieżowce, nowe muzeum starożytnych artefaktów i geniusz aranżacji ogrodu Yuyuan z trzema smokami podkreślającymi harmonię człowieka z naturą.

WYSTRÓJ SALONU GIER

Tandeta Las Vegas na szczęcie nie została w całości przeniesiona do postkolonialnego Makau. Starówka z ulicami w stylu Calçada Portuguesa i spacer od dekoracyjnej fasady ruin kościoła św. Pawła aż do placu Senackiego oddaje klimat Lizbony, kontrastując z rozświetlonymi po zmroku hotelami. Główną ich atrakcją nie



foto.: J. Wanecki

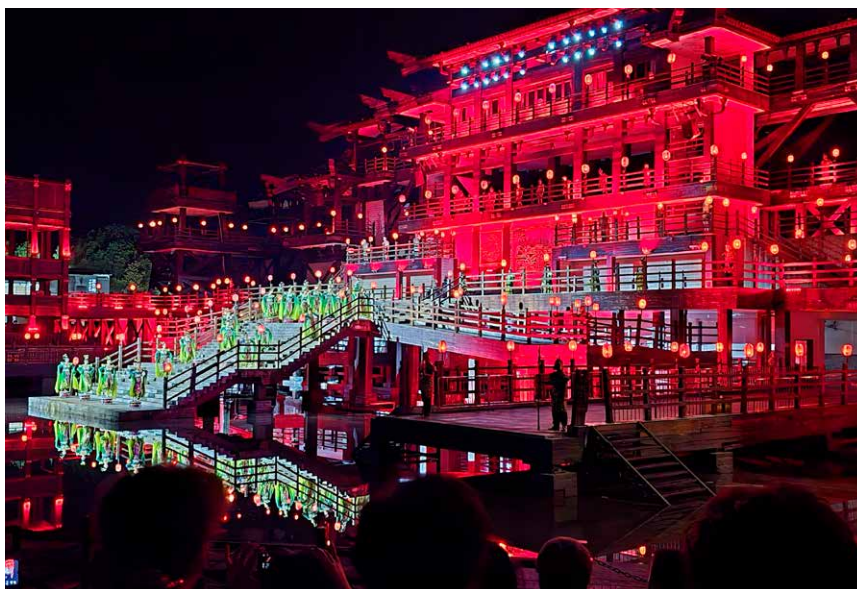


foto.: J. Wanecki

jest wcale B&B, ale przede wszystkim dostęp do gier hazardowych, zakazanych w innych prowincjach Chin. Enklawy ryzyka zaburzeń behawioralnych zaprojektowano z przepychem. Zadaszone scenografie z weneckimi kanałami, paryskim placem Vendôme i londyńskimi budkami telefonicznymi dopełniają repliki europejskich budowli. Ot, choćby wież Eiffla.

WEJŚCIE SMOKA

Spóźnieni na zbiórkę wycieczkowej grupy bieglśmy do pomnika Bruce'a Lee, by podziwiać ikonę kina sztuk walki w alei Gwiazd. Promenada, która ciągnie się wzdłuż Portu Wiktorii, upamiętnia legendy hongkońskiego przemysłu filmowego i przyciąga tysiące ludzi.

Wśród gwaru młodości patrzyłem na panoramę specjalnego regionu

▲ ... a to druga strona obrotowej widowni

administracyjnego Chińskiej Republiki Ludowej i, spacerując między wyciśniętymi w metalu dłońmi aktorów, zrobiłem bilans podróży pełnej sprzecznych komunikatów. W lakowym pudełku z mistycznym feniksem (Fenghuang), symbolizującym harmonię i władzę, zamykam bezpowrotnie zachwyt i lęk, który mogłoby odstraszyć ruchome ramię figurki „kotka szczęścia”, gdyby nie było japońskim gadżetem w chińskim przebraniu. Za maską dobrobytu kryje się nieludzka twarz, a czarujący haft dwustronny mami artystycznym kunsztem detalu i aktualnością zdania sprzed 125 lat, że „Chińczycy trzymają się mocno...”



foto.: J. Wanecki

EPIKRYZA (152)

Traktat o łuskaniu fasoli

Od 40 już lat występuje na scenie zespół Witkacego w Zakopanem. Tylko w tym teatrze niezmiennie w foyer parzona jest dla widzów herbata. A po spektaklu każdy może podać twórcom rękę na pożegnanie. Inwestycja sprzed ponad dekady była skokiem cywilizacyjnym placówki, zmieniając zaplecze techniczne i warunki pracy aktorów.

Od 2012 r. wśród różnych pamiątek teatralnych przechowuję dzwoneczek pasterski, który dostałam od Andrzeja Dziuka podczas uroczystej kolacji z okazji zakończenia kilkuletniego remontu obiektu na Chramcówkach. Dwie setki gości posadzono wówczas przy okrągłych stołach, tocząc niespieszną ucztę i rozmowę, przerywaną aplauzem metalowych dzwoneczków. Zacierające się wspomnienie tamtego wieczoru powróciło, gdy we wrześniu znów stanąłem na placu scenicznego boju i zgodnie z podtytułem dramatu, wisząc na przełęczu retorycznego bezsensu, uwięziony przez fikcję, złudzenia i idee z gruntu fałszywe, poznałem nieznanego mi dotąd, ale obecnego przecież od zawsze w moim życiu, bohatera Witkiewiczowskich prorocत्व Wahazara. Oto absolutny władca kraju, którego granice wyznaczają cały świat przedstawiony. Baśniowy dyktator, prymitywny mistyk i jednocześnie demon uwikłany w medyczne eksperymenty doktora Józefa Rypmanna. Karykatura społeczno-politycznej manipulacji jednostką, której tak łatwo ulegamy, tęskniąc za lepszym życiem. Pan lęków sterujących Prawdą, Wiarą i Historią.

Weekend w Zakopanem oznacza najczęściej nie jedno, ale kilka teatralnych doznań. Dzień za dniem. Także i tym razem w strugach deszczu dotarliśmy następnego wieczoru na Scenę A. Bazakbala, by po zażytej nadprogramowo dawce metafor Wahazara i Macabrescu zanurzyć się w filozoficznych przypowieściach Wiesława Myśliwskiego. Czterdzieści lat wcześniej, uczestnicząc w licealnym konkursie recytatorskim, deklamowałem długie fragmenty jego powieści „Kamień na kamieniu”. Z tym większą ciekawością wróciłem do fraz przewijających

JAROSŁAW WANECKI
PEDIATRA, FELIETONISTA



się w kolejnych dziełach laureata literackiej NIKE, patrząc, jak widownia zasiada do stołów, by łuskać fasolę i słowa.

„Pierwsze światło jest zupełnie inne, niż kiedy się już świeci i tu i tam. I są światła żyjące i światła umarłe. Takie, co tylko świecą, i takie, co pamiętają. Co odpychają i zapraszają. Co patrzą i nie poznają. Co niechby świeciły najjaśniej, a ślepe są. I takie, co ledwo się tlą, a widzą aż po koniec życia. Nie ma dla nich granic, czasu, przestrzeni. Są w stanie przywołać najdawniejszą pamięć, choćby roztrwonioną czy nawet gdy człowiek został z niej wydziedziczony. Pamięć jest takim leącym do nas światłem dawno zgasłej gwiazdy. Tyle że nie zawsze jest w stanie do nas dolecieć za naszego życia. Zależy, z jakiej odległości leci i w jakiej odległości my od niej jesteśmy. Bo to nie są równe odległości. A w ogóle może wszystko jest pamięcią?”

Reżyserka „Traktatu o łuskaniu fasoli” Emilia Nagórka została wyróżniona przez jury 30. Ogólnopolskiego Konkursu na Wystawienie Polskiej Sztuki Współczesnej za adaptację tekstu niedramatycznego. Publiczność zgromadzona wokół zakopiańskiej sceny nagrodziła ją gromkimi i długimi brawami.

Lubimy przecież słuchać o dawnych latach, zatrzymani w biegu codzienności i z różnej perspektywy patrząc na światło, jakie niosą wspomnienia, gdy choć na chwilę oderwiemy wzrok od ekranu smartfona. Niestety, coraz rzadziej rozmawiamy, skracając komunikaty do kliknięć, haseł i filmików, nie raz i nie dwa uznając dyskusję za stratę czasu. Wirtualny świat memów i skrolowanych wiadomości zamienia się w szum, który manipuluje emocjami i przejmując władzę nad myślami. Racjonalnie byłoby wziąć wtedy strąki fasoli i wyłuskać z nasionami wszystkie swoje żale i radości. Ale nie pod przymusem owocowej środy czy innej formuły pseudointegracji na pokaz, maskującej pod benefitami korporacyjne nadużycia, tylko z oddolnej potrzeby budowania wspólnoty, która przede wszystkim jednoczy, a nie wciąż polaryzuje antagonizmami.

W foyer aktorzy ustawili się do pożegnań. W piątek z „Wahazara”, a w sobotę z „Traktatu”. Raz w kostiumie tyranii, drugi w przebraniu człowieczego losu. Inni „tu i tam”. „Co odpychają i zapraszają”.

Z teatralnego muralu Witkacy patrzy na wychodzącą w deszcz frekwencję i pyta: „Co wybieriecie na jutro?”.

PO GODZINACH - KULTURA

Lublin tętniący literaturą

KAZIMIERZ PICHLAK

Tegoroczne spotkanie członków Unii Polskich Pisarzy Lekarzy odbyło się w Lublinie. Odwdzięczył się nam za wybór słoneczną pogodą i babim latem.

Spotkanie otworzył prezes prof. Waldemar Hładki zapaleniem symbolicznego znicza UPPL. No i się zaczęło. Zarząd wprowadził zwyczaj prezentowania osób szczególnych w naszej Unii. W tym roku wybór padł na Majkę Żywicką-Luckner. Powiedzieć, że jest znakomitą poetką, choć i proza nie jest jej obca, to nic nie powiedzieć. Jest niewątpliwie poetką wybitną, a przy tym od lat dobrym duchem naszego środowiska. Z wielką czułością opowiadała o naszej koleżance Kasia Wierzbicka. Agnieszka Kania zaprezentowała pozaliterackie artystyczne zainteresowania Majki, przede wszystkim bardzo sugestywne malarstwo.

Ogromnie ważne było wspomnienie o Monice Szymczakowskiej, tragicznie zmarłej w tym roku naszej koleżance. W słowach Kasi Wierzbickiej o przyjaciółce dominowały ocean dojmującego smutku, niezgoda na to, co się



fot.: archiwum prywatne

▲ Prezentacja osób szczególnych w Unii podczas spotkania w Lublinie

wydarzyło, ale przede wszystkim czasoprzestrzeń wszechogarniającego wzruszenia.

Pierwszy wspólny wieczór to Tekstowisko, poetka rozmowa wszystkich uczestników spotkania. Podczas sympozjum krążył nad nami duch Józefa Czechowicza, najwybitniejszego i najbardziej

znanego poety w historii Lublina. Jego sylwetkę przedstawił prof. Hładki podczas inauguracji sympozjum. W sobotę odwiedziliśmy na lubelskiej Starówce muzeum tego twórcy. Niezwykle ciekawy poeta, ale też tłumacz, redaktor, animator życia literackiego.

Drugi wieczór sympozjum to warsztaty literackie. Nasze utwory poddawane publicznej wiwiesekcji prowadzonej brawurowo i bezkompromisowo przez krytyczkę literacką Agnieszkę Harasymowicz i Majkę Żywicką-Luckner. To bezcenny uniwersytet dla piszących. Podczas niedzielnego śniadania kończącego sympozjum dominował jeden głos: szkoda, że tak krótko. ●

Waldku, ogromnie dziękujemy! UPPL za rok będzie obchodzić 60-lecie.

Korzenie zapuszczone w Orońsku

Malownicze Centrum Rzeźby Polskiej w Orońsku było gospodarzem wrześniowego XI Pleneru Ceramiki. Program obfitował w artystyczne wydarzenia: od pracy w różnych technikach ceramicznych, przez widowiskowy wypał raku, aż po pokaz odlewania brązu w giserni. Uczestnicy podziwiali wystawy fotografii Małgorzaty Potockiej i rzeźby drewnianej Henryka Sikory, a także ekspozycję lekárką w Domu Rzeźbiarza. Artystycznym dziedzictwem spotkania stał się Dąb Hipokratesa, posadzony przez uczestników na terenie parku. Inicjatywa została z uznaniem przyjęta przez kierownictwo Centrum. Warsztaty zakończył wernisaż. ●

Stanisław Mysiak, komisarz pleneru



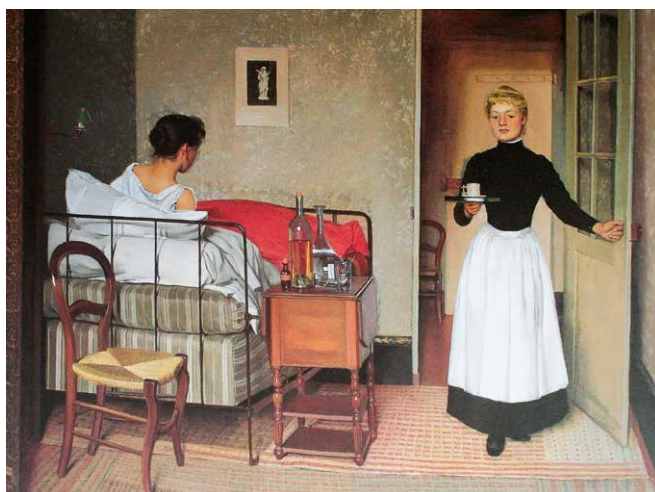
fot.: archiwum OKIDH NIL

◀Widowiskowy wypał raku

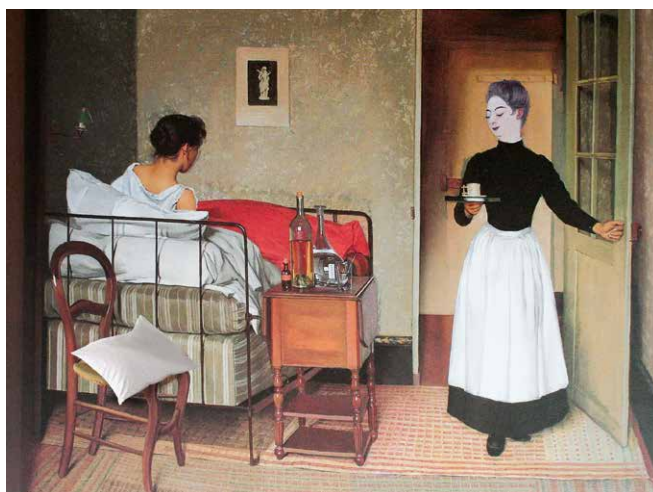
PO GODZINACH – BŁĄD MALARSKI

W punkt

Szwajcarskie lotniska zawsze wywołują we mnie niepokój. W długich korytarzach prowadzących do wyjścia z plakatów patrzą szczęśliwi starcy, którzy mądrze zainwestowali w fundusze emerytalne, albo młodzi i piękni, których czas odmierzają rolexy. Otoczenie skłania do ewaluacji bardziej chaotycznych wyborów, a mnie do myślenia o Feliksie Vallottonie: mistrzu precyzji.



Obraz: Félix Vallotton, „Chora”, 1892 r.



AGATA MORKA
DOKTOR HISTORII SZTUKI

Cicha scena rozgrywająca się we wnętrzu, czyli „Chora” z 1892 r. Na łóżku wsparta na poduszce siedzi chora kobieta. Do jej pokoju właśnie weszła służąca z tacą, na której niesie filiżankę. Na stoliku nocnym zgromadzone są różnego rodzaju butelki i fiolki, sugerując powagę i przewlekłość choroby. Jednak Vallotton odmawia nam spojrzenia w oczy tytułowej chorej; ustawił ją w ten sposób, że widz patrzy na jej plecy i szyję, na którą opadają kosmyki ciemnych włosów. Malarz pozwala nam patrzeć zaledwie na zarys jej twarzy. Przechylenie ramion potwierdza słabość kobiety, zaś ustawienie jej głowy wskazywać może, że patrzy na wchodzącą służącą.

Ta jednak nie odwzajemnia jej spojrzenia, być może bardziej jest skupiona na utrzymaniu równowagi między jedną

dłonią podpierającą tacę a drugą otwierającą drzwi. Wnętrze, utrzymane w przytłumionych beżach, brązach i zieleniach, z tapetami we wzorek i gromadzącymi kurz dywanami, zdaje się odzwierciedlać stan chorej.

Prawdę mówiąc, byłby to dość nudny, przykurzony obraz, gdyby nie fenomenalnie precyzyjne użycie koloru, tak charakterystyczne dla Vallottona. Wzorzystym beżobrazom przeciwstawia trzy płaskie, nasycone plamy kolorystyczne: czerń sukienki służącej kontrastującą



z białym fartuchem i wibrującą życiem czerwień koca na łóżku chorej. Nudna scena nagle nabiera dramatyzmu. W tym dusznym wnętrzu czai się życie: zmaganie z chorobą, w którym pomaga niemalże posągowa czarno-biała służąca, podobna do anioła z obrazu na ścianie nad głową chorej.

Vallotton z wyrafinowaną precyzją trafia w punkt. Jego odważne decyzje kolorystyczne chwytają zaś to, co często ucieka precyzyjnym pomiarom: ulotny, wielowymiarowy nastrój.

Rozwiązanie zagadki z „GL” 10/2025

Szczegóły różniące obrazy:

1. Usunięcie czarnych kresek z nóg kobiety.

Czarne kreski to według jednego z opisów podobnej figury de Saint Phalle czarne kabaretki. Jej kobiety często je noszą.

2. Dodanie koloru do napisu.

Niki często używała w swoich pracach tekstu z charakterystyczną, figlarną czcionką, niekiedy z kolorowymi literami.

3. Zmiana koszuli mężczyzny z pasiastej na całą czarną.

Niki była mistrzynią łączenia wzorów i kolorów. Pasy, kraty, kropki i zawijasy składały się na jej unikatowy język.

4. Dodanie gwiazd na niebie.

W twórczości Niki często można napotkać gwiazdzone nieba, zatem obecność gwiazd i w tym przypadku nie byłaby nieuzasadniona.



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

WSKAŹ ORYGINAŁ I ZNAJDŹ CZTERY SZCZEGÓŁY RÓŻNIĄCE OBRAZY.

Odpowiedź prześlij na bladmalarski@gazetalekarska.pl do 19 listopada 2025 r.

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

NAGRODZENI „GL” 10/2025

Voucher do Hotelu Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje Marika Bazyluk (Białystok)

Nagrody dodatkowe: Sylwia Kucia-Kuźma (Będzin), Bartłomiej Siuzdak (Łańcut), Jakub Bazarewicz (Białystok)

Dla jednej z osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi

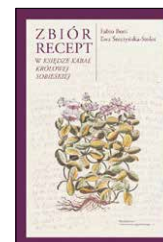
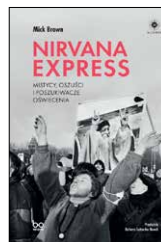
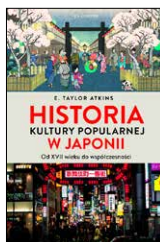
★★★★
HOTEL PREZYDENT
MEDICAL SPA & WELLNESS
HOTEL PRZYJAZNY DOROSŁYM

 WYDAWNICTWO
UNIwersYTETU
JAGIELLOŃSKIEGO
www.wuj.pl

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

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

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



KLAUZULA INFORMACYJNA

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

Od redakcji

W poprzednim numerze „Gazety Lekarskiej” w materiale „Przychodzi wena do lekarza” doszło do niefortunnej pomyłki – zamieniona została praca dwóch laureatów. Stało się tak w wyniku błędnych informacji przekazanych redakcji. Z pełnym szacunkiem dla autorów i konkursu publikujemy poniżej właściwe utwory we właściwym przyporządkowaniu. Serdecznie przepraszamy autorów oraz czytelników za tę nieścisłość.

PO GODZINACH – PROZA

MACIEJ ADAMIEC

fot.: materiały prasowe



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

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

Notatki z niewydarzeń (wybrane fragmenty)

Poniedziałek. Kiedyś.

Metaliczny głos wypełnił wnętrze namiotu.

– Translation activated. Witamy w punkcie medycznym. Czym możemy pomóc? Mobilny punkt misji medycznej WHO. Szansa na pomoc w miejscu, w którym ostatnio widziany medyk nosił kolonialny mundur. Nie licząc mnie, rzecz jasna, ale ja się nie liczę. Jestem tu tylko na wakacjach.

– Od kilku dni boli mnie brzuch. Cały – stęknąłem, tłumiąc odbicie. – Mam gorączkę, dreszcze i biegunkę. Możemy sobie darować dalszy wywiad? Jestem lekarzem, wiem, co mi dolega. Potrzebuję antybiotyków.

– Rozumiem. Badanie przebiega standardowo i nie przewiduje różnic z uwagi na rasę, płeć, wiek czy status społeczny. Proszę potwierdzić objawy, dotykając odpowiednich ilustracji na monitorze.

Poddałem się. Głos zadał mi jeszcze kilka pytań. Chłodna bryza generowana przez solarny klimatyzator omiatała ściany namiotu wykonane z zaawansowanych technicznie włókien. Mimo to byłem spocony. Lekarstwa miałem w apteczce, ale ta przepadła wraz z połową bagażu w jednym z tanich hoteli. Zachciało mi się egzotycznych wakacji, to mam.

Asystująca w procedurze młoda kobieta oderwała wzrok od ekranu laptopa. Wskazała ręką sfatygowaną kozetkę. Po chwili na moim obnażonym torsie i brzuchu leży żelowy moduł diagnostyczny, połączony z centralną jednostką pękiem przewodów.

– Analiza rozpoczęta. Proszę pozostać w bezruchu i spokojnie oddychać. Wyniki dostępne za trzy, dwie, jedną... Analiza zakończona. Ryzyko wystąpienia choroby wymagającej interwencji chirurgicznej określono jako... minimalne. Rozpoznanie statystycznie najbardziej prawdopodobne: nieżyt żołądkowo-jelitowy wywołany przez... infekcję bakteryjną. Proszę odebrać wydruk z analizatora i zeskanować kod w aplikacji. Najbliższy punkt zaopatrzenia farmaceutycznego znajduje się w odległości... trzech kilometrów. Po zeskanowaniu kodu parametry trasy zostaną wprowadzone automatycznie. W aplikacji znajdzie pan informację o dawkowaniu leków. Proszę odebrać swój zestaw leków w ciągu dwunastu godzin. To wszystko, dziękuję.

A więc nie mam choroby wymagającej interwencji chirurgicznej? Wiedziałem, ale... Mimo wszystko miło to usłyszeć. Gdybym cierpiał na zapalenie pęcherzyka żółciowego, otrzymałbym antybiotyk i leki przeciwbólowe, a terenowy samochód w ciągu kilkunastu godzin dostarczyłby mnie do szpitala.

Przychodzi
wena
do lekarza

Ogólnopolski Konkurs Literacki
im. Prof. Andrzeja Szczeklika



PO GODZINACH – PROZA

KATARZYNA WIERZBICKA



fot.: materiały prasowe

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

Urodziła się i mieszka w Otwocku. Ukończyła II Wydział Lekarski Akademii Medycznej w Warszawie. Jest specjalistką z dziedziny chorób wewnętrznych. Doświadczenie zawodowe zdobywała w Szpitalu Powiatowym w Otwocku, pracując na oddziale chorób wewnętrznych oraz na izbie przyjęć. Od kilkunastu lat pracuje w przychodni podstawowej opieki zdrowotnej oraz w domu opieki. Wolny czas lubi spędzać z rodziną, spacerując po lesie. Nie wyobraża sobie życia bez książek, muzyki klasycznej i teatru. Ostatnio po pracy uspokaja myśli, wyszywając haftem krzyżykowym. Kolekcjonuje zdjęcia drzew i anioły. Należy do Unii Polskich Pisarzy Lekarzy. Wielokrotna laureatka konkursu „Przychodzi wena do lekarza” w kategoriach poezja i proza. Dwukrotnie nagradzana w konkursie „O złote pióro Asklepiosa” oraz w XIV Ogólnopolskim Konkursie Poetycko-Prozatorskim „Puls Słowa” w 2023 r. w kategorii poezja. Próby pisania wierszy podejmowała jeszcze na studiach, w okresie długiej rekonwalescencji po ciężkim wypadku samochodowym. W 2024 r. ukazał się jej debiutancki tomik wierszy „Otulona ciszą”.

Pióro

(wybrane fragmenty)

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

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

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

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

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

Przychodzi
wena
do lekarza

Ogólnopolski Konkurs Literacki
im. Prof. Andrzeja Szczeklika



Jak uleczyć niewidzialne rany

W świecie, w którym dzieci coraz częściej zmagają się z przeciżeniem emocjonalnym, a słowo „trauma” zyskało niepokojącą powszechność, książka Melissy Goldberg Mintz staje się nie tylko potrzebną, ale wręcz niezbędną lekturą dla rodziców, nauczycieli i terapeutów. Autorka, doświadczona psychoterapeutka zajmująca się zaburzeniami przywiązania i skutkami traumy, prowadzi czytelnika przez złożony proces rozumienia tego, co dzieje się w psychice dziecka, które doznało wstrząsającego doświadczenia.

To, co wyróżnia tę publikację, to połączenie solidnej wiedzy psychologicznej z głęboką empatią. Autorka nie moralizuje i nie podsuwa gotowych recept, lecz krok po kroku uczy, jak towarzyszyć dziecku w jego bólu z cierpliwością, uważnością i miłością. Pokazuje, że kluczem

do uzdrowienia nie są spektakularne działania terapeutyczne, lecz relacja: uważna obecność dorosłego, który daje dziecku poczucie bezpieczeństwa i akceptacji.

Książka nie ogranicza się do opisu problemu. To również przewodnik po praktycznych strategiach wsparcia, który pokazuje, jak rodzice mogą współpracować z terapeutami i jak budować środowisko sprzyjające zdrowieniu. To pozycja, która daje nadzieję. Przypomina, że nawet po najbardziej bolesnych doświadczeniach możliwe jest odbudowanie poczucia bezpieczeństwa i radości życia zarówno u dziecka, jak i u jego opiekunów. To książka, do której warto wracać, ilekroć świat dziecka wydaje się zbyt kruchy, a dorosły bezradny wobec jego cierpienia.

awa



▲ Melissa Goldberg Mintz
„Trauma u twojego dziecka”
Wydawnictwo Uniwersytetu
Jagiellońskiego

W obronie dobrego imienia



▲ Anna Wszolek
„Ochrona prawna dobrego imienia
i czci wewnętrznej lekarza”
Wydawnictwo Uniwersytetu
Jagiellońskiego

W dobie rosnącej liczby skarg składanych przeciwko lekarzom, często także bez wystarczających podstaw medycznych, pytanie o granice odpowiedzialności i ochronę czci osób wykonujących zawód zaufania publicznego nabiera szczególnego znaczenia. Monografia dr Anny Wszolek stanowi pierwsze w polskiej literaturze prawniczej tak całościowe opracowanie poświęcone ochronie dobrego imienia lekarza w sytuacji postawienia mu nieprawdziwego zarzutu błędu medycznego – zarówno w postępowaniu cywilnym lub karnym, jak i w przestrzeni publicznej, w tym w mediach i internecie.

Autorka z niezwykłą precyzją analizuje instrumenty prawne, które mają chronić le-

karza przed bezpodstawnymi oskarżeniami, a zarazem wskazuje na ograniczenia obowiązujących regulacji. W centrum jej uwagi znajduje się nie tylko „część zewnętrzna” – czyli reputacja zawodowa i społeczna – ale także „część wewnętrzna”, rozumiana jako poczucie własnej godności i zawodowej tożsamości. To rozróżnienie nadaje publikacji wymiar nie tylko prawny, lecz także etyczny i psychologiczny.

To książka, która pokazuje, że ochrona prawna lekarza nie jest przywilejem, lecz niezbędnym elementem zachowania równowagi w relacji pacjent – medyk, równowagi, na której opiera się cały system opieki zdrowotnej.

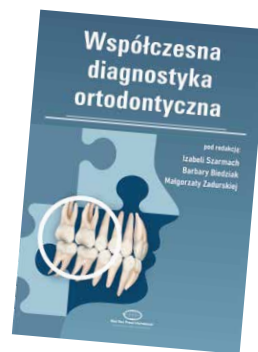
awa

Ortodoncja bez tajemnic

Na ponad 300 stronach publikacji znajdziemy usystematyzowaną i opartą na aktualnym piśmiennictwie wiedzę na temat diagnostyki ortodontycznej. Przedstawiane w opracowaniu informacje zobrazowano dodatkowo ilustracjami, zdjęciami rentgenowskimi, schematami oraz ankietami stosowanymi w badaniach. Publikacja została podzielona na trzy rozdziały, z czego szeroko potraktowano zagadnienia związane z badaniem

ortodontycznym, obejmujące m.in. analizę rysów twarzy, badanie czynnościowe narządu żucia, modele diagnostyczne łuków zębowych, a także diagnostykę radiologiczną w ortodontacji, w tym analizę cefalometryczną teleradiogramu w projekcji bocznej i tylnoprzódniej (PA). Osobny, obszerny rozdział poświęcono diagnostyce opartej na relacjach zębowych oraz nieprawidłowościom zgryzowym.

LS



▲ „Współczesna diagnostyka ortodontyczna”
Pod redakcją Izabeli Szarmach, Barbary
Biedziak, Małgorzaty Zadurskiej
Wydawnictwo Med Tour Press International

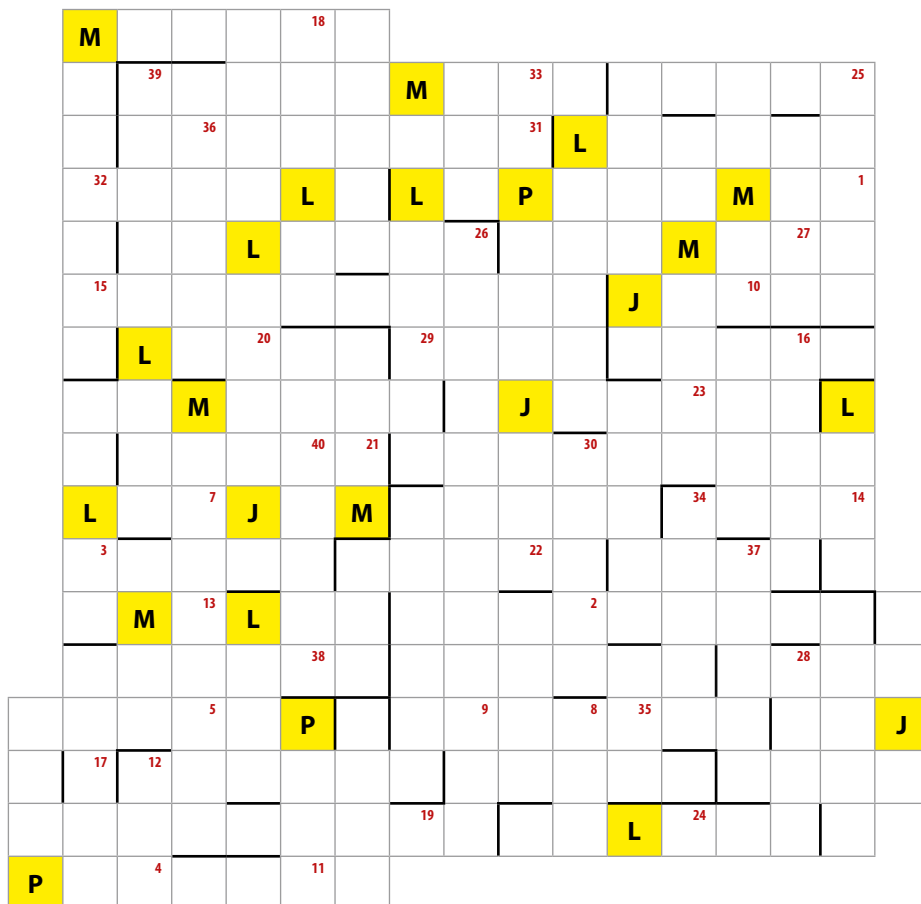
Ogłoszenia

JOLKA LEKARSKA 309



Wydawnictwo Lekarskie PZWL
to specjaliści, wiedza i zaangażowanie.

PZWL



Objaśnienia 75 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: G, K i L.

Na ponumerowanych polach ukryto 38 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to myśl Alberta Schweitzera, alzackiego lekarza, noblisty. Hasło należy przysłać na kartce pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres: jolka@gazetalekarska.pl do 19 listopada 2025 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań wyłonimy laureatów, którzy otrzymają nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).

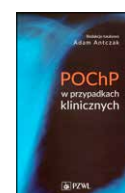
* brąz lub stal * ubytki w polu widzenia * kwiatostan kukurydzy * nogi zająca * z cukru i kakao * muzułmański władca * wielka ciężarówka * pod szklwym zębą * najdłuższa rzeka Kanady * leczenie za pomocą pary * turystyczne miasto pod Mechem * chirurg układu moczowego * stolica Ziemi Ognistej * zabila pana * miasto francuskiej kapitulacji w 1870 r. * Wieczne Miasto * pojemnik na benzynę * z Nocami * między niobem a technetem * drzewko wyrosłe z nasienia * opłata graniczna * nauka o hałasie gazu z silnika * wielki mówca, uczeń Isokratesa * po sierpnie * uczulenie organizmu * czeski Ursus * dobrem zwyciężaj * nakręcił „Misia” * perski chordefon szarpany * stolica wschodnich Mazur * jolopy, głupcy * walka, bitwa * kmin rzymski * wieś pod Kostrzynem ze stądną koni * rzucane na tacę * chirurgiczne jak katgut * wenecka na sznury * na głosy i prochy * imię sławnej gimnastyczki Comaneci * soczewka (łac.) * droga, gościniec * grecka Ziemia-Matka * Eriksson, król Norwegii

i Szwecji * z białymi kwiatami, o odorującym zapachu * grzbietowa część tuszy * zagłębienia na korzenie zębów * między ładem a lido * wyszła lzy z oczu * opiodowy lek przeciwbiegunkowy * stolica Szlezwiaka-Holsztynu * zakonnicy, pustelnicy * Królewiec przed 1945 r. * kraina z Chios i Efezem * odcień błękitu * trzy za Odrą * imię Dymaszówny * buty żołnierza * Prąd Kurylski * strzechy * farsz * region nad Tybrem * strzelanie do rzutków * stolica RFN przed upadkiem muru * główna dolina Libanu * piersi * miała prapremię w Kairze w 1871 r. * wrodzony brak kończyn * konwojent, ochroniarz * wysięk po urazie * Tuesday * etap, część gry * thrombus * wieś w Azji Środkowej * Eden * stolica Albanii * rzeka triumfu Tatarów z 1223 r. * pseudonim Śiedzikówny * zabezpieczenie okna * pieśń na Boże Narodzenie * krwiozercze w Amazonce

Rozwiązanie jolki lekarskiej 307 Najszybciej starze się wdzięczność

Nagrody otrzymują:
Karolina Żółkiewska (Warszawa), Aleksander Aleksiejew (Olsztyn), Wanda Kruszewska-Sliwińska (Warszawa), Lucyna Petryk (Gdynia), Alicja Walkowicz (Kłodzko)

Fundatorem nagród jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL, www.pzwl.pl. Nagrody prześlemy pocztą. Klauzula informacyjna na str. 75/ Regulamin konkursu dostępny na www.gazetalekarska.pl



WYDAWCA

NIL

Naczelna
Izba Lekarska

Gazeta Lekarska dla członków
izb lekarskich bezpłatna

Nakład: 42 510 egz.

Kolegium redakcyjne

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

Redakcja

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

Dyżur telefoniczny w każdy wtorek w godz. 10.00-14.00

Poza tym terminem prosimy
kontaktować się mailowo:
redakcja@gazetalekarska.pl

Piotr Kościelniak

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

Anna Wojda

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

Lidia Sulikowska

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

Mariusz Tomczak

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

Sylwia Wamej

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

Reklama i ogłoszenia

Agata Bryk
ogloszenia@gazetalekarska.pl

Stale z nami współpracują

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

Projekt, projekt okładek

Michał Trusz

Skład

Montownia/Teresa Urawska

Druk

Eurodruk-Poznań Sp. z o.o.

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

Materiałów niezamówionych redakcja nie zwraca i zastrzega sobie prawo do skróć, adaptacji, zmiany tytułów. Redakcja nie odpowiada za treść reklam i ogłoszeń. Autorów prosimy o przysyłanie tekstów zapisanych na CD, e-mail w edytorze pracującym w środowisku Windows. Publikacja ta przeznaczona jest tylko dla osób uprawnionych do wystawiania recept oraz osób prowadzących obrót produktami leczniczymi w rozumieniu przepisów ustawy z 6 września 2011 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz.U. nr 126, poz. 1381, z późn. zmianami i rozporządzeniami).

Jerzy Badowski

