

WAŻNY TEMAT: BOHATEROWIE W SZPITALU

12|2023 — 1|2024

ISSN 0867-2164

GAZETA

L E K A R S K A

PISMO IZB
LEKARSKICH



CUD
ROZ
WOJU
MEDY
CYNY

Wśród polityków brakuje śmiałka

ŁUKASZ JANKOWSKI
PREZES NACZELNEJ RADY
LEKARSKIEJ



W nowy rok wchodzimy pełni nadziei na rozwiązanie najbardziej palących problemów polskiej ochrony zdrowia, a więc na zwiększenie nakładów na nią, a także wejście w życie systemu *no fault* oraz naprawę kształcenia medycznego, o co walczymy od początku obecnej kadencji Samorządu Lekarskiego. Niestety, nastrój radosnego wyczekiwania psuje fakt, że politycy dotychczasowej opozycji, którym najpewniej przypadnie misja tworzenia nowego rządu, wciąż nie mogą znaleźć właściwego kandydata na stanowisko ministra zdrowia.

Okazuje się, że wśród polityków brakuje śmiałka, który podjąłby się trudnego, ale bardzo potrzebnego zadania poprawy stanu opieki zdrowotnej nad Polakami. Od tygodni słyszymy, że nikt nie chce wziąć Ministerstwa Zdrowia, bo to najtrudniejsze ministerstwo. W przestrzeni medialnej padają takie określenia jak „ministerstwo porażek” czy nawet „gorący kartofel”. To niepokojąca percepcja obszaru, w którym działamy. Percepcja, która zaczyna już nas – lekarzy i lekarki – zwyczajnie denerwować.

Odpowiedzialni decydenci staraliby się mówić coś zupełnie

odwrotnego. Dlaczego nie padają słowa: „Ponieważ wiemy, że zdrowie jest najważniejsze, a Ministerstwo Zdrowia i zdrowie jako obszar zarządzania krajem są w ciężkiej sytuacji, to skupimy się na nich najbardziej. Szukamy najlepszych specjalistów, dołożymy ogromnych starań, by sytuacja w zdrowiu poprawiła się

Na stanowisko ministra zdrowia jest „łapanka”, bo nikt resortu określanego mianem „zgniłego jaja” nie chce

jak najszybciej. Wybrany przez nas minister otrzyma wszelkie możliwości działania i wsparcie polityczne w koniecznych reformach wypracowywanych z interesariuszami”? Brzmi lepiej? Takiego komunikatu oczekujemy. A zaraz za komunikatem szybkich działań.

Zamiast tego słyszymy, że na stanowisko ministra zdrowia jest „łapanka”, bo nikt resortu określanego mianem „zgniłego jaja” nie chce. Przecież jest to po prostu niepoważne. Politycy

przerzucają się odpowiedzialnością za zdrowie jak gorącym kartoflem, zapominając, że właściwą odpowiedzialność przed pacjentem każdego dnia ponosimy my, lekarze. I to systemowe „zgniłe jajo” to nasza przestrzeń wieloletniej często pracy.

Piszę te słowa w nadziei, że do czasu ogłoszenia składu nowego rządu znajdzie się jednak czas na refleksję i wolę polityczną, tak by poprawić losy pacjentów i lekarzy, a klasa polityczna, w przeszłości często zaangażowana w ataki na naszą grupę zawodową i pouczająca nas w przestrzeni publicznej dla doraźnych, krótkoterminowych celów politycznych, przestanie ostentacyjnie pokazywać Polakom, jak lekceważył sobie ochronę zdrowia.

Składając Państwu życzenia ciepłych, rodzinnych i spokojnych Świąt Bożego Narodzenia i szczęśliwego Nowego Roku 2024, życzę nam także spełnienia postulatów Samorządu Lekarskiego, tak byśmy mogli wykonywać Nasz Zawód ze spokojem i bez strachu o bezpieczeństwo zarówno pacjentów, jak i nas samych!

- 3 **Wśród polityków brakuje śmiałka**
Łukasz Jankowski
- 6 **Nadzieje i oczekiwania**
Klaudiusz Komor

TEMAT NUMERU

- 7 **Cud rozwoju medycyny**
Wiele zdarzeń, które kiedyś można było interpretować jako cuda, dzisiaj tłumaczymy racjonalnie, a nie metafizycznie. Co nie znaczy, że nie będzie przypadków, które uznamy za cuda.

AKTUALNOŚCI

- 11 **Zdrowie: rządowy gorący kartofel**
Resort zdrowia czeka na mitycznego Herkulesa. Kogoś, kto zna system i nie będzie się musiał go uczyć po objęciu teki ministra. Kandydatów jednak brakuje.

WAŻNE SPRAWY

- 16 **Doktor Radość odwiedza szpital**
Pojawiają się na dziecięcych oddziałach. Leczą, bawiąc, czarując i doprowadzając do śmiechu.
- 20 **Gorzkie pigułki w raporcie OECD**

PRAWO I MEDYCYNĄ

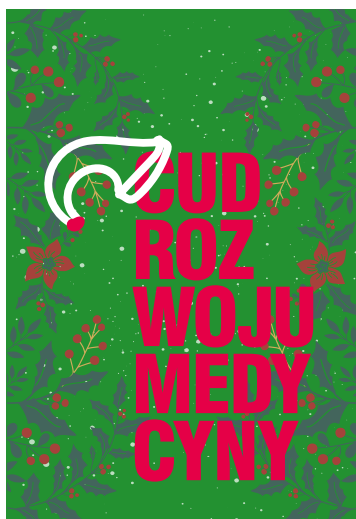
- 24 **Zawód zaufania publicznego zobowiązuje**
- 25 **Trudne decyzje: leczenie bez zgody**
- 26 **Rezydentura – szczególnie rodzaj umowy o pracę**

PODATKI I FINANSE

- 28 **Ordynator ma prawo do 14-proc. stawki ryczałtu**
- 29 **Lekarze pytają, redakcja odpowiada**
Fiskus restrykcyjnie interpretuje przepisy, a to powoduje, że czasami nawet drobny błąd formalny może nas pozbawić preferencji podatkowej.

PRAKTYKA LEKARSKA

- 30 **Zdrowie zaczyna się w jamie ustnej**
Paweł Barucha



TEMAT NUMERU strony 7-10

Wiara, że się uda, to bardzo ważny element każdej terapii. Najgorzej mają się ci, którzy się poddadzą na samym początku

- 30 **Sztuczna inteligencja w służbie dentystów**
- 32 **Gdy dziecko nie rośnie, a dorosłemu brakuje sił**
- 36 **Jedno zdrowie – zdrowie Polaków!**
- 38 **Alfred Nobel byłby zadowolony**
- 42 **Wesołych Świąt i szczęśliwego przeszczepienia wątroby!**
Mariusz Politowicz
- 43 **Niepokorne wątroba, trzustka i jelita**
- 46 **Jak rozkodować drugiego człowieka**
Anna Gołębicka
- 47 **Walka o życie i zdrowie jest doceniana**
- 50 **Czy lubisz być lekarzem?**
Jakub Sieczko
- 52 **Naszym celem jest pomoc**
- 53 **Różne scenariusze**
- 58 **Potrzebne szkolenia z alergologii**
- 60 **Ze świata**

SAMORZĄD ZAWODOWY

- 62 **Nie zatrudniajmy się na uczelniach z negatywną opinią**
Jakub Kosikowski
- 62 **O tym się mówi**
- 64 **Dane medyczne potrzebują regulacji**
- 66 **Produkt i dobry zespół – klucz do sukcesu**
- 67 **W grupie siła**
Artur Drobniak

PO GODZINACH

- 68 **Podróże – Czy wierzysz w św. Mikołaja?**
Grudzień to wymarzona pora na wyprawę do krainy biskupa Mikołaja, który urodził się, żył i umarł na wybrzeżu Morza Śródziemnego, w Myrze.
- 71 **Lekkoduch**
Jarosław Wanecki
- 72 **Błąd malarski – Nie wypadła Mona Liza zinterpretowano na każdy możliwy sposób. A jeśli spojrzeć na tę kobietę jak na podmiot medyczny?**
- 74 **Przychodzi wena do lekarza**
- 76 **Czytelnia**
- 78 **Ogłoszenia**
- 82 **Jolka lekarska**



ZMIENIA SIĘ DLA CZYTELNIKÓW

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

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

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

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

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

TO ZAJMIE TYLKO 1 MINUTĘ

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

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



JEDNYM GŁOSEM

Nadzieje i oczekiwania

Popularne polskie powiedzenie mówi, że zdrowie jest najważniejsze. Trudno się z nim nie zgodzić, chociaż, patrząc na kilkanaście ostatnich lat, wydaje się, że kolejne rządy nie do końca o tym pamiętały.

Lista nawarstwiających się zaniedbań, rosnące długi szpitali, niedobór lekarzy specjalistów powodujący zamykanie kolejnych oddziałów szpitalnych i brak przejrzystych uregulowań prawnych to tylko wierzchołek góry lodowej niedostatków naszego systemu ochrony zdrowia. Kolejni ministrowie zdrowia przychodzili i odchodzili, czasami próbowali wprowadzać własne, lepsze lub gorsze, pomysły na reformę systemu, czasami tylko balansowali na cienkiej granicy wydolności systemu.

W efekcie mamy obecnie system niedofinansowany w porównaniu z innymi krajami Unii Europejskiej, bez jasnego modelu działania i sprawiedliwych reguł finansowych. Oparty na pracownikach medycznych i niemedycznych i mogący jakoś działać tylko dzięki nim. I tak jakoś to wszystko trwało, a pacjentom i medykom zostawało tylko narzekać i liczyć na zmiany. Wydaje się, że przez te lata zabrakło najważniejszego elementu – nikt z decydentów nie próbował skorzystać z doświadczenia i wiedzy samorządów zawodów medycznych, czyli tych, którzy o systemie wiedzą najwięcej i znają go praktycznie od podszewki – w nim przecież zaczęli swoją pracę i w nim nadal pracują.

Zwłaszcza samorząd lekarski – szczególnie w ostatnim okresie – wielokrotnie sygnalizował i wskazywał największe niedociągnięcia w przyjmowanych na predece projektach ustaw. Zabieraliśmy głos praktycznie we wszystkich istotnych sprawach, takich jak jakość w ochronie zdrowia, kształcenie kadr medycznych, niedobory specjalistów w publicznych

KLAUDIUSZ KOMOR
WICEPREZES NACZELNEJ
RADY LEKARSKIEJ



szpitalach czy zadłużenie szpitali. Niejednokrotnie proponowaliśmy konkretne rozwiązania dokładnie zdiagnozowanych problemów, takie jak samorządowy projekt ustawy o jakości zawierający prawdziwą *no fault*. Deklarowaliśmy gotowość współpracy w każdym temacie. Zupełnie niedawno, po dymisji ministra Niedzielskiego, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Łukasz Jankowski

Nikt z rządzących w ostatnich latach nie próbował skorzystać z doświadczenia i wiedzy samorządów zawodów medycznych, czyli tych, którzy o systemie wiedzą najwięcej i znają go praktycznie od podszewki

przekazał nowej minister zdrowia Katarzynie Sójce najpilniejsze zadania zebrane w tzw. Siódmce NIL (#7NIL) – liście siedmiu zmian, które należy pilnie wdrożyć w systemie ochrony zdrowia, tak by funkcjonował prawidłowo. Siódemka NIL obejmuje między innymi wycofanie poparcia dla otwierania nowych

kierunków lekarskich bez pozytywnej opinii Polskiej Komisji Akredytacyjnej i odpowiedniego zaplecza dydaktycznego, natychmiastowe zaprzestanie wydawania praw wykonywania zawodu w trybie warunkowym czy wprowadzenie automatyzacji procesu refundacji i zdjęcie z lekarzy obowiązku określania jej poziomu. Niestety, praktycznie bez efektu.

I nagle okazało się, że resort zdrowia stał się najtrudniejszym resortem w całym rządzie – codzienne media zgodnie donoszą, że nie jest on w kręgu zainteresowań żadnej z partii, które najpewniej utworzą koalicyjny rząd. W przeciwieństwie do innych resortów nie ma długiej kolejki do objęcia teki ministra zdrowia! Tak więc zdrowie stało się w końcu najważniejsze, no może nie najważniejsze, a najtrudniejsze, ale w końcu jakieś „naj”... Może teraz wszyscy Polacy zrozumieją, że to właśnie w ochronie zdrowia potrzebne są największe środki, że tutaj potrzeba najpilniejszych działań, że ten sektor powinien być traktowany priorytetowo. Może zatem nowy minister (a może minister) zdrowia dostrzeże konieczność wykorzystania potencjału samorządów zawodów medycznych w reformie systemu i z tego potencjału skorzystać? ●

TEMAT NUMERU

Cud rozwoju medycyny

ADAM CZERWIŃSKI
DZIENNIKARZ

Wiele zdarzeń, które kiedyś można było interpretować jako cuda, dzisiaj tłumaczymy racjonalnie, a nie metafizycznie. Co nie znaczy, że nie będzie przypadków, które uznamy za cuda – mówi prof. Krzysztof Zeman.

Wierzy Pan w cuda?
Myślę, że w ogóle wiara w coś jest nam potrzebna, więc wierzymy w cuda!

Jak wygląda cud w medycynie?

Kiedy w jakiś niespodziewany dla wszystkich sposób zmienia się stan kogoś, kto jest beznadziejnie chory. Pacjent odzyskuje zdrowie i życie w sposób zaskakujący. Tak, że nie potrafimy medycznie wytłumaczyć tego faktu.

I doświadczył pan takiego cudu?

Tak.

Proszę opowiedzieć.

Od kilkudziesięciu lat na wakacje jeżdżę na kaszubską wieś. Z gospodarzami, u których kiedyś rozbijałem namiot, a dziś stawiam przyczepę, jesteśmy prawie jak rodzina. Ich córka, Magda, jest rówieśniczką mojej. Na początku lat 80. Magda, wówczas sześciolatka, nagle zachorowała. Z dnia na dzień zrobił się jej potężny zez. Potem zaczęła codziennie wymiotować. Wylądowała w szpitalu. Najpierw na okulistyce. Ale okuliści nie radzili sobie z tym zezem. W końcu poprosili o konsultację neurologa. Ten wysłał dziecko do kliniki w Gdańsku. Przeprowadzono badania obrazowe i postawiono diagnozę. Porażającą: guz okolicy pnia mózgu. Ogromny. Nawet na obecne czasy trudny do zoperowania. Rodzice zaczęli szukać ratunku dla córki. W końcu trafili do Centrum Zdrowia Dziecka, gdzie akurat była

grupa holenderskich neurochirurgów, którzy przyjechali ratować polskich pacjentów. Zakwalifikowali Magdę do zabiegu. W szpitalu została z nią mama, która zauważyła, że stan dzieci operowanych przez Holendrów wcale się nie poprawia. Nic dziwnego, przecież po ciężkiej operacji neurochirurgicznej mogą zdarzyć się powikłania. Po rodzinnej naradzie zapadła decyzja, że jak dziecko ma umrzeć, niech umrze w domu. I Magda wróciła na Kaszuby.

Gdy czytam liczne fachowe publikacje o cudach w medycynie, wynika z nich, że cudem jest przede wszystkim to, jak się medycyna rozwija

Oczywiście, nadal próbowali ją ratować. Ale skoro możliwości medycy tradycyjnej się wyczerpały, chodzili do znachorów i bioenergoterapeutów. Fundowali najdziwniejsze terapie, z pićciem własnego moczu włącznie.

I?

Magda urodziła troje dzieci. Jest zdrowa.

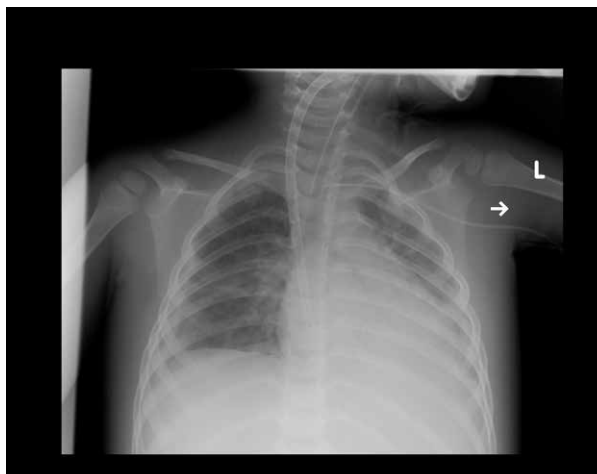
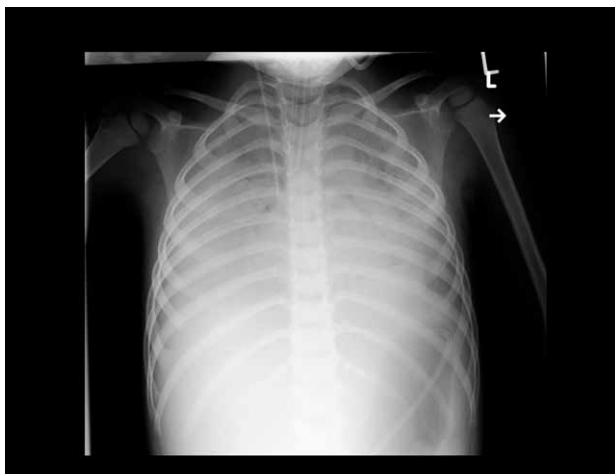
Jak to?

Pytał pan o cuda. Wiem, że trudno w to uwierzyć, ale daję głowę, że to się zdarzyło

naprawdę. Powiem więcej. Mam na to twarde dowody. Moi gospodarze poprosili kiedyś, żebym wziął dokumentację ich córki, gdy będę w Centrum Zdrowia Dziecka. Byłem i wziąłem. Widziałem zdjęcie głowy i opis, które nie pozostawiały żadnych wątpliwości. Guz pnia mózgu.

Ale dlaczego zniknął?

Nie wiem. Może zadziałał układ odpornościowy. A może to nie był guz? Może gdybyśmy wykorzystali narzędzia, którymi dzisiaj dysponujemy, udałoby się nam ten cud wyjaśnić? Proszę pamiętać, że to był czas, kiedy nie było jeszcze tomografii, rezonansu magnetycznego, opierano się na zdjęciach angiograficznych. Być może po szczegółowych badaniach okazałoby się, że problem leżał niekoniecznie w rozroście nowotworowym, jak to było zakwalifikowane. Ale ówczesna wiedza pozwalała na postawienie takiego, a nie innego rozpoznania. I w jej świetle wydawało się, że to dziecko jest skazane na śmierć, a jednak nie umarło, żyje do tej pory i cieszy się dobrym zdrowiem. Kilka dziesiąt lat temu zdarzył się cud. Dziś mogłoby się okazać, że wytłumaczeniem tego zjawiska była nasza niedostateczna wiedza w ówczesnych czasach. Od tego czasu medycyna bardzo się rozwinęła. Możliwości



◀ Zdjęcia kilkuletniego Kuby z intensywnej terapii: na jednym nie widać płuc, na kolejnym – i to nie jest pomyłka – już są

foto: archiwum prywatne

diagnostyki i interpretacji badań są nieporównywalne. I gdy czytam liczne fachowe publikacje o cudach w medycynie, wynika z nich, że cudem jest przede wszystkim to, jak się medycyna rozwija.

I pojawiają się nowe wyzwania.

To prawda. W czasie pandemii kierowaną przeze mnie klinikę dosłownie zalały dzieci z PIMS (pediatric inflammatory multisystem syndrome temporally associated with SARS

– popularnie: zespół pocovidowy). Takich pacjentów mieliśmy około 60. Zdecydowanie „najcięższy” był Kuba. Kilkulatek, przedszkolak. Trafił do nas z innego ośrodka. Stan ciężki z powikłaniem po zakażeniu wirusem COVID-19, pod postacią wieloukładowego zespołu zapalnego. Nie był w stanie oddychać sam, wymagał zaintubowania, a potem zastosowania ECMO (krążenie pozaustrojowe), które

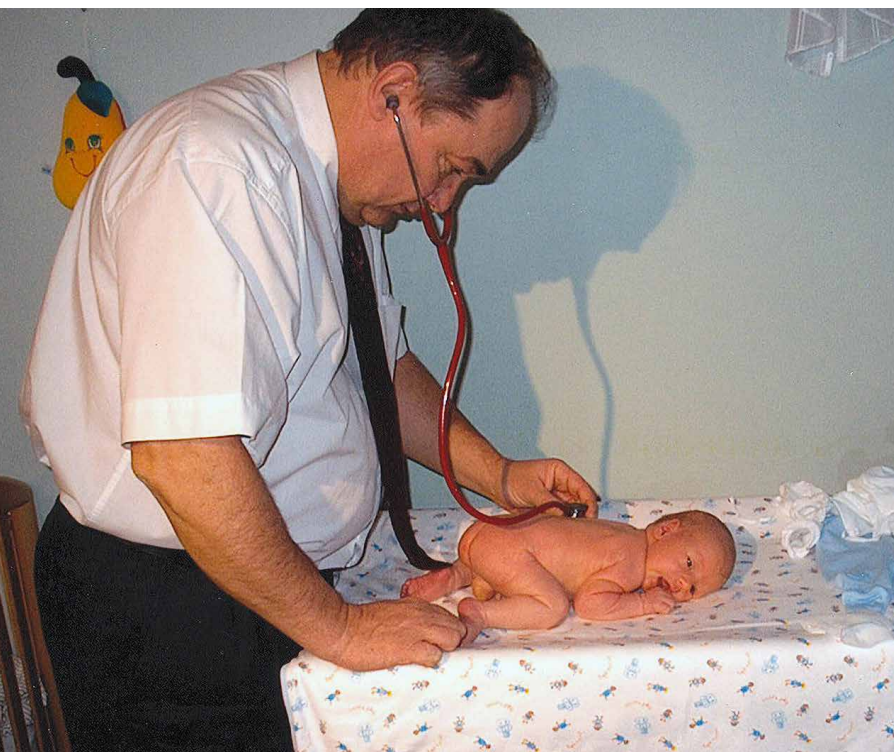
bardzo rzadko u takich dzieci się stosuje. Wydawało się, że nawet to ECMO mu nie pomoże.

Był umierający?

Większość osób z jego otoczenia medycznego uważała, że nie da się go wyleczyć, a jednak się udało przy zastosowaniu nowoczesnych metod, które – jak się nam wydawało – nie przyniosą efektu. A jednak przyniosły. Codziennie rano chodziłem do Kuby na intensywną terapię. Zwykle anestezjologzy nie mieli dobrych wiadomości. Ale pewnego dnia wpadam, a dyżurny mówi: „Niech pan spojrzy na zdjęcie płuc Kuby”. Patrzę na to zdjęcie i mówię: „Ale niech pan pokaże zdjęcie Kuby”. Bo poprzednim razem na zdjęciu klatki piersiowej nie było widać płuc, tylko kręgosłup i żebra. A tu widzę płuca. Pomyłki nie było, Kuba dał radę. 48 godzin później chłopczyk był rozintubowany i zdrowiał w sposób błyskawiczny. Wkrótce wrócił do przedszkola. Widziałem go kilka miesięcy później na wizycie kontrolnej. Prawie żadnego śladu tego, co przeszedł.

I to cud?

A dlaczego nie? Jak mają nazwać to, co się zdarzyło, rodzice, którzy widzieli umierające dziecko? Dla mnie, osoby twardo stąpającej po ziemi, historia Kuby pokazuje, jak ciągle mało wiemy o ludzkim organizmie, o którym mamy wiedzę opartą na dowodach i który potrafi jeszcze



◀ Niedobór biotynidazy można wyleczyć tabletkami za kilka złotych, a dawniej dzieci umierały i nikt nie wiedział do końca dlaczego

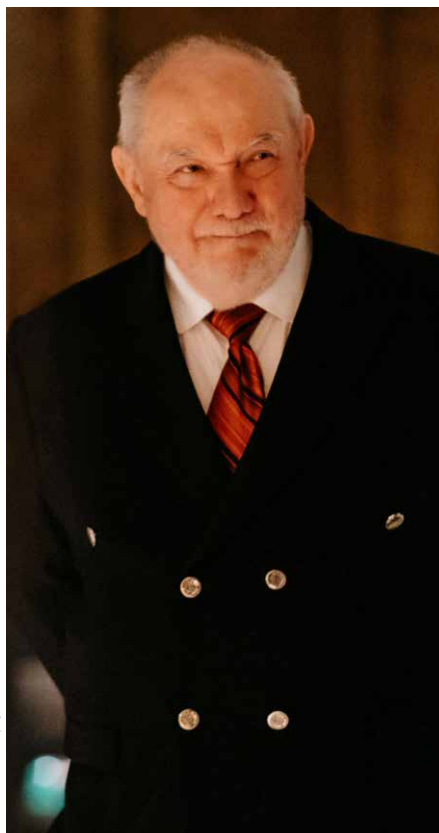
foto: archiwum prywatne

cudownie wykorzystywać możliwości, które dała mu natura.

Nie byłoby żadnego cudu, gdybyście nie próbowali ratować Kuby.

Pewnie tak. Zna pan takie powiedzenie, że jak się coś nie da i wszyscy mówią, że się nie da, to zawsze się znajdzie ktoś taki, kto o tym nie słyszał i jemu się uda? Jakkolwiek by to tłumaczyć, właśnie tak jest z lekarzami. Walcząc o pacjenta, nie spocznijemy, nim nie spróbujemy nowej metody, nie doczytamy literatury, nie zorganizujemy konsultacji. I ta postawa doprowadziła do kolejnego cudu, którego byłem świadkiem.

Trafił do nas mały, może półtoraroczny chłopczyk. Rodzice młodzi, fajni, bardzo mądrzy, przyprowadzili do nas to dziecko, bo ich zdaniem źle oddychało. Faktycznie, oddychało bardzo szybko i bardzo szybko się męczyło. Po głębszej analizie okazywało się również, że pomału traciło umiejętności, które przez półtora roku zdążyło nabrać. Nasze wstępne diagnozy, potem potwierdzone przez kolegów bardziej doświadczonych w kwestii genetycznej, wskazywały na jeden z zespołów genetycznych, który wiązał się z absolutnie niekorzystnym rokowaniem. Mieliliśmy kontakt z rodzicami i dzieckiem, którzy co jakiś czas odwiedzali nasz oddział z powodów infekcyjnych. Obserwowaliśmy, że faktycznie jest z nim coraz gorzej, można powiedzieć, że się uwsteczniał. Przestał chodzić, zamiast siedzieć, leżał, przestał mówić. Jednym słowem: odchodził. W końcu rodzice przyszli do nas na poważną rozmowę. „Jesteśmy młodzi, chcielibyśmy mieć następne dziecko, a nie wiemy nawet, z jaką chorobą się mierzymy”. W tamtych czasach badania genetyczne nie były dostępne tak jak dziś. Jedyną radą było, żeby za – niestety – własne pieniądze przeprowadzić je za granicą. Zorganizowali więc obiad rodzinny. Poprosili o pomoc i krewni zgodzili się na pokrycie kosztów tego badania. Potrzeba było około 2 tys. euro, jak na tamte czasy niebagatelnej kwoty. Krew wysłaliśmy do Berlina, do ośrodka Charité. Pamiętam, że wyniki przyszły przed Wigilią. Mama dzwoni do mnie i mówi: „Panie profesorze, to inna choroba, to niedobór biotynidazy”. Co za prezent na święta! Bo to się leczy tabletkami, które w aptece kosztują parę złotych. Rozpoczęli tę



fot.: archiwum prywatne

kurację i wtedy zdarzył się cud. Mały po paru dawkach tych niedrogich tabletek niemal jak Łazarz najpierw siadł, potem wstał, a następnie zaczął biegać. A teraz chodzi do szkoły.

Wiara, że się uda, to bardzo ważny element każdej terapii. Najgorzej mają się ci, którzy się poddają na samym początku

Tylko czy to jest cud nadprzyrodzony?

Nie. To jest cud rozwoju medycyny! Dzięki możliwościom diagnostycznym zdarzyło się coś niesamowitego. I to się dzieje dalej. Choćby poznanie genomu da nam możliwości leczenia wielu chorób, wobec których jesteśmy bezradni.

Proszę sobie wyobrazić, że mniej więcej rok po historii tego chłopca w Polsce wprowadzono

badanie przesiewowe w kierunku niedoboru biotynidazy. Gdyby urodził się rok czy dwa lata później, wszystkich nieprzyjemności by uniknął. Dziś wiemy, że to wada, która występuje mniej więcej raz na 60 tys. urodzeń. Tak więc ileś dzieci pewnie dawniej zmarło i nikt nie wiedział do końca dlaczego.

Dziś doszliśmy do tego, że leczymy dzieci, które jeszcze na dobre nie zachorowały. Dzięki badaniom przesiewowym diagnozujemy SMA (rdzeniowy zanik mięśni), nim wystąpią objawy.

I wygląda to tak: rodzi się dziecko wyglądające na zdrowe. Po poro-dzie ma maksymalny APGAR, a miesiąc później jego rodzice dowiadują się, że ma straszną chorobę – SMA, i że za chwilę dostaną lek za 10 mln zł. Dziecko jest nim leczone na chorobę, której nie widać! Przykład ten daje studentom już na trzecim roku. Tłumaczę, że wchodzi w zupełnie inny rodzaj medycyny, niż był do tej pory, i że jak skończą naukę, to takich możliwości wykorzystania małej manipulacji genami celem uzyskania efektu dziś niewiarygodnego pewnie będzie więcej. Tu cudem jest rozwój ludzkiego umysłu. Nikt się nie spodziewał, że będziemy w stanie tak szybko przyspieszyć możliwości, które doprowadzą nas do takich umiejętności.

Skoro na poważnie rozmawiamy o cudach, to czy lekarz nie bywa cudotwórcą?

Nie przypadkiem mówi się, że medycyna to sztuka. Skoro tak, to powiedzmy, że w medycynie są „sztukmistrze” lepsi i gorsi, jak wszędzie. W tym przypadku sztuka polega na umiejętności interpretacji i wykorzystania narzędzi, którymi dysponujemy. Oprócz twardej wiedzy pewnie pomagają takie rzeczy jak intuicja czy specjalne umiejętności. Dlatego mamy wirtuozów medycyny i po prostu rzemieślników, ale dobrych. Ja zawsze uważałem, że lekarz w odpowiednim czasie swojej praktyki nabiera umiejętności wraz z każdym pacjentem, staje się coraz lepszy.



fot.: Shutterstock.com

A pacjent?

Nadal oczekuje cudu, ale wskutek rozwoju nauki zmieniła się tego cudu definicja i sposoby jego interpretacji w medycynie. Wiele zdarzeń, które kiedyś można było interpretować jako cuda, dzisiaj interpretujemy racjonalnie, a nie metafizycznie.

Co nie znaczy, że nie będziemy się spotykali z przypadkami, które będziemy interpretowali albo jako cudowne, albo jako cuda. Bo przecież czasem chcemy, żeby ten cud był. I nie dość, że chcemy, ale się zdarza. Ostatnio w „Gazecie Lekarskiej” czytałem rozmowę o tym, jak lekarz widzi śmierć dziecka. Był tam opisany przypadek kobiety, która – wydawałoby się – bezнадziejnie choremu dziecku śpiewała i wbrew oczekiwaniom lekarzy to dziecko wyzdrowiało. Jakby matka wyśpiewała mu życie. I tu jest coś na rzeczy, bo mobilizacja układu nerwowego i psychiki w wielu jednostkach chorobowych jest ważna, bez niej nie wystąpi cud wyzdrowienia. A to, jak go będziemy tłumaczyć, to zupełnie inna sprawa.

Jeżeli komuś wiara pomaga, to dobrze. W Stanach Zjednoczonych 90 proc. społeczeństwa w coś wierzy. Amerykanie mają w każdym miasteczku 10 kościołów na kilometr

kwadratowy. U części pacjentów przebieg jednostek chorobowych jest lepszy czy może szybciej dochodzą do zdrowia właśnie ze względu na to, że wierzą. Wierzą w lekarzy, a może w Boga, który im pomoże wyjść z tej sytuacji. I to jest na pewno bardzo ważny element każdej terapii. Wiara, że się uda. Najgorzej mają się ci, którzy się poddają na początku.

Pan nie traci wiary.

I dzięki temu doświadczam kolejnych cudów. O jeszcze jednym opowiem.

Całkiem niedawno mieliśmy pacjenta, w którego prawie nikt nie wierzył. Trafił do nas, gdy miał parę miesięcy. Później bodaj rok przeleżał u nas w szpitalu. Krążył między moją pediatrią, oddziałem intensywnej terapii i kardiochirurgią. Oprócz olbrzymich problemów kardiologicznych i kardiologicznych, dobrych kilka razy operowanych i poprawianych, nie był w stanie pozbyć się procesu zapalnego wynikającego z kolonizacji jego organizmu przez bakterie.

Kolejne próby leczenia nie przynosiły żadnych efektów, tyle że ten mały żył, mimo że wszyscy, patrząc na jego parametry

morfologiczne i biochemiczne, uważali, że to dziwne. Skoro żadne leczenie nie pomagało, postanowiliśmy sięgnąć po eksperymentalną terapię fagami. Fagi to specjalnie skonstruowane wirusy, które mają „zjeść” czy „zabić” bakterie, które skolonizowały pacjenta. Dostaliśmy zgodę Komisji Bioetycznej na terapię eksperymentalną i zgłosiliśmy się do ośrodka Polskiej Akademii Nauk we Wrocławiu. Oni te fagi dla nas zaprojektowali i wykonali. Dostaliśmy je w formie wziewnej. No i proszę sobie wyobrazić, że po dwóch tygodniach stosowania fagów parametry zaczęły się poprawiać. Poprawa była taka, że wkrótce pacjent opuścił intensywną terapię, a niedługo później nasz oddział. Przyjechali po niego rodzice, wzięli go, po prostu zapakowali do samochodu i zawieźli do domu. To wszystko po tym, jak bezskutecznie zaaplikowaliśmy pacjentowi kilogramy antybiotyków.

Nikt nie wierzył, a się udało. I tak pewnie będą wyglądały teraz cuda w medycynie. Mimo że można w tej historii wszystko wytłumaczyć, potrzebna jest wiara, żeby do cudu doszło. ●

AKTUALNOŚCI

Zdrowie: rządowy gorący kartofel

Resort zdrowia czeka na mitycznego Herkulesa, swojego herosa. Kogoś, kto zna system i nie będzie się musiał go uczyć po objęciu teki ministra. Kandydatów jednak brakuje. Przynajmniej na razie.

Polacy chcą zmian w ochronie zdrowia – potwierdzają to badania opinii publicznej przeprowadzane przed wyborami i kilka tygodni po nich. Potwierdza to również wynik wyborów, bo choć może kwestie związane ze zdrowiem nie były na szczycie listy obietnic wyborczych, zwłaszcza największej opozycyjnej partii, to jednak poczyniono dość znaczące zapowiedzi. Oczekiwania i potrzeby są ogromne. Jakie są szanse na ich realizację? I czego dowiedzieliśmy się o ochronie zdrowia od 15 października?

ZMIANY W SYSTEMIE SĄ KONIECZNE

Zdrowie nie jest „hot”. Chyba że „hot” oznaczałoby gorący kartofel. Przez pierwsze dwa, trzy tygodnie koalicyjnych rozmów między ugrupowaniami parlamentarnej większości trwał wyścig chętnych do ministerialnych foteli, ale nie do Ministerstwa Zdrowia. Powód? Oczywiście, a kropkę nad i postawiła partia Razem, uzasadniając decyzję o poparciu rządu Donalda Tuska bez wchodzenia do niego. Razem w trakcie rozmów deklarowało, że jest gotowe wziąć odpowiedzialność za zdrowie – wskazało nawet kandydatkę, Marcelinę Zawiszę – pod warunkiem uzyskania gwarancji, że nakłady wzrosną do 8 proc. PKB. Tyle, ile Nowa Lewica obiecywała w czasie wyborów. Tyle że gdyby takie pieniądze rzeczywiście mogły się pojawić na stole (nawet w dwu-, trzyletniej perspektywie), nie byłoby najmniejszego problemu ze znalezieniem chętnych.

Donald Tusk chciał oddać zdrowie mniejszym koalicyjantom, optymalnie właśnie Lewicy (ze względu na rolę Ministerstwa Zdrowia w realizacji pakietu postulatów związanych ze zdrowiem

MAŁGORZATA SOLECKA
DZIENNIKARKA



prokreacyjnym i prawami kobiet), dlatego że nie przewiduje wzrostu publicznych wydatków na zdrowie. A na pewno nie w takim tempie,

Ministrem zdrowia musi być osoba, która ma wrażliwość na losy pacjentów i ta wrażliwość jest wyższa niż przynależność do jakiegokolwiek partii

jakie obiecywały czy to Nowa Lewica (8 proc. od razu), czy Trzecia Droga (7 proc. natychmiast). Jak się można domyśleć, z dwóch powodów. Pierwszy to odpowiedzialność za finanse publiczne, których stan dla nowego rządu jest wielką niewiadomą. Trudno na etapie tworzenia rządu składać obietnice, których realizacja musi kosztować minimum kilkadziesiąt, a w wersji maksimum ponad 100 mld zł. Drugi powód ma jeszcze większe i bardziej dalekosiężne skutki. Nic nie wskazuje, że lider Koalicji Obywatelskiej przez dziewięć lat niebycia premierem przyswoił, jak

fundamentalne znaczenie, również polityczne, ma ochrona zdrowia.

Tymczasem jak wynika z sondażu przeprowadzonego już w listopadzie dla portalu Onet.pl, 30 proc. Polaków uważa, że najważniejszym zadaniem nowego rządu są zmiany w systemie ochrony zdrowia. Zdrowie zajmuje drugie miejsce. Pierwsze, z wyraźną przewagą (42 proc.), Polacy oddali walce z inflacją i jej skutkami. Jednak mocna pozycja zdrowia, które w czasie kampanii wyborczej w różnych sondażach również zajmowało pierwsze lub drugie miejsce we wskazaniach kluczowych problemów, nie podlega dyskusji.

WIĘCEJ PYTAŃ NIŻ ODPOWIEDZI

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej (NRL) nie ma wątpliwości: – Oczekujemy od nowego rządu podniesienia nakładów do unijnej średniej – mówi Łukasz Jankowski. Ta unijna średnia według ubiegłorocznego raportu OECD i Komisji Europejskiej (tegoroczny poświęcony jest wszystkim krajom OECD) oraz nieco świeższych danych Eurostatu oscyluje w tej chwili wokół 8 proc.

Polskie publiczne nakłady na zdrowie w 2022 r. nie przekroczyły 5 proc. Jesteśmy wiecznym maruderem włokącym się w ogonie krajów europejskich, mimo że – to wiadomość z połowy listopada – Polska dzięki katastrofalnie wysokiej inflacji awansowała do grona 20 największych gospodarek świata, wyprzedzając gospodarkę turecką.

Eksperti od dłuższego już czasu zwracają uwagę na dysproporcje między tym, w jakim tempie rozwijamy się gospodarczo, pokonując – w jeszcze bardziej miarodajnym wskaźniku PKB per capita – kolejne kraje europejskie, a tym, jak bardzo po macoszemu traktujemy kwestie zdrowia. Gdyby politycy zechcieli posłuchać choćby wniosków z dyskusji ekspertów zdrowotnych Senatu ubiegłej kadencji, być może zrozumieliby, że to klasyczny przykład gospodarki rabunkowej – jest ona efektywna tylko do momentu wyczerpania się zasobów.

Czy wpisanie do umowy koalicyjnej ogólnego zapewnienia, że nakłady na ochronę zdrowia będą rosnać, kogośkolwiek uspokaja? I co to w zasadzie może znaczyć? Tu znaków zapytania jest znacznie więcej niż odpowiedzi. Koalicja partii demokratycznych, która przejmie władzę prawdopodobnie przed 13 grudnia, tak by Donald Tusk mógł lecieć na szczyt unijny już w roli premiera, musi pamiętać, że będzie drobniaczko rozliczana przez PiS. I to nie tylko z obietnic składanych w czasie kampanii, ale też z krytyki, jakiej jej politycy nie szczędzili rządzącym przez ostatnich osiem lat. Trudno zapomnieć, że jedną z osi tej krytyki w zdrowiu były pieniądze. Po pierwsze, wpisanie do ustawy 6 (a potem 7) proc. PKB na zdrowie metodologią n-2 nazywano po imieniu „fałszerstwem”, „księgowymi sztuczkami” etc. Po drugie, gdy rząd Mateusza Morawieckiego w ubiegłym roku nowelizacją ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry przenosił wielomiliardowe wydatki na zdrowie z budżetu państwa do NFZ, opozycja była „totalnie przeciw”. Teraz PiS – to rząd Tuska ma jak w banku – będzie nie tylko mówić, ale krzyczeć: „Sprawdzam”.

ZMIANA REGUŁY

Jak można byłoby rozwiązać problem, przynajmniej częściowo utrudniając krytykę opozycji, nie tyle totalnej, co – jak pokazało już pierwsze posiedzenie



fot.: iShutterstock.com

Sejmu – atomowej, jaką chce być Prawo i Sprawiedliwość? W roku 2024 pole manewru będzie – prawdopodobnie – niewielkie. Na stole leży jednak stanowisko strony społecznej Zespołu Trójstronnego ds.

Opóźnienie w dostępie do nowej
szczepionki przeciw COVID-19 obciąża
odchodzące kierownictwo resortu zdrowia,
ale z jego skutkami będzie się musiał
zmierzyć nowy rząd

Ochrony Zdrowia, podpisane przez wszystkie organizacje pracodawców i związki zawodowe. Domaga się ono przekreślenia skutków nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry i przekazania przez budżet (oprócz przewidzianej dotacji podmiotowej) pieniędzy na realizację zadań, które do końca 2022 r. finansował minister zdrowia. To zadanie na 11-13 mld zł.

Jednocześnie jedną z pierwszych zapowiedzi rządu powinno być odejście od reguły n-2.

Nawet dwustopniowe. W latach 2025-2026 mogłaby ona zostać zastąpiona regułą n-1, czyli wydatki na zdrowie odnoszone byłyby do PKB z roku 2024, zaś od roku 2027 zniknęłyby zupełnie, a wydatki na zdrowie wynosiłyby realne 7 proc. PKB. Jednocześnie mapa drogowa powinna zostać przedłużona minimum do 8 proc. PKB.

Musimy mieć świadomość, że średniej unijnej raczej nie dogoniemy. Jeśli wydatki na zdrowie w Polsce będą rosnać szybciej, również średnia unijna będzie wzrastać (zwłaszcza że nakłady w wielu krajach zwiększają się cały czas). Celem w tym przypadku jest rzeczywiste podążanie w jej kierunku, a nie stanie w miejscu przy jednoczesnym ogłaszaniu wszem i wobec rzekomych sukcesów.

OCZEKIWANIA SAMORZĄDU

Pieniądze to nie wszystko. Pytany, czego oczekuje od nowego rządu – tego, który powstanie w grudniu – samorząd lekarski, prezes Łukasz Jankowski mówi krótko: – Strategii dla bezpieczeństwa pacjenta. Nie działań wyrwykowych, opartych na gaszeniu pożarów, ale mapy drogowej i budowy systemu przyjaznego dla pacjenta i świadczącego usługi najwyższej jakości.

Prezes NRL przekłada ten ogólny postulat na konkrety: – Strategia musi się opierać na stworzeniu ram prawnych: systemu *no fault* dla lekarzy, rejestrów, premiowania za efekt zdrowotny, systemu motywacji dla podmiotów, które muszą poprawić jakość. Jednocześnie trzeba kontynuować i wzmacniać procesy, które zaczęły się w ostatnich latach sprawdzać, czyli koordynację między poszczególnymi segmentami systemu. Nie tylko między podstawową opieką zdrowotną (POZ) i ambulatoryjną opieką specjalistyczną (AOS), ale także szpitalnictwem.

Nie da się jednak, jak mówi, budować systemu bezpiecznego dla pacjenta i opartego na jakości, jeśli równocześnie działają uczelnie-krzaki, niespełniające kryteriów, negatywnie oceniane przez Polską Komisję Akredytacyjną. – Oczekujemy, żądamy wręcz, ich zamknięcia. I wprowadzenia zmian, które postulujemy w zakresie Lekarskiego

Egzaminu Końcowego (LEK), czyli wycofania pytań z bazy.

Samorząd lekarski deklaruje też swój udział w procesie budowania korzystnych, pożądaných przez wszystkich interesariuszy systemu rozwiązań. – Widzimy potrzebę powrotu do dyskusji o punktach edukacyjnych i kształceniu ustawicznym, oczywiście przy systemowym wsparciu ze strony państwa w postaci dofinansowania szkoleń czy choćby urlopu na kształcenie – podkreśla Łukasz Jankowski. Zmiany powinny też objąć postępowania przed sądami lekarskimi – już na początku swojej kadencji prezes mówił o konieczności profesjonalizacji pionu odpowiedzialności zawodowej, tak by skuteczniej i sprawniej eliminować tych lekarzy, którzy zawodu wykonywać nie powinni wcale lub czasowo. – Warunkiem powodzenia tej operacji musi być jednak równoległe wprowadzenie zasady *no fault*, która chroni przed odpowiedzialnością karną lekarzy właściwie wykonujących swoje obowiązki.

HEROS RELIGA

Gdy w 2005 r. ówczesna redaktor naczelna miesięcznika „Służba Zdrowia” Aleksandra Gielewska zadała mi w ramach dziennikarskiej sondy pytanie (a w zasadzie dwa): „Kto zostanie, a kto powinien zostać ministrem zdrowia?”, udzieliłam w przeciwieństwie do innych ankietowanych zwięzłej odpowiedzi: „Zbigniew Religa, Herkules”. Rzeczywiście, Zbigniew Religa został ministrem zdrowia w rządzie PiS i pełnił tę funkcję do wyborów w 2007 r. Ale również drugą odpowiedź trudno uznać za chybiającą: Ministerstwo Zdrowia i wtedy, i później, i w tej chwili czeka na mitycznego Herkulesa, swojego herosa.

Herosów jednak na stanie, przynajmniej na razie, brakuje. Kto zostanie w tej sytuacji ministrem zdrowia? Rząd demokratycznej opozycji, która potwierdziła swoją przewagę, wybierając marszałka Sejmu (Szymon Hołownia) i blokując wybór na stanowisko wice-marszałka przedstawicieli PiS Elżbiety Witek, poznamy dopiero w połowie grudnia. Przez pierwszy miesiąc, który minął od wyborów, pojawiały się różne, nawet najbardziej fantastyczne koncepcje. Na przykład ta, że resort zdrowia zostanie zlikwidowany, a tak naprawdę wcielony do Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej. Po maratonie

rozmów koalicyjnych wiadomo już nieco więcej, ale choć do mediów wyciekają personalia dotyczące obsady innych ministerstw – i brzmią co najmniej wiarygodnie, przy resorcie zdrowia w połowie listopada ciągle widniał potężny znak zapytania. Osoby śledzące

z bliska międzypartyjne dyskusje oceniały, że pojawiające się na giełdzie nazwiska to typowe „palenie kandydatów”.

Ale czy na pewno? Wskazywana przez dziennikarzy Izabela Leszczyna, była wiceminister finansów, wieloletnia posłanka PO, a w tej

„KOALICJA POLSKICH SPRAW”

Po ośmiu latach dyktatu swoich warunków i ignorowania opozycji Prawo i Sprawiedliwość, a w każdym razie kandydat tej partii na stanowisko premiera – proponuje powołanie rządu ponadpartyjnego. – Chcemy zupełnie innego rządu niż ten, który pełni obowiązki, to będzie rząd ponadpartyjny, pozapartyjny, rząd równowagi; z najbardziej wartościowych elementów różnych programów budujemy „Dekalog polskich spraw” na cztery lata – zapowiedział premier Mateusz Morawiecki kilka dni po tym, jak prezydent Andrzej Duda powierzył mu misję utworzenia nowego gabinetu.

Dlaczego Andrzej Duda wezwał do Pałacu Prezydenckiego Mateusza Morawieckiego, choć kilka godzin wcześniej, podczas pierwszego posiedzenia Sejmu, koalicja partii demokratycznych udowodniła posiadanie mocnej większości? Jak stwierdził prezydent, partie obecnej opozycji nie przekonały go, że koalicja ma program i jest spójna. Nie przekonały na tyle, by zerwać z obyczajem wskazywania premiera z ugrupowania, które zwyciężyło w wyborach. A 15 października to Prawo i Sprawiedliwość zdobyło najwięcej głosów. Zanim powstanie rząd Donalda Tuska, Mateusz

Morawiecki stworzy swój gabinet, który do 11 grudnia musi uzyskać wotum zaufania. Politycy PiS nie palą się do przyjmowania propozycji stanowisk rządowych, ale też trzeba powiedzieć, że Morawiecki ich składanie odwleka do ostatniej chwili – termin powołania rządu przez prezydenta mija 27 listopada. – Jeśli otrzymam propozycję, podejmę się – zadeklarowała Katarzyna Sójka, która wcześniej zaatakowała w mediach społecznościowych polityków opozycji, że w trakcie kampanii wiele obiecywali Polakom w obszarze ochrony zdrowia, a w procesie tworzenia rządu nie chcą podjąć się niełatwej misji kierowania resortem zdrowia.

Ofertę współtworzenia „rządu polskich spraw” Mateusz Morawiecki zawężył przy tym do Konfederacji i Trzeciej Drogi, mrugając okiem również do Nowej Lewicy, choć nieznacznie. To o tyle bez znaczenia, że deklaracje ewentualnej współpracy są w dużej mierze papierowe. Realne są natomiast rozmowy liderów trzech bloków demokratycznych. Ich finał, czyli powołanie rządu Donalda Tuska, nastąpi przed 15 grudnia, być może 11-12 grudnia, zaraz po tym jak Sejm nie udzieli wotum zaufania nowemu gabinetowi Mateusza Morawieckiego.

chwili Koalicji Obywatelskiej, pracująca przede wszystkim w Komisji Finansów Publicznych, potwierdziła mediom, że propozycję otrzymała i ją rozważa. – Mogło być gorzej – to zaskakująco zgodna reakcja kilku osób „ze środka systemu”, poproszonych o komentarz. – Mogło być gorzej, ale to nie znaczy, że jest dobrze.

ZIEMIA NIEZNANA

W tej reakcji nie ma nic osobistego: Izabela Leszczyna nie dała się poznać systemowi ochrony zdrowia, choć w ostatniej kadencji Sejmu duża część jej interpelacji dotyczyła właśnie spraw związanych ze zdrowiem, a znakomitą ich większość stanowiły interwencje związane z COVID-19, których Leszczyna była jednym z wielu autorów. Są więc obawy, że i system ochrony zdrowia jest dla niej w ogromnym stopniu ziemią nieznaną. A to, mówiąc najkrócej, nie rokuje dobrze. Po niezwykle trudnych ponad trzech latach system potrzebuje osoby, która zna go na wylot. Niekoniecznie musiałby to być lekarz, a nawet osoba wykonująca inny zawód medyczny. Czasu na uczenie się systemu po objęciu teki ministra po prostu nie ma.

Na dobrych kilka dni przed tym, jak media zaczęły spekulować o ewentualnej kandydaturze Izabeli Leszczyny (więc trudno traktować opinię jako adresowaną personalnie), obawy środowiska wyraził dr Paweł Grzesiowski, ekspert samorządu lekarskiego ds. COVID-19. – Ministrem zdrowia musi być osoba, która posiada wrażliwość na losy pacjentów i ta wrażliwość jest wyższa niż przynależność do jakiegokolwiek partii. Szefem resortu nie może być żaden partyjny urzędnik czy aktywista. Przyszły szef resortu musiałby mieć jasno zakreślone możliwości działania. Musiałaby być umowa między ministrem zdrowia a pozostałymi ministrami, premierem, że jego decyzje są priorytetowe – powiedział w rozmowie z „Gazetą Wyborczą”, dodając, że ochrona zdrowia nie przetrwa kolejnego „partyjnego aparaczyka”, gdyby premierowi przyszło do głowy taką osobą obsadzić stanowisko. W wielu wypowiedziach przedstawiciele środowiska medycznego jak mantra powtarzała się od wyborów nadzieja, oczekiwanie wręcz (i z drugiej strony obawa), że nowym ministrem nie będzie osoba kompletnie z zewnątrz, taka, która

ani nie zna, ani tym bardziej nie rozumie systemu.

Nawet jeśli ta osoba – jak Izabela Leszczyna – miałaby cieszyć się dobrymi relacjami i zaufaniem Donalda Tuska. To ważny atut, pod warunkiem że owo zaufanie przekładałoby się na możliwość uzyskania dla ochrony zdrowia przynajmniej względnego wysokiego priorytetu.

Są obawy, że zadziałać to może w drugą stronę – Leszczyna może być zaufanym strażnikiem pilnującym, by w ochronie zdrowia sprawy toczyły się swoim tempem,

„Porządki po Czarnku” nie dotyczą tylko edukacji, ale i nauki. A sprawa kształcenia przyszłych lekarzy jest problemem do załatwienia w trybie pilnym

by system utrzymywany był we względnej choćby równowadze. Problem polega na tym, że obecne status quo to wyrok.

ZNIKĄD NADZIEI?

Spójrzmy na zapisy dotyczące ochrony zdrowia w umowie koalicyjnej. Mogło być gorzej – można podsumować. Niewątpliwie спорым plusem jest to, że pojawiły się dość wysoko, bo już w punkcie czwartym. Minusem – dość wysoki poziom ogólności. „Koalicja chce zdecydowanej poprawy jakości i dostępności systemu ochrony zdrowia. Podniesiemy nakłady na ochronę zdrowia. Zniesiemy limity na leczenie przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Wprowadzimy mechanizmy oddłużania szpitali i urealnimy wycenę świadczeń zdrowotnych. Zapewnimy powszechną i dostępną pomoc psychologiczną i psychiatryczną finansowaną przez państwo. Zwiększymy rolę placówek podstawowej opieki zdrowotnej. Rozszerzymy uprawnienia przedstawicieli innych zawodów medycznych i niemedyków, by usprawnić funkcjonowanie systemu. Dołożymy wszelkich starań, aby skrócić kolejki do specjalistów”.

Punkt szósty z kolei poświęcono sprawom dotyczącym prokreacji. „Wzmocnimy prawa kobiet, które będą kluczowym obszarem działań koalicji. Unieważnimy wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 2020 r. Kobiety mają prawo decydowania o sobie. Państwo zapewni szczególne wsparcie dla par planujących rodzicielstwo poprzez finansowanie procedury in vitro oraz pełen dostęp do bezpłatnych badań prenatalnych. Zapewnimy realizację nowoczesnych standardów opieki okołoporodowej. Dostęp do bezpłatnego znieczulenia będzie zasadą, a nie wyjątkiem”.

Odkładając na bok ten drugi punkt – pozostający w obszarze ochrony zdrowia, ale jednocześnie daleko wykraczający poza problemy systemowe – warto zauważyć, że w sprawach związanych ściśle z systemem wymienione są ważne, ale na pewno nie wszystkie najważniejsze problemy, z którymi będzie musiał się zmierzyć nowy minister i nowy rząd.

Nakłady? Brakuje konkretów. Tymczasem ani oddłużenie szpitali (w listopadzie Ministerstwo Zdrowia podało „nowe” dane, na koniec 2022 r. zadłużenie szpitali ogółem osiągnęło 19,5 mld zł, z czego ok. 2,2 mld zł to zobowiązania wymagalne), ani urealnienie wycen świadczeń zdrowotnych, zwłaszcza przy jednoczesnej zapowiedzi zniesienia limitów bez znacząco wyższych wydatków publicznych na zdrowie, są praktycznie niemożliwe do realizacji. Podobnie jak skrócenie kolejek do specjalistów, bo obok większego zasięgu opieki koordynowanej jedną metodą osiągnięcia tego celu jest odwrócenie trendu emigracji specjalistów z systemu publicznego do prywatnego – bez urealnienia stawek zwyczajnie niemożliwe do osiągnięcia.

Ogromnym wyzwaniem będzie również zdrowie publiczne. W tym obszarze, podobnie jak w samym systemie ochrony zdrowia, skoncentrowanym na medycynie naprawczej, naprawa błędów poprzedników nie powinna trwać zbyt długo, by sytuacja nie uległa dalszemu pogorszeniu. I choć samorząd lekarski wskazuje na konieczność docelowego

**ARŁUKOWICZ PRZEWODNICZĄCYM
KOMISJI ZDROWIA**

21 listopada Sejm przegłosował składy komisji stałych, a następnie niemal wszystkie komisje wybrały swoje prezydium, w tym – Komisja Zdrowia. Choć przez wiele kadencji komisja była kierowana przez posła opozycji (z tradycją tą PiS zerwało pod koniec kadencji 2015-2019, obsadzając wakat po wybranym do Parlamentu Europejskiego Arłukowiczu Tomaszem Latosem), stało się jasne, że koalicja partii demokratycznych nie odda PiS komisji operującej w obszarze, w którym wytykanie rządowi błędów i punktowanie problemów do rozwiązania może być prawdziwą żyłą politycznego złota.

Wśród kandydatów na stanowisko szefa KZ wymieniano najczęściej doświadczonych posłów KO – Rajmunda Millera, Elżbietę Gelert i Marka Hoka oraz reprezentującą partię Razem posłankę Lewicy Marcelinę Zawiszę. Na ostatniej prostej pojawiło się jednak nazwisko Bartosza Arłukowicza, byłego ministra zdrowia i przewodniczącego KZ, polityka niezwykle wyrazistego, który wciąż jest rozważany jako kandydat na szefa resortu zdrowia. W prezydium będzie pięcioro wiceprzewodniczących. Komisja wybrała troje (Elżbieta Gelert i Rajmund Miller z KO, Marcelina Zawisza z Lewicy). Kluby Trzeciej Drogi oraz PiS, którym zgodnie z parytetem przysługują stanowiska wiceprzewodniczących, zgłoszą kandydatów.

W pierwszej kadencji PiS Arłukowicz dał się poznać jako niezwykle błyskotliwy szef komisji. Jego polemiki z posłami PiS i przedstawicielami rządu skrzyły od złośliwości, choć merytorycznie nic to nie zmieniało. PiS miało w komisji większość.

odchodzenia od zarządzania opartego na gaszeniu pożarów, trudno nie zauważyć, że właśnie mamy do czynienia z takim kataklizmem. Ponaddwumiesięczne w stosunku do reszty Europy opóźnienie w dostępie do nowej szczepionki przeciw COVID-19 obciąża odchodzące kierownictwo Ministerstwa Zdrowia, ale ze skutkami tego opóźnienia będzie się musiał – już w pierwszych dniach, tygodniach urzędowania – zmierzyć nowy rząd. Podobnie jak z bałaganem w szczepieniach przeciw

Naprawa błędów poprzedników
w zdrowiu publicznym nie powinna trwać
zbyt długo, by sytuacja nie uległa
dalszemu pogorszeniu

grypie. Obiecane seniorom 65+ bezpłatne szczepienia w aptekach to fikcja. Apteki do połowy listopada nie miały podpisanych umów z NFZ na wykonywanie szczepień, a biurokracja, z jaką muszą się mierzyć farmaceuci, jest wprost proporcjonalna do liczby zapewnień decydentów o upraszczaniu rozwiązań i przesuwanie czynności, których nie muszą wykonywać lekarze, na przykład do aptek... Ot, taki paradoks.

I na koniec szczepienia przeciw HPV: eksperci już we wrześniu i październiku alarmowali, że program został „położony” przede wszystkim przez brak jasnej komunikacji w szkołach, ale też niezbyt fortunne zaprojektowanie zakupów pierwszej partii szczepionek.

Lista błędów do natychmiastowego naprawienia tylko w obszarze trzech szczepień – grypa, COVID-19, HPV – jest długa. W dodatku trzeba zakładać, że część okoliczności dopiero ujrzysz światło dzienne.

KSZTAŁCENIE KADR LEKARSKICH

Jest wreszcie, co samorząd lekarski artykułuje bardzo dobitnie, problem jakości kształcenia kadr

lekarskich. Umowa koalicyjna na ten temat akurat milczy, co można (trzeba wręcz?) uznać za dość niepokojące. Zwłaszcza że deklaracje składane przed wyborami były jednoznaczne: wszystkie ugrupowania demokratyczne deklarowały wolę uporządkowania problemu nowych kierunków lekarskich, prowadzonych przez szkoły nieposiadające pozytywnej opinii PKA (a wręcz mające opinię negatywną).

W tym obszarze wiodącą rolę odegra jednak nie minister zdrowia (choć jego roli nie sposób nie docenić), ale minister nauki. W rządzie Donalda Tuska obecny superresort kierowany przez Przemysława Czarnka ma zostać podzielony na Ministerstwo Edukacji Narodowej oraz Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego, a mocnym kandydatem do objęcia fotela ministra w tym drugim resorcie jest prof. Tomasz Grodzki. I choć opinia publiczna „porządki po Czarnku” identyfikuje przede wszystkim w obszarze edukacji, w segmencie nauki zadania ani na jotę im nie ustępują (a sprawa kształcenia przyszłych lekarzy jest jednym z wiodących problemów do załatwienia w trybie pilnym).

Pilnym, nie znaczy – natychmiastowym. Realnie patrząc: powołanie rządu tuż przed połową grudnia, potem lekkie (trzeba zakładać) zwolnienie tempa życia politycznego (Boże Narodzenie), wytężona praca nad budżetem – tu rząd Tuska będzie musiał pilnować terminów, by nie dać prezydentowi pretekstu do skrócenia kadencji Sejmu... W tym czasie powinny oczywiście zapaść pierwsze decyzje dotyczące poziomu nakładów na zdrowie w 2024 r. Dopiero, realnie patrząc, po zakończeniu maratonu budżetowego będzie można wysnuć pierwsze wnioski i ocenić, w jakim kierunku w kolejnych miesiącach będą się rozwijać sprawy ochrony zdrowia. Szans na znaczące przyspieszenie nie ma.

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



Fot. Alicja Rzepa / Fundacja Czerwone Noski Clown w Szpitalu

WAŻNE SPRAWY

Doktor Radość odwiedza szpital

LIDIA SULIKOWSKA
DZIENNIKARKA

Pojawiają się na dziecięcych oddziałach. Leczą, bawiąc, czarując i doprowadzając do śmiechu.

Na oddział jednego z warszawskich szpitali dla dzieci wchodzi Doktor Babcia. – Cześć! Chciałam iść do kina, ale się zgubiłam. Może się pobawimy, to będzie mi mniej smutno? – pyta małych pacjentów, a ci wybuchają śmiechem. Po chwili pochłania ich wir zabawy.

Doktor Babcia to jedna z ponad 250 wolontariuszy Fundacji Dr Clown, odwiedzających regularnie kilkadziesiąt tysięcy dzieci w placówkach medycznych w ponad 100 miastach w Polsce. Dzieciaki, przebywając w szpitalu, zmagają się z lękiem, bólem, samotnością, a oni – w kolorowych strojach i z tajemniczą torbą w rękę – choć na moment

odwracają uwagę od trudnej rzeczywistości. Doktor Gapa, Doktor Melodia, Doktor Promyk...

RECEPTA NA STO UŚMIECHÓW

– Wchodzą na oddział, a wraz z nimi pojawia się niesamowita energia. Widok roześmianych dzieci jest bezcenny. Śmiech stymuluje układ odpornościowy, dotlenia, odpręża, redukuje napięcie i stres, dodaje pewności siebie, rozluźnia mięśnie twarzy, a nawet działa przeciwbólowo. Staramy się go wykorzystywać do budowania głębszej relacji. Nie zawsze pacjent ma ochotę na żarty, czasem potrzebuje

np. rozmowy. To wymaga od wolontariuszy wyczucia, empatii i zrozumienia. Dlatego szkolimy ich nie tylko z warsztatu, ale także pod kątem psychologicznym: z czego wynikają konkretne zachowania pacjentów i ich rodziców oraz jak na nie reagować – tłumaczy Katarzyna Czereszewska, odpowiedzialna za projekty społeczne i wolontariat pracowniczy w Fundacji Dr Clown.

Dzisiaj Krzysztof trzyma się z daleka. Doktor Babcia i jej koleżanka Doktor Nadzieja wyczuwają, że nie ma ochoty na interakcję. – Widzimy, że dopadł cię gorszy humor. Czy możemy ci zostawić receptę na 100 uśmiechów albo chociaż na 20? I zwierzątko uformowane z balonika, które mógłbyś tymi uśmiechami karmić? Chłopczyk nieśmiało się zgadza.

Zawsze pytają dzieci, czy mogą do nich zajrzeć. Chcą przywrócić w nich poczucie sprawczości. Pacjenci w szpitalu muszą się całkowicie podporządkować – procedurom, zabiegom i masie innych rzeczy. Ale nie podczas spotkania z Doktorami Clownami.

Często rodzice i medycy dziękują im, że przyszli. Mówią: „Super-roboty, fajnie, że z nami jesteście”. Mama chłopca ma w oczach łzy, bo syn po raz pierwszy od tygodnia się uśmiechnął. Inny pacjent zagaduje do psa (Dr Clown prowadzi też zajęcia z dogoterapii), choć od dwóch tygodni do nikogo się nie odzywał. Małe wielkie cuda. – Dla mnie najpiękniejszą definicją miłości jest czas i uwaga. To cel naszej pracy – podkreśla Katarzyna Czereszewska. Do interakcji wciągają rodziców. Jak zrzuć z siebie stres, to i dziecko jest bardziej zrelaksowane.

OKO W OKO Z SUPERBOHATEREM

Kilka tygodni temu był szczególny dzień dla kilkulatniego Nikodema. W Zachodniopomorskim Centrum Onkologii (ZCO) świętował zakończenie radioterapii. Wymarzył sobie, by ostatni zabieg spędzić w towarzystwie Batmana. Na filmie z wydarzenia opublikowanym na facebookowej stronie ZCO, Nikodem śmieje się od ucha do ucha. Rozmawia z Batmanem, a medycy robią swoje. Emocje nie do opisania. – To dla mnie najlepsza nagroda. Na onkologii jest dużo smutku,

cierpienia i walki, ale jest też wiele pięknych momentów, bo jednak mnóstwo dzieciaków udaje się wyleczyć – mówi Tomasz Gierwiatowski, kryjący się pod maską człowieka-nietoperza. Od ponad dekad odwiedza ciężko chore dzieci w szpitalach i hospicjach jako Batman lub Spiderman, to jego ulubieni bohaterowie z dzieciństwa. Na początku działał nieformalnie, z czasem założył fundację. Pomagają mu inni pasjonaci bohaterów bajek i filmów, z którymi tworzą Ligę Superbohaterów: Supergirl, królik Bing, Boba Fett, Mandalorian, Superman czy Kapitan Marvel. Odwiedzili już kilkanaście tysięcy dzieci. Na misje najczęściej jeżdżą do szpitali w Szczecinie, gdzie mieszkają, ale odwiedzają też placówki w innych częściach kraju. Przynoszą uśmiech i nadzieję, dodają odwagi.

– Mamy porządne stroje. Dzieciaki są bystre, więc nie możemy wyglądać nieprofesjonalnie. Staramy się zajrzeć do każdego pacjenta, chwilę porozmawiać. Oczywiście wizyty odbywają się według instrukcji personelu medycznego. Nie chcemy zakłócać pracy oddziału – opowiada Tomasz Gierwiatowski. Pacjenci reagują pozytywnie. Kiedyś mama jednego dziecka powiedziała, że jej syn miesiąc nie wstawał z łóżka, bo nie miał motywacji, a na jego widok ruszył się i zaczął biegać po korytarzu. – Wiele razy zdarzało się, że dziecko wykończone chemioterapią dawało radę „zbić żółwika”. To piękne momenty – mówi.

Listopad zeszłego roku. Liga Superbohaterów przybywa na onkologię dziecięcą jednego ze szczecińskich szpitali. Po skończonej misji pakują się do auta. Nagle na parking przybiega pielęgniarka i prosi, żeby wrócili na oddział, bo chłopiec dopiero przywieziony z badania płacze, że przegapił Batmana. Wracają. W korytarzu wita ich kilkuletni Sebastian. – Jak tylko mnie zobaczył, chciał się przytulić. Jakiś czas później znowu go odwiedziłem, razem ze Spidermanem. Był już w bardzo ciężkim stanie. Spędziliśmy przy jego łóżku cztery godziny – opowiada założyciel Ligi Superbohaterów.

Zazwyczaj sami kontaktują się ze szpitalami. Jeśli jednak jakiś oddział chciałby, żeby odwiedzili jego pacjentów, zapraszają do kontaktu.

NIE ZAŚNIJ NA MISJI

– W naszym szpitalu superbohaterowie pojawiają się coraz częściej. To świetna zabawa nie tylko dla najmłodszych, ale też starszych dzieci oraz nastolatków.

► Redukują stres i przeciwdziałają traumie spowodowanej operacją czy pobytem w szpitalu

Fot. Michał Brańka / Fundacja Czerwone Noski Klown w Szpitalu



Każdy ma ulubioną postać ze świata filmów, książek i komiksów. Zobaczenie jej na żywo pobudza wyobraźnię. To mocne, ciekawe i radosne doświadczenie. Takie odwiedziny motywują, by wstać z łóżka, wyjść na korytarz albo

Potrąfią odwrócić uwagę dziecka, dzięki czemu możemy spokojnie podłączyć pacjenta pod monitoring EKG, ciśnieniomierz, pulsoksymetr, podać dożylnie leki usypiające

oraz specjalista psychoonkologii z Kliniki Onkologii i Chirurgii Onkologicznej Dzieci i Młodzieży Instytutu Matki i Dziecka (IMiD) w Warszawie. – Szpital nie jest miejscem, w którym chcemy się znaleźć. Pobyt jest trudnym doświadczeniem dla osoby dorosłej, a co dopiero dla dziecka. Wprowadzenie radości i zabawy odwraca uwagę od przykrych czynności medycznych i może wpłynąć korzystnie na postawę pacjenta podczas jego dalszego pobytu w szpitalu – dodaje.

Rodzice dzwonią czasem do Fundacji, że ich umierające dziecko marzy o spotkaniu z superbohaterem. Martę z Kwidzynia odwiedzieli w jej piątą urodziny. – Pojechaliśmy do niej do domu. Byłem w roli Spidermana, a kolega Batmana. Dziewczynka chorowała na glejaka

choćby podnieść głowę z poduszki. To pozwala skupić uwagę na czymś innym niż kroplówki, badania, zabiegi i ból – komentuje Joanna Pruban, psycholog, pedagog

mózgu. Bawiliśmy się razem, graliśmy w planszówki. Batman przygrywał na gitarze. Ja z nią zatańczyłem. Chwyciłem ją za tę małą rączkę, a pod maską lały mi się łzy. Dało się wyczuć, że ona gaśnie. Po jakimś czasie, jadąc na inną misję, pomyślałem, że do niej zadzwonię. Powiedziałem jej, że wybieram się do dzieci, ale jestem strasznie śpiący. Odpowiedziała łamiącym się głosem, bo była już wtedy bardzo słaba: „Nie zaśnij na misji”. To była nasza ostaną rozmowa – wspomina Tomasz Gierwiatowski.

KONCERT NA BLOKU OPERACYJNYM

Badanie rezonansem magnetycznym jest dla dziecka na tyle trudne, że często musi być wykonywane pod narkozą. Kłauuni medyczni z Fundacji Czerwone Noski potrafią jednak tak czarować, że udaje się jej uniknąć. Dziewięcioletniej Hani, pacjentce jednego z warszawskich szpitali, dzięki ich asyście zrobiono MRI bez narkozy. – Organizujemy w szpitalu dyskotekę. Czy pomogłabyś w wyborze utworów? Musisz wjechać do specjalnej tuby,

gdzie usłyszysz różne dźwięki. Będziesz mnie widziała w lusterku, ale musisz spokojnie leżeć, a po wszystkim zdać relację, co usły-

Bawiliśmy się razem. Batman przygrywał na gitarze. Ja z nią zatańczyłem. Chwyciłem ją za tę małą rączkę, a pod maską lały mi się łzy. Dało się wyczuć, że ona gaśnie

szałaś – powiedział dziewczynce klaun Ordynator Boguś Siemanko. – Słuchaj, pomyśl z dyskoteką jest świetny, ale musicie zmienić DJa – odparła po badaniu. Odczyt był idealny.

Fundacja Czerwone Noski Kłown w Szpitalu odwiedza regularnie dzieci w 11 szpitalach w dziewięciu miastach Polski. Od ponad dekady w każdy poniedziałek zaglądają też do Kliniki Budzik. Leczą śmiechem przez sztukę – z elementami kabaretu, muzyki i improwizacji. Są partnerem Red Noses

International z siedzibą w Wiedniu, gdzie w Międzynarodowej Szkole Humoru organizowane są szkolenia dla profesjonalnych kłauunów medycznych. Warsztaty dzielą się na artystyczne, psychologiczne, socjologiczne oraz z podstaw medycyny. – Nasi kłauuni medyczni to zatrudnieni przez fundację artyści. Wszyscy, zanim wejdą do szpitala, przechodzą kilkumiesięczne szkolenie. Z każdym dzieckiem pracujemy indywidualnie. Niektórzy pacjenci uwielbiają, gdy doprowadzamy ich do śmiechu, inni potrzebują spokojnej muzyki i relaksu. Trzeba umieć odpowiednio dobrać działanie do potrzeb pacjenta – opowiada Monika Dąbrowska-Jarosz, klaun medyczny pseudonim Doktor Eugenia Pluj.

Do szpitali przychodzą w duetach. Dziwnie ubrani, w przykrótkich spodniach, kapeluszu z woalką, z narzuconym kitem lekarskim i obowiązkowo czerwonym noskiem. Każdy ma magiczną torbę. – Ja w swojej mam Świnę



◀ Gdy wolontariusze Fundacji Dr Clown wchodzi na oddział, wraz z nimi pojawia się niesamowita energia



Fot. Dulny Foto / Liga Superbohaterów



Fot. Dulny Foto / Liga Superbohaterów

▲ Na onkologii jest dużo cierpienia, ale jest też wiele pięknych momentów, bo mnóstwo dzieci udaje się wyleczyć

◀ Takie odwiedziny motywują, by wstać z łóżka, wyjść na korytarz albo chociaż podnieść głowę z poduszki

Józefinę, która pomaga mi mierzyć temperaturę, kalimbę, ukulele i inne akcesoria. Wspólnie z dzieckiem staramy się zaczarować przestrzeń szpitalną w bardziej przyjazne miejsce. Razem komponujemy piosenki. Uśmiech ma ogromną moc, nie mam żadnych wątpliwości. Odwiedzając pacjentów, widzę strach, znudzenie, ból, lęk. Zaczynam działać, a stres odpuszcza i to zarówno u dziecka, jak i jego mamy czy taty. Nasze zadanie to zredukować stres i przeciwdziałać traumie spowodowanej operacją czy pobytem w szpitalu – dodaje.

Czerwone Noski poza oddziałami szpitalnymi przychodzą też z regularnymi wizytami na blok operacyjny. W Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie i trzech innych placówkach (w Warszawie, Poznaniu i Wrocławiu) są kilka razy w tygodniu z programem „Pogotowie uśmiechu”.

– Operacja wzbudza lęk. Obecność pań i panów z Czerwonych Nosków wpływa na dzieci fenomenalnie. Jestem nimi zachwycona. Już na sam ich widok na twarzy pojawia się uśmiech. A jak zaczynają działać, pozytywna atmosfera udziela się personelowi. Goście potrafią znakomicie odwrócić uwagę dziecka, dzięki

czemu możemy spokojnie podłączyć pacjenta pod monitoring EKG, ciśnieniomierz, pulsoksymetr, podać dożylnie leki usypiające. Dziecko mniej się boi przed zabiegiem, a po wybudzeniu z narkozy jest spokojniejsze. Oni po prostu usprawniają nam pracę. Co ważne, absolutnie nie przeszkadzają – mówi dr n. med. Ilona Batko, anestezjolog z Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego (USD) w Krakowie.

MARZYCIELE

Każde dziecko o czymś marzy, ale te, które chorują na choroby zagrażające ich życiu, są w sytuacji szczególnej. Dla nich działa Fundacja Mam Marzenie. Jakie marzenia spełnia? Ośmioletnia Agnieszka z Wrocławia marzyła, aby polecieć helikopterem w stroju kota. Dziewięcioletni Ignacy zapragnął spotkać się z ratownikami Tatrzańskiego Ochotniczego Pogotowia Ratunkowego (TOPR) w ich siedzibie. Dwunastoletnia Zuzia chciała pojechać nad morze. Lista jest długa. Krystian marzył,

by nikt nie cierpiał tak jak on, więc fundacja wykonała badania profilaktyczne dla uczniów jego szkoły. – W czerwcu zrealizowałam marzenie Dominika, którym był wyjazd do Barcelony na wyścig Formuły 1. Chłopak czekał na nie cztery lata. Część marzycieli nie ma jednak tyle czasu. Są sytuacje, kiedy musimy działać szybko. Czasem marzenia spełniamy na oddziałach szpitalnych, oczywiście za zgodą personelu medycznego – mówi Aleksandra Bieg, rzeczniczka prasowa Fundacji Mam Marzenie.

Zdarza się, że dzieci do fundacji zgłasza personel medyczny. – Mieliliśmy zgłoszenia z oddziałów onkologicznych, np. z Białegostoku, Gorzowa Wielkopolskiego, Lublina i Trójmiasta – opowiada Aleksandra Bieg. – Przez swoją działalność chcemy dostarczyć chorym dzieciom i ich rodzinom niezapomnianych wrażeń, które pozwolą choć na chwilę zapomnieć o cierpieniu, wniosą w ich życie radość, siłę do walki z chorobą i nadzieję na przyszłość – dodaje.

WAŻNE SPRAWY

Gorzkie pigułki w raporcie OECD

Najgorsze statystyki zgonów spowodowanych zanieczyszczeniami powietrza, fatalne o nadużywaniu antybiotyków i profilaktyce zdrowotnej. Obraz Polski w raporcie „Health at a Glance” jest katastrofalny. I mało zaskakujący.

Listopad to dla Polaków niebezpieczna pora – wieszczył w „Nocy listopadowej” Stanisław Wyspiański. I choć nie miał na myśli corocznej publikacji raportu OECD poświęconego ochronie zdrowia, z przewidywania przyszłości wywiązał się znakomicie. Również tegoroczna edycja „Health at a Glance” roi się od wilczych dołów i innych, w większości nieprzyjemnych niespodzianek.

Średnia długość życia w krajach OECD – 80,3 lat. W Polsce 75,5 roku – wyprzedzamy tylko kilka państw. Liczba zgonów możliwych do uniknięcia? OECD: średnia 237 zgonów na 100 tys. vs. Polska: 344. Najgorsze w całym OECD statystyki zgonów spowodowanych zanieczyszczeniami powietrza. Fatalne dane o nadużywaniu antybiotyków i profilaktyce zdrowotnej. To tylko migawka z raportu, który w 2023 r. obejmuje wszystkie kraje OECD, państwa kandydujące oraz wybrane kraje partnerskie klubu najbardziej rozwiniętych państw świata. Zaskoczeni jego treścią mogą być chyba tylko ci, którzy serio traktowali propagandowy, zafałszowany przekaz ostatnich lat o paśmie jeśli nie sukcesów, to osiągnięć na polu ochrony zdrowia.

STABILNIE I FATALNIE

W 2022 r. Polska wydawała na zdrowie 6,7 proc. PKB. To wydatki łączne: publiczne i prywatne. W tym czasie średnia dla krajów OECD wynosiła 9,2 proc. Zajmując dziesiąte miejsce od końca, wyprzedzamy całkiem sporo państw – m.in. kraje Ameryki Południowej, Indie, Chiny czy Indonezję, a także Bułgarię i Rumunię. Jeśli chodzi o wydatki per capita PPP (parytet siły nabywczej), z niepełną 3 tys. USD (średnia OECD – ok. 5 tys. USD) wyprzedzamy 17 krajów,

ale tylko pięć z nich należy do UE (Węgry, Słowacja, Chorwacja, Bułgaria i Rumunia).

Poziom wydatków ogółem rządu 6,5-6,7 proc. PKB (z wydatkami publicznymi poniżej 5 proc., w 2022 r. ok. 4,8 proc. PKB) to rzeczywistość potwierdzana praktycznie w każdym raporcie OECD – i w edycjach

Większość problemów, jakie dotyczą kadry lekarskiej, współdzielimy z innymi krajami, nawet jeśli sytuacja w najbogatszych jest nieco lepsza

„światowych”, i ukazujących się naprzemiennie europejskich, publikowanych wspólnie z Komisją Europejską. Jak to pogodzić z narracją o dynamicznym, bezprecedensowym, historycznym wzroście nakładów, jaki – zdaniem oddającego władzę obozu Zjednoczonej Prawicy – obserwujemy od blisko ośmiu lat?

Ten wzrost był, jak wielokrotnie wskazywaliśmy na łamach „Gazety



MAŁGORZATA SOLECKA
DZIENNIKARKA

Lekarskiej”, w ogromnym stopniu fikcją. Choć w kwotach nominalnych przyrost złotych przeznaczanych na zdrowie mógł robić wrażenie (zwłaszcza w ostatnich latach, gdy do gry włączyła się inflacja), odnośnienie wydatków na zdrowie do PKB sprzed dwóch lat było zręcznym zabiegiem księgowym, który pozwalał politykom szczerzyć się w wystąpieniach, jak wielką wagę przywiązują do zdrowia. Fikcja, choć „jakiś” wzrost raport OECD też potwierdza (musi, skoro opierał się na danych rzeczywistych, przekazywanych przez Polskę). Autorzy raportu wzięli pod lupę dynamikę wzrostu nakładów na zdrowie w latach 2015-2019 i po roku 2019. I tutaj możemy mówić znów o niemiłej niespodziance. O ile bowiem polski wzrost nakładów w latach 2015-2019 wynosił 4,4 proc. w ujęciu rocznym i był wśród krajów OECD zauważalnie wyższy od średniej, w latach 2019-2022, po pierwsze, spadł do 4 proc., a po drugie, biorąc pod uwagę średnią OECD, która wzrosła z 2,9 do 3,3 proc., prezentuje się o wiele skromniej.



fot.: Shutterstock.com

DRUGIE MIEJSCE ... OD KOŃCA

Raport rzuca też wiązkę światła na kwestię bilansu pandemii COVID-19, w przypadku Polski jednoznacznie tragicznego. To nie jest oczywiście pełna odpowiedź na pytanie o jedną z najwyższych w Europie śmiertelności z powodu COVID-19 i śmiertelności nadmiarowej, ale z pewnością trop, który należy poddać dokładnej analizie. Jak czytamy w części poświęconej finansom, wydatki na profilaktykę w krajach OECD rosły przed pandemią w tempie 2 proc. rocznie. W latach 2019-2022 – było to blisko 50 proc., co dziwić nie może, bo w tej kategorii mieszczą się wydatki na szczepionki i szczyptę, testowanie, środki ochrony indywidualnej etc.

Nie ma analizy w rozbiciu na poszczególne kraje samej dynamiki wydatków na prewencję, ale jest porównanie udziału tych wydatków w ogólnych wydatkach na zdrowie w latach 2019 i 2021. Średnia dla OECD to odpowiednio 2,3 proc. i niemal 6 proc. Liderem zestawienia pod względem wydatków w 2021 r. jest Wielka Brytania (12 proc.), która przed pandemią wydawała na ten cel ok. 5 proc. Powyżej 8 proc. na prewencję w czasie pandemii wydawały jeszcze: Austria (10 proc.), Korea Południowa, Dania i Holandia (9 proc.), Czechy i Estonia (8 proc.). Polska? Zajmuje w tym zestawieniu drugie miejsce...

od końca, z 2 proc. wydatków na prewencję (praktycznie bez zmian wobec 2019 r.).

WIELKIE KŁAMSTWO

Ale raport OECD nie skupia się tylko na pieniądzu. Drugim obszarem wielkiej fikcji czy też wprost – wielkiego kłamstwa – są kwestie kadrowe. W tym te dotyczące zawodu lekarza. Ze wskaźnikiem 3,4 na tysiąc mieszkańców praktycznie

Dwadzieścia lat temu wiek 55 lat osiągnął lub przekroczył co piąty lekarz, w tej chwili już co trzeci; w Polsce powyżej 55 lat ma 38 proc. lekarzy

nie odstawiamy pod względem liczby lekarzy w przeliczeniu na populację od średniej OECD (3,7). Co więcej, większość problemów, jakie dotyczą kadry lekarskiej, współdzielimy z innymi krajami tego klubu, nawet jeśli sytuacja w najbogatszych jest nieco lepsza. To w zupełnie innych segmentach obszaru kadr mamy głęboki kryzys – wbrew temu, co przez ostatnie lata (zwłaszcza 2020-2023) twierdzili decydenci.

I wbrew podejmowanym przez nich decyzjom.

Po pierwsze, sektor ochrony zdrowia w Polsce (co trudno uznać za sensację w świetle omówionych wcześniej nakładów) nie jest atrakcyjnym pracodawcą. Autorzy raportu podkreślają, że w ostatniej dekadzie zatrudnienie w sektorze ochrony zdrowia i wsparcia społecznego (to łączna kategoria obejmująca usługi na pograniczu zdrowia i opieki społecznej, takie jak asystenci osób starszych, niesamodzielnych etc.) rosło w krajach OECD w zawrotnym tempie (wzrost o 24 proc. vs. 10 proc. wzrost w gospodarce). W Norwegii i Szwecji pracuje w nim już co piąty w ogóle zatrudniony, w tym kierunku zmierzają też Dania i Finlandia. Średnia dla OECD wynosi w tej chwili 10,3 proc. W Polsce zatrudnienie znajduje w tym sektorze usług 6,5 proc., a wzrost od 2011 r. można uznać za nieistotny.

OECD notuje wzrost wskaźnika liczby lekarzy na tysiąc mieszkańców (z 3 do 3,7) w ciągu dekady, ale zwraca też uwagę na gwałtowne starzenie się kadr lekarskich. Dwadzieścia lat temu wiek 55 lat osiągnął lub przekroczył co piąty lekarz, w tej chwili – już co trzeci.

ILE ZARABIA LEKARZ

Autorzy raportu zastrzegają, że metodologia zestawienia jest wątpliwa, bo kraje raportują bardzo różne dane (widać to choćby na przykładzie Polski, gdzie wynagrodzenie specjalistów wynosi 1,4 średniej krajowej – to odniesienie do ustawy o wynagrodzeniach minimalnych, na pewno nie do realnych danych). Jednak patrząc wyłącznie na tę informację, raport potwierdza, że trzykrotność średniej krajowej dla specjalistów nie jest niczym wyjątkowym w krajach wysokorozwiniętych. Warto również zwrócić uwagę, że w ciągu dziesięciu ostatnich lat wynagrodzenia lekarzy (dla uproszczenia – POZ) rosły według raportu w tempie 5,2 proc. w skali roku, a lekarzy specjalistów – ponaddwukrotnie niższym (2,7 proc.). Liderem wzrostu są Węgry (11,3 proc. i 13 proc.), zaś peleton zamyka Estonia, w której wynagrodzenia w obu kategoriach wzrosły o ok. 5 proc. w ujęciu rocznym. W kilku krajach, w tym dwóch europejskich (Wielka Brytania i Portugalia), wynagrodzenia lekarzy w ciągu dekady mimo pandemii spadły.

Najwięcej lekarzy w starszej grupie wiekowej mają Włochy (55 proc., na początku XXI wieku było to niespełna 30 proc.), ale ogromny problem ma też Francja (45 proc. vs. 18 proc.) czy Hiszpania (co prawda odsetek w tej chwili na poziomie średniej OECD, ale dwadzieścia lat temu 55 lat i więcej miał co dziesiąty hiszpański lekarz). Polska (danych za 2000 r. brak) ma 38 proc. lekarzy w wieku powyżej 55 lat.

DOMINUJĄ KOBIETY

Na dostępność do usług lekarskich będzie mieć też wpływ feminizacja zawodu. W ciągu dwóch dekad odsetek kobiet wzrósł z 40 do 50 proc. Trzy pierwsze miejsca z odsetkiem przekraczającym 70 proc. zajmują trzy państwa bałtyckie – Łotwa, Estonia i Litwa, zaraz za nimi są Rumunia, Słowenia i Chorwacja. To niewątpliwie dziedzictwo czasów komunizmu, ale utrwalone w kolejnych trzydziestu latach przez przede wszystkim niskie nakłady na zdrowie i przez to mniejszą atrakcyjność zawodu lekarza. W Polsce odsetek kobiet w zawodzie lekarza to

58 proc. – zanotowaliśmy minimalny wzrost od 2000 r. W krajach Europy Zachodniej i Południowej czy zwłaszcza w Japonii zawód lekarza jest zdominowany przez mężczyzn (choć wchodzi do niego coraz więcej kobiet).

Raport zwraca też uwagę na nierówności geograficzne w rozmieszczeniu lekarzy. To nie jest tylko polski problem – i może nawet nie przede wszystkim. Średnio w OECD wskaźnik liczby lekarzy w przeliczeniu na populację w największych metropoliach oscyluje wokół 4,5 na tysiąc mieszkańców wobec 3,2 w rejonach oddalonych od wielkich miast (dane pochodzą tylko z czternastu krajów, brakuje Polski). Litwa ze wskaźnikami 6,2 vs. 2,7 jest klinicznym przykładem tego zjawiska.

Pogłębiająca się luka demograficzna w zawodach medycznych (zwłaszcza lekarskim) przy zwiększającym się popycie na świadczenia zdrowotne powoduje coraz większą presję na systemy ochrony zdrowia, również w zakresie kształcenia w zawodach medycznych.

KSZTAŁCĄ NA EKSPORT

Liczba absolwentów kierunków lekarskich w krajach OECD wzrosła z 93 tys. w 2000 r. do 114 tys. w 2010 r. i do 160 tys. w 2021 r. – czytamy w raporcie. W 2021 r. wskaźnik liczby absolwentów kierunków lekarskich wahał się od ok. 7 na 100 tys. mieszkańców w Izraelu do 27,3 na Łotwie. Kolejne kraje ze wskaźnikiem ponad 26 to Rumunia i Irlandia, trzy kolejne – Dania, Litwa i Bułgaria – przekroczyły wskaźnik 20, a Słowacja się o niego otarła. Średni wskaźnik dla OECD wyniósł w 2021 r. 14,2. Polska ze wskaźnikiem 13,4 jest blisko średniej, choć do Czech – z którymi najczęściej się porównujemy (17) brakuje nam jeszcze całkiem sporo.

Jednak te wskaźniki wymagają legendy, inaczej mogą wprowadzać w błąd. W Irlandii ogromną część absolwentów stanowią obcokrajowcy (Wielka Brytania, USA, Kanada), którzy po skończeniu studiów wracają do swoich krajów. Również kraje Europy Środkowo-Wschodniej dużą część lekarzy kształcą „na eksport”, prowadząc studia w języku angielskim. Z drugiej strony jest Izrael, którego obywatele

studia medyczne odbywają za granicą – dlatego ten kraj ma tak niski wskaźnik absolwentów, choć problemu z liczbą lekarzy nie ma.

ZA MAŁO I ZA WOLNO

Jeśli chodzi o pielęgniarstwo, raport nie pozostawia wątpliwości, że choć kształci się ich coraz więcej – ciągle za mało i za wolno w stosunku do potrzeb. W 2021 r. wskaźnik absolwentów kierunków pielęgniarstwa w przeliczeniu na populację przekroczył 100 w czterech krajach (Australia, Szwajcaria, Rumunia i Korea Południowa), zaś najniższy był w Bułgarii i Kolumbii (8) oraz Luksemburgu (12). Średnia OECD to niemal 43. Polska tym razem znacząco poniżej średniej – 30.

– Szkolenie nowych lekarzy i pielęgniarek zajmuje wiele lat, rekrutacja z zagranicy może zapewnić szybsze rozwiązanie i natychmiastowo zaradzić niedoborom, chociaż może to pogłębić niedobory w krajach pochodzenia – zwracają uwagę autorzy raportu. Niektóre kraje opierają rozwiązywanie swoich problemów kadrowych na pozyskiwaniu profesjonalistów medycznych, zarówno lekarzy, jak i pielęgniarek, wykształconych za granicą: to przede wszystkim Australia, Kanada, Irlandia, Izrael, Nowa Zelandia, Szwajcaria, Wielka Brytania i Stany Zjednoczone.

Sklonność państw do pozyskiwania profesjonalistów medycznych za granicą wzrosła w czasie pandemii: gdy w 2010 r. w krajach OECD (średnio) pracowało 15 proc. lekarzy, którzy nie uzyskali dyplomu w kraju zatrudnienia, w czasie pandemii był to już niemal co piąty. Polska ze wskaźnikiem 2,7 proc. dwa lata temu zajmowała ostatnie miejsce na „podium”, pozostając jeszcze za Włochami. W Czechach odsetek lekarzy wykształconych za granicą to 7,6 proc.

W przypadku pielęgniarek na czele stawki jest Irlandia (50 proc.), za którą plasują się Nowa Zelandia i Szwajcaria (25-30 proc. pielęgniarek wykształconych za granicą). Średnia OECD to 8,7. Polska tym razem zamyka stawkę – 0,2 proc.

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

Patronat Gazety Lekarskiej

RZESZÓW

Pochwal się dokonaniem naukowym w medycynie

Wiosną przyszłego roku, na przełomie kwietnia i maja, odbędzie się Kongres Stowarzyszenia Studentów Medycyny (RIMSA Congress 2024). Rzeszów stanie się miejscem, w którym młodzi naukowcy i ośrodki badawcze z całego świata będą miały szansę na nawiązanie kontaktów.

Wydarzenie skierowane jest zarówno do pracowników, jak i studentów uczelni medycznych, którzy chcą podzielić się swoimi dokonaniem naukowymi obejmującymi różne

dziedziny medycyny. Wystąpienia studentów będzie oceniała specjalna komisja.

Na kongresie będzie można zaprezentować wyniki autorskich prac badawczych, ankietowych i przeglądowych. Formularz rejestracyjny można odnaleźć na stronie <https://rimsacongress.com>.

Na kongresie nie zabraknie również wykładów wybitnych specjalistów z zakresu chorób wewnętrznych, pediatrii, genetyki, immunologii, chirurgii,

ginekologii, anestezjologii oraz nauk podstawowych.

Uczestnicy mogą liczyć na liczne sesje tematyczne, a na każdej z nich na ciekawe prezentacje. Dostępny będzie również duży wybór warsztatów, które pozwolą zdobyć i poszerzyć praktyczne umiejętności.

Organizatorem kongresu jest Stowarzyszenie Studentów Medycyny Kolegium Nauk Medycznych Uniwersytetu Rzeszowskiego działające przy Instytucie Nauk Medycznych Uniwersytetu Rzeszowskiego. ●

PRAWO I MEDYCYNĄ

Zawód zaufania publicznego zobowiązuje

To lekarz jest najlepiej poinformowany o zapadłych wyrokach i powinien do nich się stosować. Uprawnione jest również oczekiwanie od niego, że poinformuje o nich samorząd.

Przepisy Kodeksu karnego, na podstawie których sądy powszechne (karne) zakazują wykonywania lekarzowi zawodu lub ograniczają jego wykonywanie, są umieszczone w części ogólnej w rozdziale V Środki karne.

Zainteresowanych szczegółami odsyłam do art. 41. Główny przekaz przepisu ma brzmienie: „§ 1. Sąd może orzec zakaz zajmowania określonego stanowiska albo wykonywania określonego zawodu, jeżeli sprawca nadużył przy popełnieniu przestępstwa stanowiska lub wykonywanego zawodu albo okazał, że dalsze zajmowanie stanowiska lub wykonywanie zawodu zagraża istotnym dobrom chronionym prawem”.

Przepis ten nie dotyczy tylko lekarzy. W związku z brzmieniem tego i następnych paragrafów zapadają wyroki o niejednolitym brzmieniu i niejednolitych warunkach zakazu. Nie do pominięcia jest też odmienne słownictwo.

Zakaz wykonywania zawodu orzeczony w wyroku sądu karnego jest odpowiednikiem zawieszenia prawa wykonywania zawodu orzeczonego przez sąd lekarski. Pozbawienie prawa wykonywania zawodu orzeczone przez sąd lekarski wydaje się być odpowiednikiem wyroku sądu karnego zakazującego lekarzowi wykonywania zawodu dożywotnio (§ 1a). Piszę – wydaje się być – gdyż zgodnie z moją wiedzą taki wyrok sądu karnego jeszcze nie zapadł.

PEWNA NIEKONSEKWENCJA

W przeszłości spotykaliśmy się z wieloma zakazami wykonywania zawodu lekarza sporządzonymi przez sądy w formie opisowej, które prezesi wykonujący te wyroki słusznie interpretowali jako ograniczenia zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza. Zdarzały się wyroki zakazujące zajmowania stanowiska dyrektora jednostki czy też kierownika oddziału, co oczywiście było odpowiednikiem „naszego” zakazu zajmowania stanowisk kierowniczych

GRZEGORZ WRONA

SEKRETARZ
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ



w jednostkach organizacyjnych ochrony zdrowia.

Warto też wspomnieć o okresach zakazu zajmowania określonego stanowiska albo wykonywania zawodu przez lekarza orzekanego w wyrokach sądów, gdyż i tu spostrzegamy odmienności od przepisów ustawy o izbach lekarskich. Co do zasady sąd w wyroku określa długość kary w latach: od roku do lat piętnastu. Kolejną przesłanką z ustawy, którą prezes okręgowej rady lekarskiej winien brać pod uwagę, jest to, iż okres, na który orzeczono zakaz (wykonywania zawodu lekarza) nie biegnie w czasie odbywania kary pozbawienia wolności. Widać tu pewną niekonsekwencję ustawodawcy dopuszczającego przecież wykonywanie zawodu lekarza za pośrednictwem i przy wykorzystaniu środków przekazu elektronicznego. Prezes staje więc przed kłopotem, jak skutecznie karę wykonać. Nie do pominięcia są też okoliczności doręczenia przez sąd prawomocnego wyroku do wykonania, które następuje niejednokrotnie w odległym czasie od dnia jego prawomocności. No i skomplikowane przepisy dotyczące wykonywania kary pozbawienia wolności, okresu jej wykonania i możliwości jej skrócenia. Wiadomości o tych okolicznościach też nie przepływają płynnie. Oczywiście

nie wolno zapominać, że wykonujemy zawód zaufania publicznego, co zobowiązuje. To lekarz jest najlepiej poinformowany o zapadłych wyrokach i powinien do nich się stosować. Domniemanie obowiązku poinformowania o wyroku swojego samorządu jest uprawnione.

NIE WSZYSTKO TRAFIA DO REJESTRU

I tu dochodzimy do znanej już nam zasady praktycznych działań prezesa, tj. wpisania wzmianki o zakazie do okręgowego rejestru lekarzy (nastąpi replikacja do Rejestru Centralnego, publicznie dostępna), poinformowania właściwego oddziału ZUS, centrali NFZ, właściwego wojewody, podmiotu/ów, w którym lekarz wykonuje zawód, właściwej okręgowej rady prowadzącej RPWDL, a także okręgowej komisji wyborczej. Jest też zobowiązanie lekarza do złożenia dokumentu prawo wykonywania zawodu celem dokonania wpisu o orzeczonym środku karnym (sytuacja się zmieni w chwili elektronicznej informacji o naszych uprawnieniach!).

I jeszcze o jednej odmienności – wzmianka o zakazie wykonywania zawodu wynikająca z wyroku sądu karnego nie jest umieszczana w Rejestrze Ukaranych Lekarzy i Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej. Czy to niekonsekwencja ustawodawcy?

PRAWO I MEDYCYNĄ

Trudne decyzje: leczenie bez zgody

Okoliczności hospitalizacji na oddziałach psychiatrycznych wymagają od lekarzy szczególnej znajomości przepisów regulujących możliwość leczenia bez zgody. Powinno się uwzględnić, czy zachodzi stan nagły.

Ubezwłasnowolniona całkowicie, głuchoniema 25-letnia kobieta ze znacznym upośledzeniem umysłowym i zaburzeniami zachowania, pensjonariuszka domu pomocy społecznej (DPS), była wielokrotnie hospitalizowana z powodu agresji. Po trzech dniach od ostatniego pobytu na oddziale psychiatrycznym zespół ratownictwa medycznego w asyście policji zawiózł pacjentkę na izbę przyjęć z uwagi na zgłaszaną przez personel próbę samookaleczenia. Po zebraniu wywiadu i zbadaniu chorej lekarz dyżurny odmówił przyjęcia, wskazując na możliwość zastosowania w razie potrzeby przymusu bezpośredniego przez personel DPS zgodnie z art. 18 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Psychiatra wskazał na możliwe uruchomienie procedury leczenia stacjonarnego w trybie wnioskowym poprzez sąd opiekuńczy.

Następnego dnia lekarz poradni zdrowia psychicznego wystawił skierowanie na leczenie psychiatryczne w warunkach oddziału psychiatrycznego ze względu na agresywne zachowanie w stosunku do personelu i próbę samookaleczenia. Tym razem dyrektor placówki zawiózła podopieczną osobiście, własnym transportem do szpitala. Kolejny dyżurny lekarz psychiatra także stwierdził brak wskazań do przymusowej hospitalizacji ze względu na nieobecność objawów psychotycznych. Uznał jednak, że niemożliwy jest także inny tryb przyjęcia na oddział pod nieobecność przedstawiciela ustawowego. Potwierdził ustalenia swego poprzednika dotyczące trybu wnioskowego.

W związku z tą odmową dyrektor DPS złożyła skargę do okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej (OROZ). Uznała, że należało kobietę umieścić na oddziale psychiatrycznym na podstawie art. 22 ust. 2a ustawy o ochronie zdrowia psychicznego: „W przypadkach nagłych osoba (...) może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez wcześniejszego

ZBIGNIEW KUZYSZYN
NACZELNY RZECZNIK
ODPOWIEDZIALNOŚCI
ZAWODOWEJ



uzyskania zgody sądu opiekuńczego. W takim przypadku lekarz przyjmujący tę osobę ma obowiązek, o ile to możliwe, zasięgnięcia pisemnej opinii innego lekarza, w miarę możliwości psychiatry, albo pisemnej opinii psychologa”.

KONFLIKT, A NIE ZAOSTRZENIE CHOROBY

Rzecznik odpowiedzialności zawodowej skierował wniosek o ukaranie, zarzucając lekarzowi dyżurnemu izby przyjęć oddziału psychiatrycznego odmowę przyjęcia do szpitala mimo posiadanego skierowania. W ocenie OROZ lekarz nie wykazał się należyłą starannością, gdyż nie zebrał dokładnego wywiadu na temat pacjentki i zignorował zgłaszane przez dyrektor DPS informacje o niedosłuchu i braku kontaktu słownego z chorą.

Okręgowy sąd lekarski (OSL) uniewinnił obwinionego lekarza od zarzucanego czynu. W toku postępowania sądowego wykazano, że pacjentka w czasie transportu i na izbie przyjęć była spokojna, mimo że nie była pod wpływem leków uspokajających. Słusznie uznano, iż może być leczona w warunkach DPS z możliwością zastosowania przymusu bezpośredniego. Stwierdzono, że nie zachodziła sytuacja nagła, o której mowa w art. 22 ust. 1 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego („Osoba

chora psychicznie może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez zgody wymaganej w art. 22 tylko wtedy, gdy jej dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu tej choroby zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób”). Zatem przyjęcie było możliwe jedynie za zgodą opiekuna prawnego lub sądu opiekuńczego. Analiza sprawy wykazała, że zachowanie pensjonariuszki wynikało z konfliktowej sytuacji, a nie z powodu zaostrzenia stanu psychicznego.

OKOLICZNOŚCI HOSPITALIZACJI

Naczelny Sąd Lekarski utrzymał orzeczenie sądu I instancji. Zgadzając się z argumentacją OSL, dodatkowo zaznaczył, że podopieczna powróciła transportem zakładu opieki długoterminowej do DPS bez konieczności podawania leków.

Należy podkreślić przy okazji tej sprawy, że okoliczności hospitalizacji na oddziałach psychiatrycznych wymagają od lekarzy szczególnej znajomości przepisów regulujących możliwość leczenia bez zgody. Powinno się bowiem uwzględnić, czy zachodzi stan nagły. W dalszej kolejności, czy hospitalizacja dotyczy osoby małoletniej powyżej 16. roku życia, czy osoby pełnoletniej całkowicie ubezwłasnowolnionej, ale zdolnej do wyrażenia zgody.

PRAWO I MEDYCYNĄ

Rezydentura – szczególny rodzaj umowy o pracę

JAKUB KOSIKOWSKI
LEKARZLESZEK KUBICZ
RADCA PRAWNY

Lekarz podpisuje umowę na okres szkolenia specjalizacyjnego. I choć zawiera ją ze szpitalem, jego pensję finansuje budżet państwa ze środków przeznaczonych na ten cel.

W kolejnym odcinku zapoczątkowanego w poprzednim numerze „Gazety Lekarskiej” cyklu (GL 11/2023 „Jaka umowa, taka praca”) omówimy specjalny rodzaj umowy o pracę, jakim jest rezydentura. Ponieważ jest ona poniekąd umową trójstronną (oprócz umowy między lekarzem i pracodawcą, dodatkowo pracodawca zawiera umowę z Ministerstwem Zdrowia), zasady są tu odrobinę inne niż przy zwykłym etacie. W tym przypadku dodatkowo do reguły „Jeśli masz jakiś spór prawny z pracodawcą – zawsze zgłoś się po pomoc do swojej okręgowej izby lekarskiej” dochodzi „oraz do Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, Urzędu Wojewódzkiego – Wydziału Zdrowia oraz Ministerstwa Zdrowia”.

PROGRAM SPECJALIZACJI

Umowa o pracę w formie rezydentury jest obecnie podstawową i najczęściej wybraną formą uzyskania specjalizacji w Polsce. Z racji tego, że jest umową o pracę, pewne rzeczy są dokładnie takie same jak w przypadku opisanego w poprzednim wydaniu „Gazety Lekarskiej” etatu. Co ciekawe, każdemu przysługuje możliwość ukończenia tylko jednej rezydentury, ale od niedawna można ją zmienić nie tylko w przypadku przeciwwskazań zdrowotnych, ale po prostu bez uzasadnienia.

Jeśli chodzi o to, co trzeba wiedzieć o rezydenturze, poza tym co podamy w dalszej części tekstu – w nocy o północy trzeba znać swój program specjalizacji. To dokument, który zmienia się co kilka lat. Dlatego to, co obowiązują starszych/młodszych kolegów i koleżanki na oddziale, niekoniecznie musi obowiązywać również nas. Warto wiedzieć,

czy nasz program specjalizacji zakłada np. dyżury w Nocnej Pomocy Lekarskiej (NPL) lub Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (SOR), co może być istotne w przypadku braku obsady. Warto program specjalizacji pobrać np. na telefon, by zawsze móc to szybko sprawdzić.

DYŻURY I NADGODZINY

W przypadku rezydentury zasady opodatkowania i oskładkowania umowy są takie same jak przy zwykłej umowie o pracę.

Podobnie jest w przypadku odpowiedzialności finansowej lekarza za błąd medyczny czy uszkodzone mienie – jest taka sama jak przy umowie o pracę.

Takie same są również czas pracy, dyżury medyczne i nadgodziny. Z jedną istotną różnicą: to, ile lekarz powinien pracować, określa dokładnie program specjalizacji – w przypadku specjalizacji z dyżurami jest to średnio 48 godzin tygodniowo w przyjętym okresie rozliczeniowym. W przypadku specjalizacji bez dyżurów – 37 godzin i 55 minut tygodniowo. Niedopracowanie wymaganego czasu pracy w danym okresie oznacza, że by ukończyć specjalizację, brakujące godziny trzeba będzie odpracować. Tak samo jest z „zejściem” po dyżurze, które przypada na odpoczynek po dyżurach ponad przewidziany w programie specjalizacji czas. Jeśli lekarz podpisze opt-out i wyjdzie mu średnio ponad 48 godzin na tydzień w okresie

rozliczeniowym – zejścia po nadgodzinach/dyżurach ponad limit trzeba będzie odpracować tak samo, jakby przepracował za mało godzin.

Jeśli chodzi o „dyżury” – od wielu lat do zaliczenia specjalizacji nie liczy się ich liczba w sztukach (poprzednie programy specjalizacji zakładały ich liczbę, część ze starszych rezydentów, którzy mają jeszcze papierowe książeczki, rozlicza się w ten sposób), ale liczba przepracowanych godzin. Stąd programy specjalizacji pozwalają rozliczyć do zaliczenia specjalizacji zarówno dyżury nocne, jak i towarzyszące lub nadgodziny w ramach równoważnego czasu pracy. Przykładowo w czasie pandemii COVID-19 część oddziałów pracowała w trybie wyłącznie dyżurowym – o ile lekarz zaliczył średnio dwa 24-godzinne dyżury w tygodniu, realizował program specjalizacji.

Warto przypomnieć, że według oficjalnej interpretacji Ministerstwa Zdrowia rezydentom mającym dzieci do lat ośmiu oraz mającym zdrowotne przeciwwskazania do dyżurowania przysługuje zwolnienie z dyżurów z 50 proc. okresu specjalizacji (maksymalnie z dwóch lat). Z uprawnienia tego mogą skorzystać obydwie rodzice lekarze, ale nie mogą tego zrobić w pokrywającym się okresie czasu. Dodatkowo rodzic dziecka do lat ośmiu może odmówić pracy – dyżurów w godzinach nocnych, a całość specjalizacji odbyć z dyżurami towarzyszącymi, ale w tym przypadku również w jednym

czasie może korzystać z tego prawa jeden rodzic-rezydent.

Jeśli chodzi o miejsce pełnienia dyżuru, pojawiają się pewne różnice. Jedni rezydenci dyżurują w miejscu stażu, inni mogą wybrać też oddział macierzysty, jeszcze innych można „zesłać” na SOR lub NPL. By mieć pewność, jak jest u konkretnego rezydenta, trzeba przeczytać program specjalizacji.

DOBOWY CZAS PRACY

Jest taki sam jak w przypadku umowy o pracę (opisaliśmy go szczegółowo w poprzednim wydaniu „GL”). Ponieważ zejście po dyżurze w ramach programu specjalizacji liczy się jako obecność według programu specjalizacji – warto się upomnieć o wolne poniedziałki po dyżurze w sobotę. Są w Polsce oddziały i szpitale, które respektują to prawo i udzielają 35-godzinnego tygodniowego odpoczynku.

Jest istotna różnica między zwykłą umową o pracę a rezydenturą: za zejścia po dyżurach wymaganych w programie specjalizacji (do średnio 48 godzin tygodniowo w okresie rozliczeniowym wynoszącym od jednego do czterech miesięcy) rezydentom należy się wynagrodzenie, tak jakby byli w pracy. Zdajemy sobie sprawę, że większość szpitali nie wypłaca go, ale wymaga tego Ministerstwo Zdrowia, które finansuje wynagrodzenia rezydentów wraz z wynagrodzeniem za zejścia. Jeśli ktoś obawia się o nie upomnieć na bieżąco, może to zrobić na koniec rezydentury. Interpretacja dotycząca wypłaty wynagrodzenia obowiązuje od stycznia 2019 r.

URLOP I INNE ŚWIADCZENIA

Jeśli chodzi o urlop, jego wymiar jest taki sam jak w przypadku zwykłej umowy o pracę z jednym zastrzeżeniem – program specjalizacji od 1. roku zakłada 26 dni urlopu. Jeśli zatem rezydent nie ma jeszcze wtedy odpowiedniego stażu pracy i przysługuje mu 20 dni – skończy specjalizację sześć dni wcześniej.

W odniesieniu do ZLA i innych świadczeń – w poprzednim wydaniu „GL” mylnie podaliśmy, że za pobyt w szpitalu należy się 70 proc. wynagrodzenia. Ten zapis już nie obowiązuje, obecnie jest to 80 proc. niezależnie od przebywania w domu lub szpitalu. Poza tym świadczenia są takie same jak w przypadku umowy o pracę (szczegóły w poprzednich wydaniach „GL”).

OCHRONA PRZED ZWOLNIENIEM

Jest taka sama jak w przypadku zwykłej umowy o pracę z jednym dodatkiem – rezydenta trudno zwolnić inaczej niż



foto: Shutterstock.com

dyscyplinarnie. W przypadku wypowiedzenia rezydentowi umowy o pracę urząd wojewódzki przenosi go na inne wolne miejsce szkoleniowe w obrębie województwa, a podmiot zwalniający traci zajmowane przez rezydenta miejsce szkoleniowe. W związku z tym, że rezydenci to niemal darmowi pracownicy dla szpitala, ich zwolnienia to czysta kazuistyka.

WYNAGRODZENIE

To, ile zarabia rezydent, określa rozporządzenie ministra zdrowia, które zwyczajowo obowiązuje od 1 lipca danego roku kalendarzowego. Od lipca 2023 r. wynagrodzenie to wynosi 7552 zł brutto dla specjalizacji niedeficytowej i po dwóch latach wzrasta do 7779 zł. W przypadku specjalizacji z listy deficytowych (23 specjalizacje) wynosi 8308 zł brutto, a po dwóch latach wzrasta do 9063 zł. Rezydent specjalizacji niedeficytowej może zwiększyć swoją pensję o 600 zł brutto, podpisując bon patriotyczny (obowiązek odpracowania w Polsce dwóch lat na etacie; ma na to pięć lat po ukończeniu specjalizacji; odpracowanie musi się odbyć w podmiocie posiadającym kontrakt z NFZ). W przypadku specjalizacji deficytowej bon wynosi 700 zł. Oznacza to, że pensja rezydenta specjalizacji deficytowej z bonem po dwóch latach pracy jest wyższa niż obecnie obowiązujące minimalne wynagrodzenie lekarza specjalisty.

Jeśli chodzi o wypłatę wynagrodzenia – zasady są analogiczne jak w przypadku zwykłej umowy o pracę,

z jedną różnicą: pensję wypłaca szpital, a następnie Ministerstwo Zdrowia zwraca mu tę kwotę.

MIJESCE PRACY I OKRES WYPOWIEDZENIA

Lekarza rezydenta można oddelegować jedynie do oddziałów i formy pracy przewidzianej w programie specjalizacji. Wyjątek stanowi okres epidemii i zagrożenia epidemicznego. Wtedy można go skierować do dowolnej jednostki organizacyjnej pracodawcy „celem walki z epidemią”, jednocześnie zaliczając przepracowany czas do realizacji programu specjalizacji lub przedłużając ją o ten okres – zależnie od preferencji rezydenta. Jeśli chodzi o okres wypowiedzenia – jest taki sam jak przy zwykłej umowie o pracę (szczegóły w poprzednim wydaniu „GL”).

SAMOKSZTAŁCENIE

Rezydentowi przysługuje sześć dni na samokształcenie rocznie. Formę i termin samokształcenia uzgadnia się z kierownikiem specjalizacji. Czas samokształcenia skraca staż podstawowy, a jeśli jest on już zrealizowany w całości – staż kierunkowy z zastrzeżeniem, że nie może go skrócić o więcej niż 50 proc.

Niewykorzystane dni na samokształcenie nie przechodzą na kolejny rok.

PODATKI I FINANSE

Ordynator ma prawo do 14-proc. stawki ryczału

ANNA WOJDA

Wykonywanie czynności na rzecz szpitala w ramach umowy o pracę nie musi od razu przekreślać możliwości korzystnego opodatkowania przychodów uzyskiwanych ze świadczenia usług dla tego samego podmiotu w ramach działalności gospodarczej.

Potwierdził to dyrektor Krajowej Informacji Skarbowej w interpretacji numer 0115-KDWT. 4011.437.2022.2.AGW, wyjaśniając wątpliwości lekarza specjalisty chirurgii ogólnej oraz medycyny ratunkowej.

CO MÓWIĄ PRZEPISY...

Lekarz od 2018 r. jest zatrudniony na umowę o pracę przez szpital na stanowisku ordynatora. Dodatkowo od 2021 r. świadczy dla szpitala usługi w ramach kontraktu. Zdaniem lekarza usługi, które świadczy na rzecz szpitala w ramach umowy o pracę, nie odpowiadają tym, które świadczy w ramach kontraktu. A to jest o tyle ważne, że tylko wtedy można przychody z działalności gospodarczej opodatkować ryczałem ewidencjonowanym. Ordynator uznał więc, że ma prawo do wyboru tej formy opodatkowania. Nie był jednak pewien i postanowił wystąpić z wnioskiem o interpretację podatkową.

W myśl art. 8 ust. 2 ustawy o zryczałtowanym podatku dochodowym, jeżeli podatnik (w tym przypadku lekarz) prowadzący działalność samodzielnie, który wybrał opodatkowanie w formie ryczału od przychodów ewidencjonowanych, uzyska z tej działalności przychody ze świadczenia usług na rzecz byłego lub obecnego pracodawcy, odpowiadające czynnościom, które:

- 1) wykonywał w roku poprzedzającym rok podatkowy lub
 - 2) wykonywał lub wykonuje w roku podatkowym
- w ramach stosunku pracy lub spółdzielczego stosunku pracy, traci w roku podatkowym prawo do opodatkowania

w formie ryczału od przychodów ewidencjonowanych i, poczynając od dnia uzyskania tego przychodu do końca roku podatkowego, opłaca podatek dochodowy na ogólnych zasadach (czyli według skali podatkowej).

...I JAK JE INTERPRETOWAĆ

Zdaniem ordynatora przepis ten nie ma zastosowania w jego przypadku i nie jest przeszkodą do opodatkowania ryczałem przychodów z działalności. I to mimo że udziela świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu na rzecz podmiotu, z którym związany jest

Stawka ryczału zależy od faktycznego rodzaju usług świadczonych w ramach działalności gospodarczej

także umową o pracę. A to dlatego, że wykonywane czynności nie są tożsame. Zdaniem lekarza ryczałt ewidencjonowany może być wyłączony jedynie wtedy, gdy zakres czynności podejmowanych w ramach umowy o pracę i w ramach działalności gospodarczej pokrywają się w całości, a nie jedynie częściowo. Tymczasem w jego przypadku czynności podejmowane w ramach kontraktu to aktywności bezpośrednio związane z leczeniem pacjentów, diagnozowaniem i przywracaniem czynności życiowych. Natomiast czynności w ramach

umowy o pracę, choć w pewnym zakresie mogą być zbieżne z podejmowanymi w ramach kontraktu, mają na celu koordynację pracy lekarzy i pielęgniarek na oddziale, na którym jest ordynatorem, i zarządzanie. Ordynator jest w tym przypadku menedżerem, choć trudno wyobrazić sobie, by nie brał jednocześnie udziału w świadczeniu usług medycznych jako lekarz.

Na poparcie swojej tezy ordynator przywołał wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z 18 września 2018 r. (sygn. akt II FSK 2416/16), w myśl którego dla uznania czynności jako „odpowiadających” wymagane jest porównanie poszczególnych z nich w szerokim kontekście, tj. nie tylko działań sensu stricte, ale także ich ogólnego charakteru i zakresu.

FISKUS SIĘ ZGADZA

Urzednicy przyznali lekarzowi rację. Stwierdzili, że jeśli świadczone w ramach działalności gospodarczej usługi na rzecz szpitala nie będą tożsame z czynnościami, które wykonuje w szpitalu jako ordynator na podstawie umowy o pracę, może opodatkować przychody z działalności ryczałem ewidencjonowanym. Co do wysokości ryczału, urzednicy podkreślili, że jego stawka zależy wyłącznie od faktycznego rodzaju usług świadczonych w ramach działalności gospodarczej. W przypadku usług w zakresie opieki zdrowotnej (PKWiU dział 86) jest to 14 proc. ●

PODATKI I FINANSE

Lekarze pytają, redakcja odpowiada

ANNA WOJDA

Fiskus restrykcyjnie interpretuje przepisy, a to powoduje, że czasami nawet drobny błąd formalny może nas pozbawić preferencji podatkowej.

Lekarz też człowiek i może się pomylić. Zwłaszcza przy rozliczeniach podatkowych. A skutki takich pomyłek potrafią być dotkliwe. Nic dziwnego, że nasi Czytelnicy, lekarze, coraz częściej zwracają się ze swoimi wątpliwościami do redakcji. Poniżej przygotowaliśmy odpowiedzi na kilka z nadesłanych pytań.

NIE BYŁO PRZELEWU, NIE MA ULGI

• Czy od darowizny pieniężnej w rodzinie, która nie trafiła na konto bankowe, trzeba rzeczywiście zapłacić podatek?

Niestety, trzeba.

Co do zasady darowizny w najbliższej rodzinie (tzw. grupa zerowa, czyli małżonek, dzieci, wnuki, rodzice, dziadkowie, pasierb, rodzeństwo, ojczym i macocha) są zwolnione z podatku od spadków i darowizn. Aby jednak od darowizny nie zapłacić podatku, trzeba dopełnić formalności. Jeśli jej wartość nie przekracza 36 120 zł – nie trzeba jej zgłaszać do urzędu skarbowego, jeśli przekracza wspomnianą kwotę – trzeba złożyć w urzędzie formularz SD-Z2. Jest na to sześć miesięcy od otrzymania darowizny. Co więcej, darowizna pieniężna powyżej 36 120 zł musi być udokumentowana dowodem przekazania na rachunek bankowy nabywcy lub przekazem pocztowym. Jeśli zatem pieniądze zostaną przekazane z ręki do ręki, bez pośrednictwa banku, nie będzie szans na zwolnienie z podatku. Potwierdzają to interpretacje podatkowe.

Na przykład w interpretacji numer 0111-KDIB2-3.4015.180.2023.3.ASZ dyrektor Krajowej Informacji Skarbowej stwierdził, że darowizna pieniężna nie

została prawidłowo udokumentowana i trzeba ją opodatkować. A stwierdził tak, bo matka poszła z córką do banku, wypłaciła pieniądze, dała córce i ta od razu wpłaciła na swój rachunek. Fiskus uznał, że nie było to prawidłowe postępowanie. I nie pomogły tłumaczenia kobiety, że ufała w profesjonalizm pracownika banku, który w taki sposób przeprowadził transakcję.

**WYDATEK NA POLISĘ
WOLNO ROZLICZYĆ**

• Czy kosztem podatkowym mogą być tylko wydatki na obowiązkowe OC lekarzy, czy również na dobrowolne?

Kosztem podatkowym mogą być oba rodzaje wydatków.

Wykonywanie zawodu lekarza wiąże się z ryzykiem. Nic dziwnego, że przepisy zobowiązują lekarzy do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za potencjalne szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania tych świadczeń. Lekarze mogą też wykupić dobrowolne ubezpieczenia – zwłaszcza wtedy, gdy wykonują zabiegi zwiększające ryzyko odszkodowawcze po ich stronie. A ponieważ wydatki na ubezpieczenie to wcale niemałe kwoty, trudno się dziwić, że chcieliby rozliczyć je w kosztach podatkowych.

Patrząc na przepisy ustawy o PIT, konkretnie na jej art. 22, możemy przeczytać, że kosztami uzyskania przychodów są wydatki poniesione

w celu osiągnięcia przychodów lub zachowania albo zabezpieczenia źródła przychodów, z wyjątkiem wymienionych w art. 23 ustawy. Wspomniany przepis nie wyłącza możliwości rozliczenia w kosztach podatkowych wydatków na ubezpieczenie OC zarówno obowiązkowe, jak i dobrowolne. A to oznacza, że nic nie stoi na przeszkodzie, aby lekarz takie wydatki do kosztów zaliczył. Decydując się bowiem na zawarcie umowy ubezpieczenia, lekarz podejmuje działania zmierzające do zabezpieczenia źródła przychodów. I to również wtedy, gdy decyduje się na dodatkowe ubezpieczenie.

**DAROWIZNA WAŻNA
NAWET BEZ UMOWY**

• Czy jeśli małżeństwo lekarzy ma rozdzielność majątkową, ale małżonkowie korzystają na mocy dyspozycji złożonej w banku ze wspólnego konta i żona kupiła mieszkanie ze środków zgromadzonych na koncie, wykorzystując pieniądze należące do jej męża (które dostał w darowiznie od matki), musi zapłacić podatek od otrzymanej darowizny? Mieszkanie jest tylko jej. A zdaniem lekarki darowizny nie było, bo nie doszło do zawarcia żadnej umowy (mąż ustnie zgodził się na skorzystanie z pieniędzy na koncie).

Niestety, choć nie została zawarta formalnie żadna umowa, doszło do darowizny. Staje się ona ważna w chwili, gdy darczyńca przekazuje obdarowanemu obiecaną rzecz, w tym wypadku pieniądze. Lekarka dostała środki należące wyłącznie do męża (otrzymane od jego matki) i kupiła nieruchomość tylko dla siebie. Powstał zatem po jej stronie obowiązek podatkowy. Jeśli złoży w ciągu sześciu miesięcy zawiadomienie w urzędzie skarbowym, zapłaci podatek tylko od nadwyżki ponad 36 120 zł. Potwierdza to wydana w podobnej sprawie interpretacja fiskusa (numer 0111-KDIB2-3.4015.154.2023.4.ASZ).

Zdrowie zaczyna się w jamie ustnej

Mam nadzieję, że przyszły szef resortu zdrowia będzie rozumiał, że stomatologia wymaga zwiększenia nakładów.

PAWEŁ BARUCHA
WICEPREZES NACZELNEJ
RADY LEKARSKIEJ



Odchodzący rok przyniósł zapowiedzi zmian w stomatologii, na które lekarze dentyści, lekarze specjaliści innych dziedzin medycyny, a przede wszystkim pacjenci czekali od wielu lat. Dzięki Samorządowi Lekarskiemu i jego przedstawicielom w Radzie przy Ministrze Zdrowia, w drugiej połowie roku udało się wywalczyć niebagatelną sumę 140 mln zł na nadwykonania w stomatologii. Tym samym resort zdrowia zrealizował – na razie jedyny – postulat Siódemki NIL (#7NIL), stanowiącej listę najpilniejszych zadań dla nowej pani minister zdrowia, które powinny zostać wdrożone w systemie.

Powierzenie roli przewodniczącego Rady ds. stomatologii mojej skromnej osobie daje nadzieję na realizację kierunków prac Rady.

Między innymi kolejnego ważnego postulatu Samorządu Lekarskiego, związanego z kształceniem specjalistów w dziedzinach stomatologicznych. Naszym celem jest umożliwienie zdobywania specjalizacji w ośrodkach akademickich większej liczbie lekarzy dentystów, którzy nie tylko będą mogli uczyć się od najlepszych, ale potem sami przekazywać zdobytą wiedzę swoim kolegom. Przywrócenie blasku pracy na uczelni leży w interesie nas wszystkich – akademików, lekarzy, a przede wszystkim pacjentów.

Mam nadzieję, że przyszły szef resortu zdrowia, którego poznamy zapewne pod koniec tego roku, będzie rozumiał, że stomatologia wymaga zwiększenia nakładów, a zdrowie Polaków zaczyna się od dobrego stanu jamy ustnej.

Zyczę Państwu Wesołych Świąt i szczęśliwego Nowego Roku 2024! ●

Sztuczna inteligencja (Artificial Intelligence, AI) coraz pewniej wkracza w różne dziedziny medycyny. Przetwarzając i analizując ogromną ilość danych, pomaga podejmować decyzje w najbardziej skomplikowanych sytuacjach klinicznych, a także wykrywać zmiany chorobowe na bardzo wczesnym etapie.

DODATKOWA PARA OCZU

Dr n. med. Piotr Jurkowski, specjalista protetyki stomatologicznej, uważa, że zastosowanie odpowiednich narzędzi i oprogramowania pozwala lekarzowi dentyście z większą precyzją i w krótszym czasie wykonywać zadania dotychczas pracochłonne, a także weryfikować wyniki pracy. AI bardzo szybko rozwija się w diagnostyce rentgenowskiej, a jej algorytmy są w stanie przeanalizować zarówno dwuwymiarowe zdjęcia pantomograficzne i cefalometryczne, jak i skany tomografii komputerowej, w której przez ogrom przekrojów łatwo przeoczyć zmianę. – Programy potrafią zlokalizować ubytki próchnicowe, zmiany okołowierzchołkowe, ocenić wielkość komory i zaznaczyć obecność pionowych i poziomych zaników kości, co znacznie przyspiesza analizę obrazów radiologicznych i wizualizuje pacjentowi potrzeby lecznicze – przekonuje dr Jurkowski. Dzięki temu AI może być przydatna w wyborze postępowania terapeutycznego dostosowanego do indywidualnych potrzeb i predyspozycji pacjentów. – Kolejne badania radiologiczne tego samego fragmentu kości, np. wyrostków kłykciowych żuchwy, wykonane w różnym czasie, pomogą szybko i trafnie przeanalizować i zidentyfikować wszystkie zmienne, które łatwo pominąć w wytyczaniu ścieżki leczenia. AI to dla lekarza dentystry dodatkowa para oczu, którą trudno przecenić – konkluduje Piotr Jurkowski.

NIE MA ODWROTU

Lek. dent. Bartłomiej Karaś, wiceprezes Sekcji Endodoncji Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, zauważa, że temat zastosowania AI coraz częściej pojawia się na międzynarodowych forach, m.in. podczas dorocznego zjazdu American Association of Endodontists w Chicago. Modele sztucznej inteligencji

STOMATOLOGIA

Sztuczna inteligencja w służbie dentystów

LUCYNA KRYSIAK
DZIENNIKARKA

Dla algorytmów AI ilość nie ma znaczenia. Im więcej skanują, tym więcej nieprawidłowości wykrywają.

w endodoncji pomagają m.in. w wykrywaniu zmian okołowierzchołkowych, stanów zapalnych kości oraz prognozowaniu sukcesu leczenia. Są szczególnie pomocne dla mniej doświadczonych stomatologów specjalizujących się w endodoncji czy tych, którzy nie dysponują sprzętem zaawansowanym technologicznie, co może wpływać na dokładność ich interpretacji. Dr Karaś podkreśla, że AI w endodoncji, oprócz wymiaru diagnostycznego (sztuczna inteligencja gromadzi stale powiększającą się bazę zdjęć rentgenowskich zębów, dokonując analizy aż 256 ich odcieni, co pozwala wykrywać konkretne patologie), analizuje inne czynniki wpływające na sukces leczenia (decyduje o nim długość przeżycia zęba), moment jego rozpoczęcia, umiejętności stomatologa, sprzęt (np. wykorzystanie lasera przy dezynfekcji i usunięciu infekcji) czy też trwałą i szczelną odbudowę zęba. – AI przetwarza i analizuje ogromną ilość danych, ale w przeciwieństwie do człowieka nie jest w stanie tworzyć skojarzeń niezbędnych przy podejmowaniu decyzji w skomplikowanych sytuacjach klinicznych. Pełen sukces zależy więc zawsze od umiejętności stomatologa, jego doświadczenia i wiedzy – podkreśla Bartłomiej Karaś.

NAWIGOWANIE W CHIRURGII

Programy AI oferują najróżniejsze możliwości diagnostyczne, np. na podstawie próbki śliny pacjenta analizują jej skład i oceniają ryzyko rozwoju nowotworu jamy ustnej. W periodontologii wykorzystuje się je do diagnozowania paradontozy i klasyfikowania typów chorób przyzębia. Radiometr Bluelight Check-Up wykorzystuje sztuczną inteligencję i obszerną bazę danych do utwardzania światłem.

Jest w stanie dokładnie zmierzyć wszystkie parametry w procesie polimeryzacji i obliczyć optymalny czas utwardzania dla kombinacji światła i materiałów. W implantologii i implantoprotetyce pomaga w analizie obrazów radiograficznych i zdjęć w celu dokładnej oceny stanu tkanki kostnej i struktur anatomicznych, ale też w tworzeniu wirtualnych modeli 3D ułatwiających planowanie

Sztuczna inteligencja oferuje coraz więcej zautomatyzowanych systemów, aplikacji i modeli, które wykonują różne czynności bez pomocy człowieka

i nawigowanie podczas zabiegów chirurgicznych, np. ekstrakcji zęba z jednoczesnym wszczepianiem implantu. Zawiaduje także wydrukiem szablonów i instalacji implantów, dostosowując je do konkretnej sytuacji klinicznej i anatomicznej oraz pozwala na automatyczne sterowanie frezami podczas implantacji.

Przy skanowaniu jamy ustnej i cyfrowej odbudowie protetycznej może pomóc w analizie skanów i wykonaniu protez czy koron (technologia CAD/CAM). Umożliwia też projektowanie wirtualne, dzięki czemu pacjent może wcześniej zobaczyć efekt estetyczny. AI używa się także do analizy danych zdrowotnych tj. wiek, płeć, historia chorób czy terapii farmakologicznych, aby ocenić wskazania i przeciwwskazania do

leczenia implantoprotetyki. – Należy pamiętać, że AI zawsze jest tylko narzędziem w rękach lekarza dentysty, który ocenia rokowania i trwałość leczenia implantoprotetyki, podejmuje decyzje terapeutyczne, chirurgiczne i w świetle prawa od początku do końca ponosi odpowiedzialność za leczenie. AI pozostaje więc „bezkarne” jako narzędzie – tłumaczy prof. Andrzej Wojtowicz z Zakładu Chirurgii Stomatologicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Dodaje, że prawo będzie wymagało nowych uregulowań uwzględniających udział AI w wielu obszarach stomatologii.

AI oferuje coraz więcej zautomatyzowanych systemów, aplikacji i modeli, które wykonują różne czynności bez pomocy człowieka. W radiologii stomatologicznej będzie odgrywać dużą rolę w wykrywaniu próchnicy zębów z dotychczas nieznaną szybkością i dokładnością. Tradycyjne wykrywanie próchnicy zębów jest zajęciem czasochłonnym i wymagającym, ponieważ czasami dentysta musi oglądać dziesiątki zdjęć, szukając oznak próchnicy nawet na 300 powierzchniach. Łatwo przeoczyć ślady tej choroby. Dla sztucznej inteligencji ilość nie ma znaczenia. Im więcej radiogramów skanuje, tym lepiej wykrywa nieprawidłowości, co prowadzi do prawie bezbłędnych wskaźników prawidłowych diagnoz i precyzyjnego leczenia. Z wirtualnym wsparciem AI może też być wykorzystywana do planowania wizyt pacjenta, co pomaga obniżyć koszty obsługi osobistej i zmaksymalizować produktywność.

PRAKTYKA LEKARSKA

Gdy dziecko nie rośnie, a dorosłemu brakuje sił

ADAM CZERWIŃSKI
DZIENNIKARZ

W Polsce leczenie hormonem wzrostu rozpoczyna rocznie około tysiąc dzieci i stu dorosłych. Mimo że kosztowna terapia jest refundowana, nie korzystają z niej wszyscy, którzy powinni.

Jak wygląda dziecko z niedoborem hormonu wzrostu, które trafia do specjalisty? – To oczywiste. Jest niskie – mówi prof. Renata Stawerska z Kliniki Endokrynologii i Chorób Metabolicznych Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki (ICZMP) w Łodzi.

Jak niskie? – Nawet tak jak nasza pacjentka Kasia – opowiada prof. Stawerska. – Trafiła do nas, gdy miała 17 lat. Nikogo nie zaniepokoiło, że zawsze była niziutka. Może dlatego, że jej mama miała tylko 150 cm wzrostu. Ale w wieku 17 lat 140 cm to naprawdę mało. A tyle miała Kasia, gdy do nas przyszła.

ZGODNIE Z PROGNOZĄ

Oczywiście to skrajny przykład. Udało się jej pomóc i jak większość dzieci z niedoborem hormonu wzrostu, które w porę rozpoczęły leczenie, osiągnęła wzrost ostateczny zgodny z prognozą wykonaną na podstawie obliczenia średniego wzrostu rodziców. Na szczęście u dzieci z niedoborem hormonu wzrostu spowalniają procesy związane z dojrzewaniem i później niż u rówieśników dochodzi do zarastania szpar nasadowych kości długich, co oznacza definitywnie zakończenie procesu wzrastania.

Dziś Kasia ma 23 lata i mierzy 165 cm. Zwykle dzieci z zaburzeniami hormonu wzrostu, gdy trafiają do specjalistów, są tylko trochę niższe – jak Ignas. Trafił do ICZMP, gdy opiekunka w przedszkolu zwróciła mamie uwagę, że dziecko nie rośnie, jak powinno.

– Faktycznie, syn nigdy nie mieścił się w żadnych siatkach centylowych

– mówi pani Izabela, mama Ignasia. – Ale nie zaniepokoiło to żadnego lekarza, a odwiedzaliśmy wielu. Gdy przedszkolanka zwróciła mi uwagę, że syn nie rośnie, zaczęłam rozmawiać ze znajomymi. Okazało się, że ich dzieci mają niedobór hormonu wzrostu i są leczone w ICZMP.

PONIŻEJ TRZECIEGO CENTYLA

Prof. Renata Stawerska apeluje do lekarzy, aby więcej uwagi poświęcali pomiarom wzrostu u dzieci i dokładniej je dokumentowali.

– Niskorosłość definiujemy jako wzrost poniżej trzeciego centyla dla danego wieku i płci – mówi.

Wypadnięcie z kanału wzrastania jest bardzo poważnym sygnałem alarmowym. Może informować o chorobach, np. upośledzeniu pracy przewodu pokarmowego

– Szybkość wzrastania oceniana jest na podstawie dwóch pomiarów wysokości ciała wykonywanych w odstępie co najmniej sześciu miesięcy. Jeśli są prowadzone prawidłowo i zapisywane w książeczce zdrowia pomiary wykonywane podczas bilansów dwu-, cztero-, sześciu- i dziesięcioletków, to łatwo zauważyć zahamowanie tempa wzrastania sygnalizujące niedobór hormonu wzrostu. Takie

zwolnienie tempa wzrastania może wskazywać też na wiele innych, nie mniej poważnych problemów. Dla nas, endokrynologów, to bardzo ważne. Łatwiej nam później pracować z pacjentem, który do nas trafia. Patrząc na prawidłowo prowadzone siatki centylowe, widzimy, czy mamy do czynienia z niedoborem hormonu wzrostu, czy raczej w grę wchodzi inny problem będący przyczyną niskorosłości u dziecka. Chcę mocno podkreślić, że czasem u dziecka obserwuje się zwolnienie tempa wzrastania spowodowane niedoborem hormonu wzrostu, ale jeszcze nie dochodzi do takiego obniżenia pozycji centylowej, żeby wzrost dziecka był poniżej 3 centyla. Takich przypadków nie należy ignorować i również trzeba je diagnozować.

PEŁNA DIAGNOSTYKA

Każdy pacjent, który trafia do endokrynologa z takim problemem jak Kasia czy Ignas, od razu kierowany jest na pełną diagnostykę.

– Bo „wypadnięcie” z kanału wzrastania jest bardzo poważnym sygnałem alarmowym – zwraca uwagę prof. Andrzej Lewiński, konsultant krajowy ds. endokrynologii. – Może informować o wielu bardzo poważnych chorobach. Na przykład upośledzeniu pracy przewodu pokarmowego, choćby o zespole zaburzenia wchłaniania składników odżywczych. Nie można też wykluczyć niedoboru hormonu wzrostu na skutek

procesu nowotworowego w okolicy podwzgórzowo-przysadkowej. Zahamowanie tempa wzrastania może być bowiem sygnałem, że rozwija się guz w ośrodkowym układzie nerwowym, na przykład czaszkogardlak uciskający przysadkę. Może być również skutkiem urazu, w wyniku którego doszło do uszkodzenia czynności przysadki bądź przerwania jej szypuły.

Dlatego diagnostyka rozpoczyna się od zbadania somatotropinowej niedoczynności przysadki (SNP), czyli niedoboru hormonu wzrostu (GH), a jeśli zostanie on potwierdzony, konieczne jest wykonanie badań obrazowych, najczęściej rezonansu magnetycznego (MR) głowy, aby wykluczyć problemy onkologiczne.

Prof. Lewiński: – Dziecko, które do nas przychodzi, jest diagnozowane poprzez wykonanie wystandaryzowanych testów na wydzielanie hormonu wzrostu. Podajemy substancje, które stymulują wydzielanie hormonu wzrostu. Najczęściej rozpoczynamy od podania klonidyny w postaci tabletki i przez dwie godziny co pół godziny pobieramy krew. Sprawdzamy, czy odpowiednio wzrasta poziom hormonu wzrostu. Jeżeli urośnie, przysadka działa prawidłowo – hormon wzrostu jest wydzielany. Jeżeli nie i wykres jest „płaski”, a wydzielanie GH poniżej 10 ng/ml – to znaczy, że coś jest nie tak. Albo tabletki nie zadziałały, albo hormon wzrostu się nie wydzielą. Powtarzamy wówczas badanie z innym stymulatorem, najczęściej glukagonem, i jeśli wynik się powtarza, mamy zdiagnozowany niedobór hormonu wzrostu.

Przyczyn zaburzeń może być wiele. Oczywiście, wchodzi w grę uwarunkowania genetyczne odpowiadające za nieprawidłową budowę przysadki lub jej funkcję. Prowadzą do tego, że dziecko w okresie wzrostowym nie ma jednego z głównych hormonów, który odpowiada za wzrost wszystkich tkanek. Bo właśnie hormon wzrostu przez substancję wydzielaną w wątrobie – insulinopodobny czynnik wzrostu typu pierwszego, dawniej nazywanym somatomedyną C, teraz IGF-1 – wywiera wpływ na procesy wzrostowe wszystkich tkanek i narządów. Powoduje to, że organizm dziecka właściwie się rozwija i rośnie.

Niedobór hormonu wzrostu w okresie, gdy kości wzrastają na długość,

► Prof. Renata Stawerska z Kliniki Endokrynologii i Chorób Metabolicznych Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki oraz prof. Andrzej Lewiński, konsultant krajowy ds. endokrynologii

foto: ICZMP



kończy się niskorosłością w okresie dorosłości.

PROGRAMY LEKOWE

Gdy u dzieci zostanie zdiagnozowany niedobór hormonu wzrostu, z leczeniem nie powinno być pro-

Jeśli dziecko miało ciężką postać SNP, to problem niemal na pewno pozostaje.

I może prowadzić do poważnych problemów metabolicznych

blemu. Można je kwalifikować do programu lekowego B19 „Leczenie niskorosłych dzieci z somatotropinową niedoczynnością przysadki”, jeśli u pacjenta wzrost jest poniżej 3. centyla i odnotowuje się poziom GH poniżej 10 ng/ml, a wzrost kości (oceniany na podstawie badania radiologicznego) nie jest jeszcze zakończony. Kwalifikację i nabór pacjentów prowadzi przynajmniej jeden ośrodek w każdym województwie. Z reguły

działają przy oddziałach endokrynologii dziecięcej.

Leczenie polega na codziennym podawaniu hormonu wzrostu podskórnie wstrzykiwaczkami, takimi jak te używane do podawania insuliny u osób z cukrzycą.

Prof. Lewiński: – Pacjenci mówią nam, że do tych wkluć można się przyzwyczaić, ale gdy słyszą, że pojawiają się preparaty, które można podawać raz w tygodniu, w klinice urywają się telefony i skrzynki mailowe pękają w szwach. U nas z tak nowoczesnej terapii korzystają na razie nieliczni pacjenci. Możemy ich zakwalifikować do leczenia w ramach badań klinicznych, w których uczestniczymy. Sądzę, że za kilka lat wielu pacjentów będzie korzystało z tej nowej formy terapii. Preparat, który obecnie dostają dzieci, uzyskuje się drogą inżynierii genetycznej. Jest bezpieczny dla pacjentów, ale drogi – miesięczna terapia poza programem lekowym to dla pacjenta wydatek rzędu 5 tys. zł – tłumaczy.

Ma dobrą wiadomość dla pacjentów kończących leczenie hormonem wzrostu w celu promocji



◀ Ignas trafił do ICZMP, gdy opiekunka w przedszkolu zwróciła mamie uwagę, że dziecko nie rośnie, jak powinno. Na zdjęciu chłopiec z rodziną

fot.: archiwum prywatne

wzrastania: – Po osiągnięciu dorosłości część pacjentów może kontynuować leczenie w ramach programu lekowego B111 „Leczenie ciężkiego niedoboru hormonu wzrostu u pacjentów dorosłych oraz u młodzieży po zakończeniu terapii promującej wzrastanie”.

Tu warunkiem kwalifikacji pacjenta jest naprawdę ciężki niedobór hormonu wzrostu, którego poziom w testach stymulacyjnych jest poniżej 3 ng/ml. Nie wszyscy pacjenci leczeni w dzieciństwie wymagają zatem kontynuacji leczenia. Program B111 u młodzieży mogą realizować ośrodki prowadzące również program B19, ale u chorych po ukończeniu 18. roku życia realizują go ośrodki endokrynologii dla osób dorosłych.

– Poza podstawowym działaniem stymulującym wzrost kości, chrząstki i tkanki łącznej GH wpływa także na gospodarkę lipidową, węglowodanową, białkową i wodno-elektrolitową. Dlatego jestem dumny, że po naszych publikacjach Ministerstwo Zdrowia zdecydowało się program uruchomić i postanowiło,

że nasz ośrodek będzie go koordynował – mówi prof. Lewiński.

ZNIKAJĄCY PACJENCI

W Polsce hormonem wzrostu leczonych jest około 5 tys. dzieci rocznie. W ciągu roku terapię kończy około tysiąca osób. W tej grupie ciężki niedobór hormonów wzrostu ma

Problem niedoboru hormonu wzrostu, który pojawił się w okresie dorosłości, to najczęściej skutek urazów, np. wstrząśnienia mózgu

100-150 pacjentów. Te osoby powinny kontynuować leczenie. Niestety, robi to tylko część. W programie B111 rozpoczętym w 2020 r. do chwili obecnej uczestniczy tylko 327 osób.

– O wiele za mało – ocenia prof. Lewiński. – Pewnie dlatego, że rodzice i lekarze nie robią tzw.

retestingu, czyli ponownego sprawdzenia, czy hormon wzrostu się nie wydziela. Krótko mówiąc, uważają, że skoro dziecko urosło, to już nie ma problemu. Ale jeśli dziecko miało ciężką postać SNP, to problem niemal na pewno pozostaje. I niestety może prowadzić do poważnych problemów metabolicznych.

GDY BRAKUJE SIŁ

Poza osobami, które mają SNP ujawniony w dzieciństwie (nazywany childhood-onset GHD), zdarzają się pacjenci, u których problem niedoboru hormonu wzrostu pojawił się w okresie dorosłości (nazywany adult-onset GHD). Najczęściej to skutek urazów. Zwykły wstrząs mózgu może się skończyć niedoborem hormonu wzrostu. Jeśli dochodzi do urazu głowy, zawsze może ucierpieć odpowiedzialna za produkcję hormonu wzrostu przysadka. Ona leży w tzw. siodle tureckim – to kostna struktura przypominająca siodło. Naczynia wchodzi do niej za pomocą cienkiej szypuły. Jeśli dochodzi do silnego uderzenia w głowę na skutek szarpnięć, może dojść do przerwania drobnych naczyń i ukrwienia przysadki nie ma, a więc kończy się produkcja hormonu wzrostu. Ale to zaburzenie może też wystąpić u pacjentów po operacjach neurochirurgicznych i po radioterapii zastosowanej w obrębie głowy.

Dorośli z SNP skarżą się na niczym nieuzasadnione złe samopoczucie, ponadto wskutek zaburzeń metabolicznych mają skłonność do tycia, zaburzeń lipidowych i osteoporozy. Dlatego prof. Lewiński apeluje: – Jeśli macie państwo pacjenta, który uprawiał bardzo urazowy sport – np. boks i wszystkie inne te, które wiążą się z urazami zadawanymi na głowę, a który skarży się na bardzo złe samopoczucie, niemożność skupienia się, podjęcia czynności intelektualnych, problemy z pamięcią, ociężałość, a w badaniu nic tego nie uzasadnia, kierujcie go do endokrynologa celem dalszej diagnostyki w kierunku SNP. To samo z osobami narzekającymi na znacznie obniżoną jakość życia (quality of life) po wypadkach, operacjach neurochirurgicznych i radioterapii w obrębie głowy. ●

Patronaty Gazety Lekarskiej

WARSZAWA

O farmakoekonomice w stolicy

Nawigowanie w morzu danych, joint HTA, tajemnice chorób rzadkich, a także sposób na zminimalizowanie niekorzystnych konsekwencji zmian w systemie to tylko niektóre z tematów, jakie zostały poruszone podczas XXI Międzynarodowej Konferencji Polskiego Towarzystwa Farmakoekonomicznego (PTFe), która odbyła się 30 listopada i 1 grudnia 2023 r. w Hotelu Airport Okęcie w Warszawie. Podtytuł i jednocześnie hasło tegorocznej edycji: „Jeśli chcemy, by wszystko zostało, jak jest, wszystko musi się zmienić”, stanowiące cytaty z „Lamparta” Giuseppe Tomasi di Lampedusa, zapowiadało pasjonującą dysputy głównych graczy na polskim rynku wiedzy o HTA (health technology assessment, czyli ocenie technologii medycznych).

O dobór prelegentów zadbał prezes PTFe prof. Marcin Czech, były wiceminister zdrowia do spraw polityki lekowej i autor pierwszej polskiej „Polityki Lekowej

Państwa”, strategicznego dokumentu rządu na lata 2018-2022, oraz ustępujący prezes PTFe, ceniony ekspert i wykładowca prof. Maciej Niewada.

Jak podkreślają profesorowie Czech i Niewada, konferencje organizowane przez PTFe nigdy nie dążą do konfrontowania podejść zaangażowanych w nie uczestników. Służą dyskusji, rozwojowi tej gałęzi nauki w Polsce, omówieniu najnowszych trendów i kierunków jej rozwoju na świecie. „Dowodem tego jest niezmienna obecność i aktywne uczestnictwo w konferencjach PTFe przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia i innych instytucji państwowych, a także instytucji zagranicznych i przedstawicieli świata nauki” – zapewniają profesorowie.

W tegorocznych debatach udział wzięli m.in. wiceminister zdrowia ds. polityki lekowej Maciej Milkowski i pełniący tę funkcję w rządzie PO-PSL

dr n. med. Igor Radziejewicz-Winnicki, były wiceminister zdrowia, a obecnie poseł Bolesław Piecha czy były dyrektor Departamentu Polityki Lekowej w Ministerstwie Zdrowia Artur Fałek. Wśród naukowców i ekspertów pojawili się prof. Joanna Didkowska, dr Joanna Lis, dr Małgorzata Gałązka-Sobotka, prof. Anna Latos-Bieleńska, prof. Karina Jahnz-Różyk, prof. Robert Gil czy dyrektor Michał Byliniak.

Konferencji towarzyszyły warsztaty edukacyjne: „Wykorzystanie technik porównań pośrednich w ocenie technologii medycznych”, „Techniki modelowania krzywych przeżycia – wpływ na ICER”, „Pragmatyczne badania kliniczne z randomizacją – jednoróżce wśród badań klinicznych?”, „Skala AMSTAR2 – sztuka dla sztuki czy naprawdę potrzebne narzędzie?” oraz „Instrumenty dzielenia ryzyka – implementacja i wpływ na ICUR”.

KAJETANY

Dziecięce UCHO 2023

Tematyka szeroko pojętych problemów otorynolaryngologicznych pacjentów pediatrycznych, podobnie jak w poprzednich latach, zdominowała XLVI Krajową Konferencję Naukowo-Szkoleniową UCHO2023, która odbyła się 19-21 listopada w podwarszawskich Kajetanach. Hasłem tegorocznej edycji wydarzenia były „Problemy otorynolaryngologiczne w codziennej praktyce”.

Wydarzenie co roku skupia ekspertów i specjalistów z całego kraju.

– Różnorodność tematów poruszanych podczas konferencji oraz szerokie grono ekspertów dają wyjątkową możliwość poszerzenia wiedzy, która w codziennej pracy jest niezwykle potrzebna zarówno lekarzom, jak i terapeutom. Coroczne listopadowe wydarzenie to również okazja do przesłuchania najnowszych praktyk i rozwiązań stosowanych

w otorynolaryngologii, które były prezentowane również podczas warsztatowej części konferencji – komentował prof. Piotr H. Skarżyński, sekretarz naukowy konferencji, otorynolaryngolog i otorynolaryngolog dziecięcy, audiolog i foniatra.

Podczas trzech dni konferencji odbyły się liczne dyskusje panelowe i debaty, dotyczące między innymi leków ototoksycznych, schorzeń alergologicznych w kontekście problemów otorynolaryngologicznych, implantów ślimakowych u dzieci – od badań przesiewowych słuchu do interwencji, genetycznych przyczyn schorzeń, rehabilitacji przed i po zabiegach, a także zaburzeń przetwarzania słuchowego oraz kierunków rozwoju nowoczesnej diagnostyki w zaburzeniach głosu u dzieci.

– W tym roku zgłębialiśmy zagadnienia z pogranicza specjalizacji otorynolaryngologii dziecięcej i innych specjalizacji, takich jak alergologia, pulmonologia czy medycyna rodzinna. Podczas tegorocznej konferencji, sugerując się prośbami uczestników z ostatnich lat, staraliśmy się odpowiedzieć na pytanie, co zrobić, kiedy jakaś procedura nie wyjdzie optymalnie, kiedy przeprowadzimy zabieg operacyjny, a efekt nie jest taki, jaki był oczekiwany przez rodziców. Mówiliśmy o tym, w jaki sposób temu zaradzić i jakie informacje od innych specjalistów mogą nam pomóc – mówił prof. Piotr H. Skarżyński.

Więcej informacji: konferencjaucho.pl

PATRONAT „GAZETY LEKARSKIEJ”

Jedno zdrowie – zdrowie Polaków!

REDAKCJA

Idea „One Health – Jedno zdrowie”, czyli próba zrozumienia skomplikowanych zależności między ludzkim zdrowiem a jakością środowiska była myślą przewodnią 5. Kongresu „Zdrowie Polaków”.

Piąta edycja kongresu w Światowym Centrum Słuchu w podwarszawskich Kajetanach zgromadziła 500 przedstawicieli świata nauki, medycyny, kultury, sportu i gospodarki, którzy podczas dwóch intensywnych dni analizowali zależności między ludzkim zdrowiem a jakością środowiska.

HOLISTYCZNE PODEJŚCIE

– Naszym celem jest zwrócenie uwagi na znaczenie szerokiego spojrzenia na zdrowie człowieka oraz zrozumienie skomplikowanych zależności między ludzkim zdrowiem a jakością otaczającego nas środowiska. Nasza filozofia jest holistyczna, uwzględniająca wpływ środowiska naturalnego, zwierząt i ludzi na ogólną równowagę zdrowotną. Wierzymy, że zdrowie jednostki i zdrowie ekosystemu są ze sobą nierozdzielnie związane – podkreśla prof. Henryk Skarżyński, przewodniczący Rady Programowej Kongresu „Zdrowie Polaków”, światowej sławy otochirurg i dyrektor Światowego Centrum Słuchu.

Marszałek-senior Marek Sawicki podkreślał w liście do uczestników, jak ważne jest hasło wydarzenia „One Health – Jedno zdrowie”. – Uznaje się, że zdrowie jednostki i ekosystemu są ściśle splecione, co podkreśla istotę rozpatrywania kwestii zdrowotnych w sposób kompleksowy – czytamy w liście.

Motyacją do rozmowy na temat holistycznego podejścia do zdrowia człowieka był również apel redaktorów ponad 200 cenionych czasopism medycznych na całym świecie, którzy wzywali do uznania kryzysu

► Prof. Henryk Skarżyński i Marek Balicki podczas kongresu



fot.: materiały prasowe

klimatycznego i kryzysu bioróżnorodności za globalne zagrożenie dla zdrowia ludzkiego.

– To niezwykle ważna perspektywa, która pokazuje, że zdrowie ludzi, zwierząt domowych i dzikich, roślin oraz szeroko pojętego środowiska, w tym ekosystemów, jest ściśle powiązane i współzależne. Od wzajemnego poszanowania tych elementów i ich harmonijnego współistnienia zależy człowiek – zaznaczał prof. Henryk Skarżyński.

Mając na uwadze najwyższe dobro, jakim jest zdrowie i życie człowieka, organizatorzy

i uczestnicy 5. Kongresu „Zdrowie Polaków” zaapelowali do wszystkich organizacji i decydentów zajmujących się zdrowiem publicznym oraz przywódców politycznych o podjęcie działań na rzecz złagodzenia zmian klimatu oraz ochrony bioróżnorodności. Apelowali o zintegrowane podejście, którego celem jest dobro planety, zdrowie ludzi, zwierząt i ekosystemów.

– Jest to ważne zwłaszcza teraz, gdy środowisko naturalne, nasza planeta, doświadcza ogromnych wyzwań związanych z kryzysem klimatycznym i utratą

bi bioróżnorodności. Zagrożenia kumulują się przez lata. Jeszcze możemy im zapobiec. Nie zatrzymają ich jednostki. Wyłącznie współpraca może przynieść korzyść – zaznaczał prof. Skarżyński podczas otwarcia 5. Kongresu „Zdrowie Polaków”.

WYZWANIA I MOŻLIWOŚCI

Na kongres składały się wykłady, dyskusje oraz debaty plenarne. Podczas debaty „Starzenie się Polaków” przedstawiono raport Banku Światowego opracowany na podstawie konsultacji społecznych, dotyczący opieki długoterminowej w Polsce. Uczestnicy analizowali wyzwania i możliwości związane z procesem starzenia oraz szukali odpowiedzi na pytania, jakie działania należy podjąć, aby zapewnić seniorom w Polsce godną jesień życia. Odpowiedzi na pytanie „Co poszczególne środowiska mogą zrobić na rzecz idei One Health w Polsce?”, które stanowiło tytuł kolejnej debaty, poszukiwali rektorzy uczelni wyższych. Ekspertiści przedstawili przykłady działań podejmowanych przez instytucje, organizacje pozarządowe i innych uczestników społeczności, które przyczyniają się do poprawy zdrowia ludzi i środowiska. Było to inspirujące spotkanie dla tych, którzy chcą się dowiedzieć, jak mogą zaangażować się w promowanie koncepcji „One Health”.

Podczas debaty „Rola dziennikarza jako obserwatora społecznego w kontekście „One Health” przedstawiciele czołowych mediów ogólnopolskich i branżowych (m.in. „Gazety Lekarskiej”, TVP, „Służby Zdrowia”, „Wprost”) zastanawiali się, jak podnosić świadomość na temat „One Health” oraz innych tematów związanych ze zdrowiem i środowiskiem. Jak podkreślali prowadzący debatę prof. Henryk Skarżyński i redaktor Roman Czejarek, praca dziennikarza może pomóc społeczeństwu zrozumieć złożoność tych zagadnień, identyfikować wyzwania i poszukiwać rozwiązań na rzecz zdrowia ludzi, zwierząt i środowiska.

Dziennikarze podkreślali, że w swoich materiałach starają się zwracać uwagę na zależności pomiędzy dobrym stanem środowiska a zdrowiem człowieka, choć przyznali, że informacje na temat skażenia powietrza czy wody szerzej przebijają się do mass mediów przy okazji katastrof, jak zatrucie Odry w 2022 r. Dużo trudniej jest na co dzień podtrzymywać zainteresowanie

poziomem zanieczyszczenia powietrza.

Redaktorzy stacji telewizyjnych zauważali jednak, że mapy jakości powietrza coraz częściej stają się elementem prognoz pogody, co pozwala widzom zaplanować ilość czasu spędzanego na zewnątrz wydłużając go lub skracając. To, ich zdaniem, może zwiększać świadomość zanieczyszczenia nie tylko wśród osób, które uprawiają sporty, np. biegają, ale także widzów spędzających większość czasu w pomieszczeniach zamkniętych.

Pracujący w mediach branżowych, skierowanych do osób związanych z systemem ochrony

zdrowia czy przedstawiciele zawodów medycznych argumentowali, że ich czytelnicy są zwykle świadomi tych zagrożeń. Niemniej można pogłębiać ich wiedzę na ten temat, prezentując najnowsze wyniki badań i zachęcając, by zwracali uwagę pacjentom na konieczność ochrony przed zanieczyszczeniami środowiska.

Uczestnicy debaty z udziałem mediów podkreślali, że należy zwiększyć świadomość czytelników nie tylko w obszarze zanieczyszczenia środowiska naturalnego, ale także antybiotykooporności, w tym obecności antybiotyków w mięsie, oraz wiedzy na temat szczepień ochronnych. ●

5. KONGRES „ZDROWIE POLAKÓW”

APEL

Mając na uwadze najwyższe dobro, jakim jest zdrowie i życie człowieka, organizatorzy i uczestnicy **5. Kongresu „Zdrowie Polaków”** apelują o podjęcie działań, które powstrzymają nasilający się kryzys klimatyczny oraz kryzys bioróżnorodności na naszej planecie.

Człowiek to część środowiska naturalnego – współtworzy je, ale również jest od niego zależny. Jeżeli bioróżnorodność i klimat Ziemi są niszczone, niszczone jest także człowiek. Na to nie może być naszej zgody.

Dostrzegamy kryzys naszej planety, który przekłada się na zdrowie jednostki i kondycję społeczeństw, dlatego jako myśl przewodnią obrad **5. Kongresu „Zdrowie Polaków” 2023** odbywającego się 13-14 listopada w Kajetanach, wybraliśmy hasło „One Health – Jedno Zdrowie”. To koncepcja zdefiniowana przez One Health High Level Expert Panel (OHHLEP), w skład którego weszło 26 ekspertów międzynarodowych, powołanych w maju 2021 r., przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), Organizację Narodów Zjednoczonych ds. Wyżywienia i Rolnictwa (FAO), Światową Organizację Zdrowia Zwierząt (OIE) oraz Program Narodów Zjednoczonych ds. Ochrony Środowiska (UNEP). W trakcie dwóch intensywnych dni debat, paneli i wykładów przeanalizowaliśmy szereg ważkich tematów wpisujących się w tę ideę. Blisko 500 przedstawicieli świata nauki i medycyny rozmawiało w Kajetanach o integralnym podejściu do zdrowia, które uwzględnia wpływ środowiska naturalnego, zwierząt i człowieka na równowagę zdrowotną. To niezwykle ważna perspektywa, która pokazuje, że zdrowie ludzi, zwierząt domowych i dzikich, roślin oraz szeroko pojętego środowiska (w tym ekosystemów) jest ściśle powiązane i współzależne. Od wzajemnego poszanowania tych elementów i ich harmonijnego współistnienia zależy człowiek. Kryzys dotykający jednego obszaru, dotyka pozostałych.

Nasza planeta to jeden organizm. Jeśli chorują morza, rzeki, lasy, gleby, zanieczyszczone jest powietrze, giną zwierzęta i znikają kolejne ekosystemy – chora jest Ziemia i zagrożony gatunek ludzki.

Apelujemy do wszystkich organizacji i decydentów zajmujących się zdrowiem publicznym oraz przywódców politycznych o podjęcie działań mających na celu łagodzenie zmian klimatu oraz ochronę bioróżnorodności, o zintegrowane, jednoczące podejście, którego celem jest dobro planety, zdrowie ludzi, zwierząt i ekosystemów.

Zagrożenia kumulują się przez lata. Jeszcze możemy im zapobiec. Nie zatrzymają ich jednostki, wyłącznie współpraca może przynieść korzyść. Mamy globalny kryzys zdrowotny planety.

NIKT NIE MOŻE BYĆ OBOJĘTNY. PRZYWRÓĆMY ZIEMI ZDROWIE!

Henryk Skarżyński
Prof. Henryk Skarżyński
Przewodniczący Rady Programowej
Kongresu „Zdrowie Polaków”

PRAKTYKA LEKARSKA

Alfred Nobel byłby zadowolony

SŁAWOMIR ZAGÓRSKI
DZIENNIKARZ

10 grudnia 2023 r. Katalin Karikó i Drew Weissman odbiorą Nagrodę Nobla z fizjologii i medycyny. O kulisach i znaczeniu ich odkrycia opowiada Sławomirowi Zagórskiemu prof. Jacek Jemielity.

Twoja pierwsza myśl po ogłoszeniu tegorocznego Nobla z medycyny?

Że Alfred Nobel nie wymyśliłby lepszego przykładu, czemu ma służyć ufundowana przez niego nagroda. Jego ideą było to, by nagradzać ludzi, którzy dzięki swoim badaniom naukowym poprawiają jakość życia społeczeństwa.

A nie było w tym choć nutki żalu, że nie znalazłeś się w tym gronie? Zaimmowałeś się dokładnie tym samym co laureaci, czyli wykorzystaniem mRNA w celach terapeutycznych. Nagrodę można przyznać maksymalnie trzem naukowcom. Dostali ją Węgierka Katalin Karikó i Amerykanin Drew Weissman za „odkrycia dotyczące modyfikacji zasad nukleozydowych, które umożliwiły opracowanie skutecznych szczepionek mRNA przeciwko COVID-19”.

Przykład Karikó pokazuje, że nie trzeba być naukowcem, który ma dziesiątki tysięcy cytowań, żeby na taką nagrodę zasłużyć. Oczywiście, od czasu wprowadzenia szczepionek przeciw COVID liczba tych cytowań bardzo wzrosła. Ale tegoroczny Nobel to dowód na to, że każdy naukowiec, który robi sensowne badania, ma szansę na nagrodę, tylko musi wydarzyć się coś, co pomoże szczęściu. Karikó i Weissman się poszczęściło, ponieważ ich odkrycia zostały zastosowane w dwóch szczepionkach antycovidowych, produkcji zarówno Pfizera, jak i Moderny.

W tej sytuacji stało się oczywiste, że z grona naukowców, którzy z różnym powodzeniem uprawiają tę

tematykę, to właśnie oni zasługują na nagrodę. Wszyscy mieliśmy nadzieję, że ją dostaną. To nagroda dla całego naszego środowiska. Wielki moment dla tej technologii i ludzi, którzy nad nią pracują. Choć najbardziej doniosłym momentem w dziejach tej technologii był ten, w którym jedna po drugiej weszły na rynek dwie

Walka naukowców próbujących dowodzić pewne tezy z ludźmi, którzy bezrefleksyjnie szerzą niczym nieoparte mity, jest skazana z góry na niepowodzenie. Nie wygramy w ten sposób z antyszczepionkowcami

szczepionki, które zasadniczo przyspieszyły proces przywracania cywilizacji na normalne tory.

Czy czułem żal, że nie znalazłem się w gronie nagrodzonych? Nie, ponieważ nie miałem żadnych złudzeń, że mam na to szansę. Gdyby prowadzone przeze mnie modyfikacje mRNA „znalazły się” w którejś z pierwszych szczepionek, mógłbym rzeczywiście czuć odrobinę rozczarowania. Ale tak się nie stało i w tej sytuacji to jest poza jakąkolwiek dyskusją.

Choć – przyznaję – są ludzie, którzy mogliby czuć się pokrzywdzeni. Mam tu na myśli Ugura Sahina, profesora Uniwersyte-

tu w Moguncji, twórcę firmy BioNTech. Bez jego determinacji i wiary w technologię mRNA nie powstałaby ani szczepionka Pfizera, ani Moderny.

Wynalazkiem zastosowanym w tych szczepionkach był jednak wynalazek Karikó. A Weissman miał szczęście, że spotkał ją w odpowiednim miejscu i czasie.

Droga zawodowa Katalin Karikó nie była łatwa. Wyjechała z Węgier do Stanów, gdzie los jej nie pieścił.

Rzeczywiście, kilkakrotnie traciła pracę i nigdy nie miała stabilnej pozycji jako migrantka.

Odrzucano jej wnioski o granty. Pytana później, dlaczego tak się działo, odpowiadała: „Skończyłam uniwersytet Bóg-wie-gdzie, a nie jedną z czołowych amerykańskich uczelni [zrobiła magisterium i doktorat na Uniwersytecie Segedyńskim na Węgrzech]. Nie miałam mentora o ugruntowanej pozycji naukowej. Nie opublikowałam żadnego artykułu w »Nature«. A w dzisiejszych czasach musisz mieć te rzeczy, jeśli chcesz być kimś”.

Karikó z pewnością nie jest kimś predestynowanym do zdobywania Nobla. To bardzo prostolinijna, szczerza osoba. Co więcej, ta szczerość przybiera różne oblicza. Czasami potrafi bardzo ostro skrytykować publicznie kogoś, kto opowiada bzdury na konferencjach.

Znacie się?

Poznaliśmy się kilka lat temu. Nawet dyskutujemy naukowo na różne tematy. Na przełomie października i listopada 2023 r. byłem na konferencji o mRNA i znów mieliśmy okazję się spotkać.

Nieco wcześniej próbowałem ją zaprosić na konferencję do Polski. To było tuż przed przyznaniem nagrody. Szkoda, że do tego nie doszło.

Wytłumacz, proszę, na czym polegało odkrycie nagrodzone Noblem.

Jak wielu innych, Karikó i Weissman próbowali wykorzystać otrzymany w próbowce informacyjny kwas rybonukleinowy (informacyjny RNA, inaczej przekąźnikowy RNA, ang. messenger RNA, w skrócie mRNA) do celów terapeutycznych. Czyli zrobić to, co cała grupa naukowców, do której sam się również zaliczam, próbuje od czterech dekad.

Zauważyli, że syntetyczne RNA daje znacznie mniejszy efekt niż oczekiwany. Z jakiegoś powodu dostarczone z zewnątrz RNA nie ulega tak efektywnej translacji, czyli nie służy do produkcji odpowiedniej ilości leczniczego białka, by osiągnąć efekt terapeutyczny.

Badacze zastanawiali się nad przyczyną takiego stanu rzeczy. Sprawdzali, w jaki sposób układ immunologiczny reaguje na dostarczenie informacyjnego kwasu rybonukleinowego z zewnątrz. Zauważyli, że zanim takie RNA ulegnie ekspresji, innymi słowy, zanim na jego podstawie powstanie białko, uruchamiane są mechanizmy, które do tej syntezy nie dopuszczają.

Dlaczego komórka się przed tym broni?

Musimy mieć na uwadze, że nasze endogenne RNA nie jest jedynym rodzajem kwasu rybonukleinowego, z jakim nasz organizm ma do czynienia. Chodzi np. o RNA ściśle powiązane z patogenami.

Materiał genetyczny wielu wirusów, łącznie z koronawirusem SARS-CoV-2, ma właśnie postać RNA. W związku z tym, że od tysięcy lat (a nasi przodkowie jeszcze dłużej) byliśmy poddawani takim atakom, wykształciliśmy stosowne mechanizmy obronne.

Jeśli więc dostarczane z zewnątrz mRNA ma cechy charakterystyczne dla RNA wirusowego albo nawet jakies

► Prof.
Jacek
Jemielity
z Katalin
Karikó
na jednej
z konferen-
cji nauko-
wych



fot.: archiwum prywatne

inne cechy, ale odróżniające je od tego, który wytwarzamy sami, organizm reaguje, żeby zapobiec inwazji wirusa.

Karikó i Weissman zwrócili uwagę na dwie cechy mRNA. Po pierwsze, że dwuniciowe RNA, które w pewnym sensie stanowi produkt uboczny syntezy RNA w próbowce, jest niezwykle reaktogenne. Pobudza nasz układ immunologiczny, ale nie w taki sposób, jak byśmy chcieli. Generuje odpowiedź układu immunologicznego na samo mRNA, a nie na terapeutyczne białko, które powinno na jego podstawie powstać.

A druga kwestia, która zyskała szczególnie uznanie Komitetu Noblowskiego i co zostało zastosowane w szczepionkach przeciw COVID-19, to to, jak tę niekorzystną odpowiedź immunologiczną przełamać.

Otóż mRNA składa się z czterech podstawowych nukleotydów zawierających nukleozydy: adenozyne, guanozyne, urydynę i cytydynę (nukleozydy to glikozaminy zbudowane z zasady azotowej i cukru – pentozy, zaś nukleotydy to estry fosforanowe nukleozydów). Jeśli jednej z tych cegiełek, a konkretnie urydyny, jest wyraźnie więcej – a z czymś

takim mamy właśnie do czynienia w przypadku wirusowego RNA – odpowiedź układu immunologicznego jest silniejsza i ekspresja takiego RNA jest zablokowana.

Karikó i Weissman szukali sposobów, żeby to obejść. Zaproponowali modyfikowane nukleotydy. Zastąpili naturalnie występującą urydynę pseudo-urydyną. W efekcie nasz układ immunologiczny został oszukany. „Wydawało mu się”, że ma do czynienia z własnym, a nie podanym z zewnątrz, syntetycznym RNA.

Ostatecznie w szczepionkach znalazła się 1-metylo-pseudo-urydyna, ale chodziło o to samo – zmniejszenie niekorzystnej reakcji immunologicznej.

W tej chwili tę sekwencję terapeutycznego RNA się optymalizuje. Jednym z elementów optymalizacji jest redukcja urydyn, a także postęp w oczyszczaniu mRNA. Chodzi o pozbycie się wspomnianego dwuniciowego RNA, by syntetyczny kwas rybonukleinowy był jak najczystszy, gdyż te zanieczyszczenia powodują niepokojenie układu immunologicznego. Im więcej czynników niepokojących, tym bardziej prawdopodobne, że efekt terapeutyczny

danego RNA będzie słabszy albo wręcz żaden.

W tej chwili trwa debata, czy modyfikowane nukleotydy będą musiały w przyszłości nadal być w terapiach. Dziś nikt nie jest w stanie odpowiedzieć na to pytanie. Z moich własnych badań wynika, że można uniknąć stosowania modyfikowanych nukleotydów, z tym że nie prowadziliśmy jeszcze prac na ludziach.

Gdy mamy zoptymalizowane, dobrze oczyszczone RNA, nie widzimy przewagi modyfikowanych nukleotydów. Aczkolwiek w momencie, gdy w pośpiechu starano się uzyskać pierwsze szczepionki przeciw COVID-19, bez nich by się to nie udało.

Przedmiotem twoich dociekań była przede wszystkim stabilność cząsteczki mRNA. Natura „zdecydowała”, że mRNA jest nietrwałe, bo jeżeli komórka będzie potrzebowała jakiegoś białka, to sobie wyprodukuje odpowiednio więcej mRNA. Rozumiem, że są trzy problemy z syntetycznym kwasem rybonukleinowym. Po pierwsze, immunogenność, której nie chcemy. Po drugie, żeby się wytworzyło wystarczająco dużo terapeutycznego białka. I po trzecie, wspomniana stabilność mRNA.

Ja bym powiedział, że pierwszy i trzeci punkt jest ważny, żeby spełnić drugi. Brak reaktywności RNA, jego zwiększona stabilność prowadzą do tego, że może powstać jak najwięcej terapeutycznego białka. A to jest niezbędne dla skutecznych zastosowań mRNA jako terapeutyku.

Są jeszcze inne kwestie, jak np. sposób dostarczania tego RNA, co jest też kluczowe dla powodzenia terapii.

Terapeutyczne RNA jest „opakowane” w tzw. nanocząsteczki lipidowe (ang. Nanolipoprotein Particles, w skrócie NLPs). Takie rozwiązanie zostało wykorzystane w szczepionkach antycovidowych. Tymczasem to nie jest doskonały sposób dostarczania RNA. Okazało się, że to właśnie sama otoczka lipidowa jest odpowiedzialna za większość efektów ubocznych szczepionek. Niektóre osoby są wręcz uczulone na jej elementy składowe.

Kolejna sprawa to kwestia dostarczenia mRNA do konkretnej tkanki. Mało tego, do konkretnych komórek tej tkanki. To niezwykle ważne, żeby odnieść sukces. I do tego ma służyć

właśnie odpowiednie opakowanie terapeutycznego RNA.

Mówimy na razie o szczepionce antycovidowej. Można ją pewnie poprawić. Na bazie technologii RNA powstały i będą powstawać nowe szczepionki czy terapie przeciwko chorobom wirusowym. Ale nadzieje związane z mRNA są znacznie szersze. Potencjał tej technologii jest zdecydowanie większy.

Mam tu na myśli szczepionki przeciwnowotworowe, mające służyć leczeniu, nie prewencji, poprzez aktywację układu immunologicznego chorego. A także leczenie rzadkich chorób genetycznych z wykorzystaniem mRNA w precyzyjnej edycji genomu. I tu

W leczeniu rzadkich chorób genetycznych, gdzie białko potrzebne jest przez całe życie pacjenta, potrzebujemy nowych rozwiązań

potrzebny jest postęp technologiczny, który ma polegać na tym, że będzie powstawało jeszcze więcej terapeutycznego białka.

Do aktywacji układu immunologicznego ta niezbędna ilość mRNA jest stosunkowo niewielka. Ale już w leczeniu rzadkich chorób genetycznych, gdzie białko potrzebne jest przez cały czas życia pacjenta, potrzebujemy nowych rozwiązań. Chory musi lepiej tolerować większe dawki RNA niż dotychczas. Chcielibyśmy także, by produkcja białka z pojedynczej porcji RNA trwała znacznie dłużej.

Pozwól, że zrobię krótki rys historyczny. W tradycyjnych szczepionkach (przeciw polio, odrze, żółtej febrze) używano albo zabitych, albo osłabionych wirusów. Potem zaczęto robić szczepionki przeciwko białku wirusa (HBV, HPV). Następnie pojawiły się szczepionki oparte na DNA (ebola). A dziś nie stosujemy już ani wirusa, ani jego białka, ani DNA, tylko gotowy przepis na białko w postaci mRNA. Twoim zdaniem ta najnowsza technologia zawładnie

w przyszłości szczepionkami czy też w dalszym ciągu będzie stosować stare, sprawdzone preparaty?

Jestem świeżo po kongresie w Berlinie, więc mogę się podzielić zarówno moim doświadczeniem, jak i opinią środowiska, co nas czeka. Historia prowadzi nas do technologii, która jest najbezpieczniejsza również dlatego, że w niezwykle precyzyjny sposób aktywuje układ immunologiczny przeciwko patogenowi.

Ponadto proces wytwarzania szczepionek RNA charakteryzuje się niezwykłą prostotą. Każde RNA może być otrzymane dokładnie w taki sam sposób, przy użyciu tych samych urządzeń i reagentów. Dodajmy, że każde białko w naszych komórkach powstaje w dokładnie ten sam sposób, tj. właśnie na bazie mRNA. To wszystko powoduje, że mamy maksymalnie bezpieczną i łatwą metodę do wdrożenia do produkcji. Stosując tę samą infrastrukturę, można tworzyć różne szczepionki. Można je w razie potrzeby szybko modyfikować.

To oznacza obniżenie kosztów i w przypadku szczepionek antywirusowych ta technologia z oczywistych względów będzie wypierała technologie starsze. Natomiast długie, żmudne procedury dopuszczające leki nie nadążają zupełnie za tą technologią. Ale być może w przyszłości zostaną wypracowane nowe procedury, które przyspieszą ten proces.

Szczepionkę zmienić można dosłownie w ciągu tygodnia. Ludzie nie zdają sobie sprawy, jak szybko potrafimy zareagować na pojawiające się nowe, zmutowane warianty wirusów.

Ale z powszechnym zastosowaniem kolejnych preparatów musimy jednak dłużej poczekać, by powtórzyć pewne etapy badań klinicznych i mieć pewność, że nie narażamy pacjenta na niebezpieczeństwo.

Wielu z nas boi się jednak tej technologii. Odnotowujemy działania niepożądane szczepionek mRNA. Masz przesłanie, które uspokoiłoby w tej kwestii czytelników?

Kiedy trwała pandemia i podawano pierwsze szczepionki przeciw SARS-CoV-2, ryzyko było znacznie większe. Ja sam byłem gotów poddać się natychmiast szczepieniu szczepionką mRNA, zwłaszcza produkcji firmy BioNTech, z którą współpracowałem i wciąż współpracuję. Bo ufałem naukowcom z BioNTech, którzy stali za tą szczepionką. Znałem mechanizm, według którego ta technologia działa.

Ale przyznaję, że obawa i niepokój trzy lata temu były znacznie bardziej uzasadnione. W tej chwili, kiedy podano ponad 10 mld dawek szczepionek RNA, możemy czuć się uspokojeni. Procent znaczących skutków ubocznych jest minimalny. Co więcej, te istotne skutki uboczne występowały także u tych osób, które przyjmowały placebo.

W historii naszej cywilizacji w tak krótkim czasie nie podano nigdy więcej dawek żadnego terapeutycznego. Innymi słowy, żaden nie został zweryfikowany na taką skalę.

Mówiąc bardziej filozoficznie, żyjemy w czasach kryzysu autorytetów. Nikt dla nas nie jest już autorytetem. Gdybym sam miał jakiś wskazać, musiałbym się głęboko zastanowić.

Walka naukowców próbujących dowodzić pewne tezy z ludźmi, którzy bezrefleksyjnie szerzą na niczym nieoparte mity, jest skazana z góry na niepowodzenie. To nierówna potyczka. Nigdy nie wygramy w ten sposób z antyszczepionkowcami i pseudosceptykami.

Kryzys autorytetów powoduje, że bardzo trudno jest dziś kogoś przekonywać. Teraz mamy mocniejsze dowody, że to bardzo bezpieczna technologia. Mamy statystyki. Jak ktoś chce się z tym zapoznać, korzystając z rzetelnych źródeł, może to zrobić. Ale ludzie nie są nauczani, żeby czerpać z rzetelnych źródeł. To pewien kryzys edukacji, zresztą obserwujemy go nie tylko u nas.

Wróćmy do bardziej optymistycznego wątku. Czy dzięki technologii mRNA uda się zrobić szczepionki przeciw malarii i HIV?

Uważam, że to niemal pewne. To kwestia pewnej determinacji i zachęty finansowych. Nasz świat tak funkcjonuje, że najszybciej powstają te szczepionki, które przynoszą największe zyski. Pandemia pokazała, że koncentracja wiedzy i środków może doprowadzić do szczepionki w bardzo krótkim czasie.

Jeżeli chodzi o HIV, dziś jest to nieco mniej atrakcyjny temat niż jakieś 20 lat temu. Zwłaszcza wtedy, kiedy na AIDS umierał Freddie Mercury (słynny piosenkarz zmarł w listopadzie 1991 r.). Mamy leki, które pozwalają osobom zakażonym wirusem świetnie funkcjonować. Ale badania nad szczepionką przeciwko HIV trwają i mam nadzieję, że wkrótce zakończą się sukcesem. Plastyczność technologii mRNA jest idealna pod kątem

Są prace pokazujące, że w bardzo złożonych terapiach trudnych nowotworów, szczepionka RNA daje wyraźną korzyść. Ale to jeszcze nie to, na co czekają pacjenci

wirusa HIV, który ma niezwykle zdolność do mutacji.

Jeśli chodzi o przenoszoną przez komary malarię, ocieplenie klimatu zwiększa „atrakcyjność” przedsięwzięcia, jakim jest szczepionka, ponieważ ten problem zaczyna dotyczyć coraz bogatszych krajów. Rośnie więc motywacja ekonomiczna. Fundacja Gatesów, z którą mam przyjemność współpracować, stymuluje firmy i ośrodki naukowe, żeby taka szczepionka powstała. Ostatnio został ogłoszony konkurs grantowy w tym zakresie.

Obserwujemy też szereg innych działań, aby w krajach biedniejszych technologia RNA mogła pomagać w zwalczaniu lokalnych chorób. Malaria z pewnością jest jedną z nich i zagraża nam coraz bardziej, nie tylko wtedy, gdy podróżujemy po świecie.

Na koniec słowo o przyszłych terapiach przeciwnowotworowych. Na jakim etapie jesteście?

Nowotwór to znacznie trudniejszy przeciwnik niż wirus. Komórki nowotworowe są naszymi własnymi komórkami, musimy więc uderzyć w nie niezwykle precyzyjnie, żeby nie naruszyć tkanek zdrowych.

Ponadto nowotwory są heterogenne. Więc to, że uda nam się wybrać jakąś serię antygenów, może doprowadzić do tego, że nasz układ immunologiczny zniszczy 90 proc. komórek nowotworowych,

ale 10 proc. niezawierających tych antygenów, które będą w szczepionce, nie zostanie zniszczonych i choroba będzie się mogła dalej rozwijać.

Nowotwory wytworzyły też szereg mechanizmów, które pomagają im się chronić przed reakcją układu immunologicznego.

Stale wracam do konferencji, na której byłem. Uczestniczyłem w sesji poświęconej zastosowaniom RNA w leczeniu nowotworów. Wśród największych graczy jest pewien optymizm.

Przy okazji tych konferencji spotykam się z ludźmi BioNTechu i zadaję im pytanie, kiedy doczekamy się pierwszej szczepionki przeciwnowotworowej. Oni zawsze odpowiadają tak samo, że za dwa lata.

Są bardzo dobre prace pokazujące, że w bardzo złożonych terapiach trudnych nowotworów szczepionka RNA daje wyraźną korzyść. Ale to jeszcze nie to, na co czekają pacjenci. Także zaprezentowane wyniki badań klinicznych są budujące. Ale to zdecydowanie za wcześnie, żeby ogłosić sukces.

Sławomir Zagórski jest doktorem nauk biologicznych, wieloletnim szefem Działu Nauki „Gazety Wyborczej”, a obecnie dziennikarzem OKO.press •

PROF. JACEK JEMIELITY

Chemik, jeden ze światowych liderów badań dotyczących chemicznie modyfikowanego RNA. Za badania w tej dziedzinie otrzymał w 2021 r. najwyższą nagrodę naukową w Polsce – Fundacji na rzecz Nauki Polskiej. Prof. Jemielity jest kierownikiem Laboratorium Chemii Bioorganicznej Centrum Nowych Technologii Uniwersytetu Warszawskiego, a także współtwórcą i szefem ExploRNA Therapeutics – spółki spin-off UW. Współautor ponad 150 publikacji cytowanych ponad 3,3 tys. razy.

Wesołych Świąt i szczęśliwego przeszczepienia wątroby!

Wielkanoc, długie weekendy w maju, czerwcu, sierpniu lub listopadzie, Boże Narodzenie, Nowy Rok i „sześciu króli”, prócz odpoczynku, łączy alkohol!

Tak jak w przyrodzie naszym życiem rządzi cykl pór roku, tak w aptekach oraz w POZ również obserwujemy cykliczność. Owszem, wiadomo, że latem potrzeba mniej antybiotyków, za to więcej leków przeciwhistaminowych, a zimą raczej odwrotnie, ale nie o tym mowa.

Święta.

Niby wiemy, że zwłaszcza w kulturze słowiańskiej alkohol jest wszechobecny. Wiemy też, że regulacje prawne nie będą zmierzały w kierunku prohibicji.

Nikomu z Czytelników nie muszę robić wykładów o szkodliwości nadmiernego spożywania alkoholu. Za to postaram się pokazać jedną z nieoczywistych oraz ignorowanych dróg, które prowadzą do kosztownych zatruć i przeszczepów wątroby.

Każdy z nas jest zalewany reklamami leków i suplementów diety, które również są w tzw. obrocie pozaaptecznym. Nie powinny być łatwo dostępne dla dzieci, a jednak są. Piękne kolory opakowań zachęcają do zakupu, a więc i do spożycia.

Zachęcają nie tylko klientów, ale również menedżerów lub kierowników sklepów oraz hipermarketów. Im lepsza ekspozycja, tym większa sprzedaż. Im większa sprzedaż, tym większa premia. Proste i skuteczne – od zawsze. Problem w tym, że także oni piją alkohol i odczuwają jego skutki.

Niby „alkohol jest dla ludzi”, ale gdy sklepikarze biorą się za sprzedaż wiążaną, w tym przypadku skutki mogą być opłakane. I to dosłownie.

W swym bogatym archiwum mam fotografie z różnych sklepów lub marketów. Wśród nich są duopaki: butelka wódki plus tabletki z paracetamolem.

Można powiedzieć, „dziki... yyy, wolny kraj, wolni ludzie”. Mogą robić, co chcą. Naprawdę?

Jeśli osobom poniżej 18. roku życia ustawodawca nie pozwala na zakup alkoholu, dlaczego pozwala, by jakiś amator, przykro-

MARIUSZ POLITOWICZ
CZŁONEK NACZELNEJ
RADY APTEKARSKIEJ



doświadczony skutkami działania dehydrogenazy, brał się za „leczenie” kaca poprzez proponowanie zestawów wódka plus paracetamol?

Wiadomo, że w niektórych przypadkach te dwie substancje nie tworzą zagrożenia. Jednak co do zasady nie należy ich łączyć.

Reklamy leków z paracetamolem podkreślają bezpieczeństwo jego stosowania. Za to reklamy alkoholu ostrzegają przed jego spożywaniem. Nikt ich nie kwestionuje, bo na własnym organizmie przekonał się, że kac istnieje. Jednak prawdopodobnie nie poznał drastycznych skutków ubocznych po lekach lub interakcjach między nimi. Przeważnie wie, że leki szkodzą, chociaż nie wie, w jaki sposób. Z tego powodu raczej ich nie sprzedawkuje. Odruchowo się boi, zwłaszcza wtedy, gdy w aptecce słyszy, że ma brać po dwie tabletki, a nie po jednej, jak do tej pory – bez efektów – przyjmował. Za to nie boi się marketowej „oferty dnia”. Duopak kusi, a piątek, piąteczek, piątunio za pasem.

Czasami słyszę lub czytam o odpowiedzialności lekarzy za edukację zdrowotną społeczeństwa. Z kolei pod adresem mojej grupy zawodowej kierowane są irytujące populistyczne hasła o „misji i etyce”. Z jednej strony miały zastąpić wynagrodzenie za dyżurowanie, a z drugiej z rządzących (ze wszystkich ugrupowań politycznych)

miały zdejmować odpowiedzialność za dysfunkcyjny system ochrony zdrowia oraz brak nadzoru nad nim.

Jako farmaceuta mam tak samo zerowy wpływ na promocje w marketach jak lekarze, dziennikarze lub nauczyciele. Mogę przekonywać przekonanych lub próbować wpływać na polityków. Jednak rozum podpowiada mi, że urzędnicy od pozaaptecznego obrotu paracetamolem w duopakach z alkoholem siedzą w innych gabinetach niż ci, którzy analizują koszty przeszczepów wątroby oraz innych skutków ubocznych.

Powstaje zatem pytanie, czy mówić oraz pisać o nieoczywistych – dla laików – niebezpieczeństwach, czy z dobrodziejstwem inwentarza przyjąć, że pacjent to pacjent, sztuka jest sztuka, więc leczymy każdego? A że to kosztuje i zabraknie dla innych? Cóż, zawsze można powiedzieć, że zwyczaje i obrzędy są trudne do zmiany, a nasza polska, wolno szlachecka niezależność jest ważniejsza od ograniczeń, które próbuje się nam narzucać. Ot, jak z przeciwnie skuteczną promocją szczepień przeciw COVID-19.

Tylko że potem winę ponosi cały świat, ale nie delikwent, który wymyślił promocję paracetamolu z alkoholem, a także ten, który z niej nieszczęśliwie skorzystał.

Czy naprawdę „chcącemu nie dzieje się krzywda”?

PRAKTYKA LEKARSKA

Niepokorne wątroba, trzustka i jelita

LUCYNA KRYSIAK
DZIENNIKARKA

Regularne spożywanie alkoholu w ilościach uważanych za umiarkowane może skutkować chorobami wątroby lub trzustki, w tym nowotworem – mówi prezes Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii prof. Marek Hartleb.

Na jakie choroby przewodu pokarmowego Polacy zapadają najczęściej?

Przewód pokarmowy, wątroba i trzustka to pole dla niezliczonych chorób. Jedne mogą powodować wyraźne dolegliwości, lecz mieć tło czynnościowe, inne rozwijają się skrycie i stanowią poważne zagrożenie dla zdrowia i życia. Raport Europejskiej Unii Gastroenterologicznej (United European Gastroenterology, UEG), dotyczący częstości występowania chorób gastroenterologicznych w ostatnich 20 latach w 44 krajach, informuje, że ich liczba wciąż rośnie. Dotyczy to również przewlekłych chorób wątroby o etiologii metabolicznej i alkoholowej. Nastąpił natomiast spadek liczby zakażeń wirusowego zapalenia wątroby (WZW) typu C (także hepatitis C virus – HCV), co wiąże się z dostępem do bardziej skutecznych terapii. Spada także liczba przypadków marskości wątroby i raka wątrobowokomórkowego (hepatocellular carcinoma, HCC) u chorych zakażonych HBV (hepatitis B, WZW typu B), co wiąże się z powszechnymi szczepieniami przeciw temu wirusowi u noworodków. Jednak rosnące spożycie alkoholu, epidemia otyłości i konsumpcji leków pociągają za sobą wzrost zachorowalności na przewlekłe zapalenie trzustki, marskość wątroby i HCC. Tendencję spadkową wykazuje także zachorowalność na raka żołądka, jednak tempo tego spadku jest wolniejsze niż w krajach UE. Jednocześnie rośnie liczba gruczolaków wpustu, związanych z chorobą refluksową i otyłością. Wśród nowotworów wciąż najczęstszym nowotworem złośliwym jest rak jelita grubego, a po nim rak trzustki.

Które z nich najtrudniej poddają się leczeniu?

To w dużej mierze zależy od stadium chorób, w którym je rozpoznano. Wczesna diagnoza pozwala na wyleczenie lub przynajmniej zapanowanie nad ich przebiegiem. Winę za późne rozpoznania nie zawsze ponoszą pacjenci czy lekarze, bo np. raki rozwijające się w prawej połowie okrężnicy, ogonie trzustki czy w wątrobie mogą długo nie dawać żadnych dolegliwości. W odróżnieniu od raka jelita grubego dla nowotworów narządów mięszo- wych nie wypracowano programów badań przesiewowych. Wyjątkiem jest program nadzorczy chorych z marskością wątroby, u których w odstępach sześciomiesięcznych wykonuje się badanie ultrasonograficzne tego narządu. W innych przypadkach często powtarzane badania obrazowe mogą wykrywać w wątrobie lub trzustce klinicznie istotne zmiany, ale mogą też ujawniać małe zmiany bez znaczenia klinicznego, narażając chorego na dalsze badania obciążone powikłaniami. Poza nowotworami złośliwymi wątroby, trzustki i dróg żółciowych wciąż najgorzej odpowiadającymi na leczenie są choroby nienowotworowe, np. przewlekłe zapalenie trzustki, choroba Crohna w postaci przetokującej, pierwotne stwardniające zapalenie dróg żółciowych czy niewyrównana marskość wątroby stanowiąca kombinację objawów wynikających z niewydolności metabolicznej tego narządu

oraz nadciśnienia wrotnego, które powoduje zwłókniała wątroba, a także choroby czynnościowe przewodu pokarmowego, np. dyspepsja czynnościowa, choroba refluksowa przełyku czy zespół jelita nadwrażliwego, które nie zagrażają życiu, ale mogą upośledzać jego jakość. Zleca się dużo leków z grupy inhibitorów pompy protonowej, probiotyków, leków hepatoprotekcyjnych, enzymów trzustkowych czy antybiotyków jelitowych, które są lekami bezpiecznymi, ale nie zawsze stosowanymi zgodnie z wytycznymi towarzystw naukowych.

W jakim stopniu styl życia, a w jakim środowisko odpowiadają za choroby przewodu pokarmowego?

Większość chorób jest wypadkową predyspozycji genetycznych oraz oddziaływania środowiska (rodzaj diety, używki, brak aktywności fizycznej). Regularne spożywanie alkoholu w ilościach uważanych za umiarkowane może skutkować chorobami wątroby lub trzustki, w tym nowotworem. Silnym predyktorem chorób nowotworowych – jelita grubego, przełyku, trzustki – jest otyłość, zwłaszcza ze współistniejącą cukrzycą. U większości otyłych występuje choroba tłuszczzeniowa wątroby, która u części z nich prowadzi do marskości i raka wątrobowokomórkowego. Wprawdzie w ostatnich 20 latach znacznie ograniczono palenie papierosów, jednak osoby, które nie zrezygnowały z tego

nałogu, znajdują się w grupie zwiększonego ryzyka wystąpienia chorób nie tylko płuc, ale także trzustki i żołądka. Wpływ na występowanie chorób gastroenterologicznych mają też warunki socjoekonomiczne. Osoby z niskim poziomem edukacji, a co za tym idzie – o niskim statusie społecznym i materialnym, są częściej zakażone bakterią *Helicobacter pylori*, co wiąże się z zapaleniem błony śluzowej żołądka i zmianami histopatologicznymi prowadzącymi do rozwoju raka tego narządu.

Dużo miejsca poświęca się ostatnio niealkoholowej stłuszczeniowej chorobie wątroby (non-alcoholic fatty liver disease, NAFLD). Jaka jest skala problemu?

NAFLD, a według najnowszej nomenklatury choroba stłuszczeniowa wątroby związana z zaburzeniami metabolicznymi – MASLD (metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease), to zdecydowanie najczęstsza patologia wątrobowa, która dotyka 25-30 proc. populacji. U części osób z przyczyn nie do końca poznanych choroba wkracza na ścieżkę zapalną i postępującego włóknienia wątroby prowadzącego do marskości ze wszystkimi jej powikłaniami, włącznie z rakiem wątrobowokomórkowym. Taki los spotyka 5-10 proc. chorych z MASLD, co biorąc pod uwagę powszechność tej choroby, tworzy wielotysięczną populację. Warto wspomnieć, że w chorobie tej HCC może się pojawić na etapach histopatologicznych poprzedzających przebudowę marską wątroby. Ważnym argumentem na rzecz znaczenia MASLD jest wpływ tej choroby na przedwczesną umieralność z powodu zdarzeń sercowo-naczyniowych. Powodem jest zmiana metabolizmu stłuszczeniowej wątroby w kierunku wytwarzania nadmiernych ilości lipidów, glukozy, związków prozapalnych i prozakrzepowych, tworzących środowisko wybitnie aterogenne. Obok chorób onkologicznych miażdżycy to najczęstsza przyczyna zgonów, stąd jest obiektem zainteresowania lekarzy i osób odpowiedzialnych za politykę zdrowotną i stanowi powód, by zacieśniać współpracę z kardiologami, diabetologami i nefrologami. Nie dostrzegamy jeszcze roli stłuszczeniowej wątroby w powstawaniu miażdżycy. Wydaje się jednak, że bez uświadomienia sobie tych zależności nie będzie można poukładać wszystkich „puzzli” metabolicznych.

Czy w diagnozowaniu i leczeniu chorób wątroby nastąpił postęp?

U chorych z MASLD postępowaniem jest stworzenie algorytmu diagnostycznego, który identyfikuje pacjentów wysokiego ryzyka, czyli z zaawansowanym włóknieniem wątroby. Dwustopniowy algorytm oparty jest na prostym teście FIB-4, a u chorych z nieprawidłowym wynikiem elastografii ultradźwiękowej pozwala na ich selektywny przepływ od lekarza opieki podstawowej do opieki specjalistycznej. W leczeniu MASLD z pomocą przychodzi leki wstępnie zaprojektowane do leczenia cukrzycy, które okazały się pomocne w redukcji masy ciała w stopniu nieosiągalnym wyłącznie zmianą stylu życia. W medycynie odkrywa się czasem korzyści ze stosowania leków, które od dawna są na rynku, lecz są przeznaczone dla innych chorób, np. fibratów, które poza obniżaniem stężenia lipidów ujawniły także działanie przeciwświądowe u chorych z przewlekłymi chorobami cholestatycznymi.

Trudnym tematem dla gastroenterologii są zaburzenia czynności endokrynnej trzustki u pacjentów z cukrzycą.

Trzustka jest gruczołem, który pełni funkcje egzokrynne i endokrynne. Patogeneza cukrzycy typu 2 jest złożona, ale istotnym czynnikiem wydaje się niewydolność komórek beta wysp trzustkowych, które nie są w stanie podolać zwiększaniu produkcji insuliny w warunkach obwodowej insulinooporności. Cukrzyca typu 2 jest chorobą częstą, stąd może współistnieć z wieloma chorobami gastroenterologicznymi. Skłonność do zakażeń bakteryjnych, zwiększone ryzyko rozwoju raków przewodu pokarmowego, stłuszczenie wątroby i trzustki, zespół rozrostu bakteryjnego jelita cienkiego oraz jelitowa neuropatia cukrzycowa to najczęstsze powikłania gastroenterologiczne cukrzycy. U chorych z przewlekłym zapaleniem trzustki (PZT) cukrzyca ma charakter insulinozależny, co wynika z uszkodzenia aparatu wyspowego trzustki. Cukrzyca u chorych z PZT bywa szczególnie trudna w leczeniu z powodu dużej chwiejności glikemii. Hiperglikemia mogą być ponadto pierwszym objawem raka trzustki, stąd próby

stosowania badań obrazowych trzustki u wszystkich chorych ze świeżo rozpoznaną cukrzycą. Idea powszechnego wykluczania raka u takich pacjentów będzie łatwiejsza w realizacji wraz z odkryciem testów molekularnych krwi identyfikujących z dużą czułością diagnostyczną raka trzustki. Ostatnio zainteresowaniem cieszą się leki wpływające na oś jelitowo-trzustkową, które są analogami jelitowych hormonów inkretynowych: glukagonopodobnego peptydu 1 (GLP-1) oraz glukozozależnego peptydu insulinotropowego (GIP). Ostatnio pojawił się tirzepatyd – agonista receptorów obu wymienionych peptydów mający istotne znaczenie w leczeniu otyłości i cukrzycy typu 2.

A co się zmieniło w rozpoznawaniu i leczeniu nieswoistego zapalenia jelit?

Postępem jest wprowadzenie biomarkerów zapalenia jelit, takich jak kalprotektyna lub laktoferyna, które pozwalają na odróżnienie chorób czynnościowych od wtórnych stadiów chorób zapalnych. Tego typu biomarkery pozwalają na ograniczenie liczby niepotrzebnie wykonywanych kolonoskopii, co ma szczególne znaczenie u dzieci. Wymowne hasło „IBD (inflammatory bowel disease – przyp. red.) go Home” (NZJ, czyli nieswoiste zapalenie jelit, idź do domu) ma związek z pojawieniem się skutecznych leków (ozanimod, filgotinib oraz upacytynib). Należy pamiętać, że NZJ dotyczy głównie ludzi młodych, aktywnych zawodowo, zatem częste wizyty w szpitalach są dla nich obciążające. Mimo rosnącej liczby leków stosowanych w NZJ i objętych refundacją dostęp do tego typu leczenia wciąż jest ograniczony. W Polsce korzysta z niego tylko 3,3 proc. pacjentów z wrzodzącym zapaleniem jelita grubego oraz 12 proc. z chorobą Crohna, czyli zdecydowanie mniej niż w krajach UE. Przyczyną są restrykcyjne kryteria kwalifikacyjne oraz konstrukcja programów lekowych wymagających hospitalizacji i wikłających lekarzy w administracyjnie czasochłonną ich obsługę. Rozwiązaniem byłoby stworzenie systemu otwartego z dostępem

wybranych leków w aptekach, co poprawiłoby dostępność i warunki leczenia.

Pacjenci z dolegliwościami przewodu pokarmowego zgłaszają się najpierw do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), podczas gdy powinni trafić w ręce specjalisty?

Nie ma idealnych systemów regulujących przepływ pacjentów na linii lekarz rodzinny – specjalista. Niekorzystne jest przetrzymywanie chorego z nierozpoznanym problemem zdrowotnym w POZ, ale niszczące dla systemu jest także szybkie jego odsyłanie, co ma miejsce w naszej rzeczywistości. Jesteśmy rzadkim przykładem kompletnego braku komunikacji między POZ i specjalistami, a dotychczasowe pomysły opieki koordynowanej są raczej nietrafione. Oczekujemy od lekarzy POZ rozpoznawania objawów alarmowych świadczących o poważnej chorobie wymagającej pogłębionej diagnostyki oraz wykonywania wstępnych badań, które potwierdzają lub wykluczają podejrzenie tych chorób. Dobrą decyzją jest umożliwienie lekarzom POZ wystawiania skierowań do pracowni tomografii komputerowej, bowiem USG w niektórych przypadkach nie jest wystarczająco dokładną metodą obrazowania narządów jamy brzusznej. Lekarze rodzinni powinni mieć kompetencje w diagnostyce i leczeniu chorób czynnościowych przewodu pokarmowego – choroby refluksowej przełyku i stłuszczeniowej choroby wątroby. Leczenie takich chorych na poziomie POZ odciążałoby poradnie specjalistyczne.

Jakie trudności napotyka pacjent z nowotworem przewodu pokarmowego chcący trafić do onkologa i chirurga?

Reforma wprowadzająca konsylia onkologiczne skróciła ścieżkę pacjenta do leczenia u onkologa bądź chirurga, jednak droga ta nadal jest swoistym torem przeszkód. Decyzje co do sposobu leczenia zapadają dopiero po otrzymaniu wyniku badania histopatologicznego wskazującego na obecność złośliwego nowotworu. Niewiele jest przypadków, kiedy pacjent może być kwalifikowany do chemioterapii wyłącznie na podstawie obrazu klinicznego i radiologicznego (takim wyjątkiem może być rak wątrobowokomórkowy w marskiej wątrobie). Do momentu uzyskania histopatologicznego dowodu choroby nowotworowej chory czeka na miejsce w szpitalu, gdzie poddawany jest badaniom diagnostycznym, zakończonym pobraniem wyinków. W tych przypadkach pojawia się problem wyników fałszywie negatywnych



foto: archiwum prywatne

i konieczność powtórnego wykonania badań. Na opóźnienia diagnostyczne nakłada się przeciążenie pracowni histopatologicznych nękanych deficytem specjalistów. Szczególne trudności w udowodnieniu obecności raka mogą wystąpić w przypadkach trudno dostępnych nowotworów, np. zlokalizowanych w proksymalnych odcinkach przewodów żółciowych, w trudno dostępnych segmentach wątrobowych lub w jelicie cienkim. Koordynatorzy DILO (karty diagnostyki i leczenia onkologicznego – przyp. red.) w szpitalach pomagają pacjentom pokonywać te przeszkody, lecz nie są w stanie zlikwidować dysproporcji między liczbą chorych a liczbą ośrodków zdolnych nie tylko do rozpoczęcia, ale przede wszystkim zakończenia leczenia.

Czy młodzi lekarze chętnie specjalizują się w gastroenterologii?

Polskie Towarzystwo Gastroenterologii zrzesza około 1,2 tys. specjalistów w tej dziedzinie. Zainteresowanie młodych lekarzy gastroenterologią jest mniejsze niż w krajach UE lub Stanach Zjednoczonych, gdzie jest konkurencja w uzyskaniu tej finansowo atrakcyjnej specjalizacji. W Polsce zainteresowaniem młodych lekarzy cieszy się zdobywanie umiejętności w zabiegach endoskopowych, na które jest duże zapotrzebowanie zarówno w sektorze państwowym, jak i prywatnym, a oddziały gastroenterologiczne borykają się z brakiem młodych kadr. Sytuacji nie poprawia tendencja do organizacyjnego „odrywania” pracowni

endoskopowych od oddziałów gastroenterologicznych. Gastroenterologia jako dziedzina medycyny usytuowana w trójkącie między chirurgią, onkologią i chorobami wewnętrznymi działa pod presją niedostatku łóżek, a prawie każdy ciężko chory ma jakieś problemy żołądkowo-jelitowe, wątrobowe bądź żółciowo-trzustkowe.

Gastroenterologia obejmuje szeroki zakres wiedzy. Jak PTG-E realizuje cele szkoleniowe?

W PTG-E działa 12 sekcji, które realizują programy badawcze i edukacyjne. Podczas mojej kadencji zarejestrowano dwie nowe sekcje – mikroskopowego zapalenia jelita grubego oraz żywieniową. Towarzystwo współorganizuje wiele konferencji o charakterze naukowo-szkoleniowym, a wraz z konsultantem krajowym opracowuje programy modułów szkolenia specjalistycznego oraz przeprowadza egzaminy na Dyplom Umiejętności wykonywania badań i zabiegów endoskopowych. W ciągu ostatnich dwóch lat powstały rekomendacje firmowane przez Towarzystwo i konsultanta krajowego, dotyczące postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w raku wątrobowokomórkowym, we wrzodziejącym zapaleniu jelita grubego oraz w chorobie Crohna. Natomiast w sierpniu 2022 r. pod auspicjami World Gastroenterology Organisation (WGO) i przy współudziale Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii odbył się kurs „Train the Trainers”, w którym uczestniczyło 45 lekarzy z 21 krajów. ●

Jak rozkodować drugiego człowieka

Relacje najbardziej psuje nieodpowiednia komunikacja, zasada konsekwencji i ego, a najbardziej świat naprawia odpowiednie na niego patrzenie.

ANNA GOŁĘBICKA,
EKONOMISTKA,
STRATEG KOMUNIKACJI



Zaczynamy od komunikacji. Ludzie to maszyny. Kodują coś po swojemu i wysyłają w świat, używając słów lub gestów. Jeśli druga maszyna rozumie system kodowania pierwszej, jest sukces. Jeśli nie, brakuje sukcesu. Gdy rozkoduje źle, nakładając na to swój niepasujący filtr, zaczynają się konflikty. A że każdy człowiek jest inny, trudno nam się czasem odpowiednio rozkodować.

Kod „Kocham cię” jednej osoby może być odebrany jako „Spadaj” przez drugą i odwrotnie. Różnice zaczynają się na poziomie płci. Gdy ona odpowiada „nie”, on słyszy „nie”, a tam zakodowane było: „No tak, tylko jeszcze mnie poproś”.

Na poziomie pokoleń, bo boomers naprawdę nie wie, co to „xD” czy „essa”, a dla młodych „Proszę ja ciebie” to wstyd jakiś. No i oczywiście na poziomie grup, jakimi są na przykład grupy zawodowe. Podobnie jak niewiele wie, co to EBID-TA, nie odróżnia wydatku od kosztu, tak i niewiele będzie rozumiało masę podstawowych (dla lekarza) słów ze świata medycyny. Wszczepy, białko, hemoglobina, ablacja... Oczywiście? Dla Was tak. Dla „cywili” – nie. Jeden zna paragrafy, inny etiudy, a jeszcze inny wie, jak zbudowany jest samolot. My, drodzy Medycy, może wiemy, że serce ma dwie komory i dwa przedsionki, ale nie widzimy różnicy między żyłą a aortą ani między lordozą a skoliozą. Coś gdzieś gra, ale gdzie? Wstyd się przyznać i ten wstyd zostaje z nami na wieszce. Wy mówicie, my kiwamy głowami, żeby nie wypaść na skrajnego idiotę, wychodzimy... i szukamy w necie słów, które zapisaliście w epikryzie, opisie czy przypisie, tylko czasem trudno nam zrozumieć, czy tak to dobrze, czy źle.

„Trzy razy tłumaczyłem” – mówi zirytowany doktor. – „A ten dalej ni w ząb!”. Do tego pacjenci, jak to ludzie, są różni. Jedni będą chorobę wkładać

w tabelkę i próbować jakoś uporządkować, inni ją obśmieją, jeszcze inni wyzłoszczą, a kolejni przed nią uciekną. Sztuka komunikacji to nie sztuka zakładania, że siedzący naprzeciwko ma tę samą maszynę rozkodowującą. To, że powiesz, znaczy jedynie, że powiedziałeś. To, że ktoś cię usłyszy, znaczy, że usłyszał, a nie, że zrozumiał ani że ty zrozumiałeś kogoś. A zła komunikacja dziś to jutro popsuta relacja.

Druga sprawa to zasada konsekwencji. Jak się powiedziało trzy razy „tak”... trudno powiedzieć „nie”. Jak się całe życie twierdziło, że śledzie są niesmaczne, to jak po spróbowaniu to odkręcić? Zmienić zdanie byłoby niehonorowo. Mit o honorze każe nam brnąć gdzieś bez sensu. Głupio, ale konsekwentnie. A czasem trzeba powiedzieć: „Tak. Myliłem się, zmieniłam zdanie. Przekonałem się, że byłem w błędzie...”.

Czasem zejście z drogi zaciekłości naprawia nam relacje, rozwija, daje przestrzeń. Ale do tego to trzeba mieć jaja. I tak lekkim krokiem dochodzimy do ego, bo przecież jaja i ego leżą gdzieś blisko siebie (co nie ma pokrycia w EBM). Lubiemy siebie widzieć dobrze – studia, specjalizacje, fakultety, „Nikt mi tu nie będzie...”. No i giną doktorki w swoim micie założycielskim. A to „ja” może być bardziej respektowane, podziwiane i rozumiane, gdy

zejdzie na ziemię i spróbuje tak kodować, by umiał go rozkodować nawet najprostszemu człowiekowi. Podawać to, co bezcenne, w skromnym opakowaniu, aby zwykli ludzie nie bali się próbować zrozumieć i docenić. Mądry doktor, którego ego nie cierpi, gdy pacjent nie jest uprzejmy, powiedział mi ostatnio: „Ja się nie obrażam na pacjentów, nawet jak są niemili, przecież oni czasem w chorobie nie wiedzą, co mówią”.

Całe życie trzeba się uczyć, jak nie obrażać się na tych, którzy krytykują naszą pracę, bo może tylko od nich możemy się dowiedzieć, co źle robimy. Jak się nie obrażać, gdy ktoś nie robi tak, jak mówimy, bo może musi nauczyć się na swoich błędach i trzeba dać mu szansę. A ego? Trzeba mieć ego na właściwym poziomie, by umieć tak patrzeć. A jeśli już o patrzaniu – świat jest głównie taki, jakim go widzimy. Dla jednego kozuch to coś niemożliwego, dla drugiego stylowy i ciepły ciuch na zimę. Podobno pozytywnie myślący żyją dłużej. I tego pozytywnego widzenia szklanki zawsze do połowy pełnej i ludzi z ich najlepszej strony wszystkim życzę.

Jak mówiły nam babcie, nie ma tego złego, co by na dobre nie wyszło, i lepiej z mądrym zgubić, niż z głupim znaleźć. A relacje trzeba mieć dobre, bo życie w dobrej relacji jest lepsze niż w złej. Proste. ●

PRAKTYKA LEKARSKA

Walka o życie i zdrowie jest doceniana

LIDIA SULIKOWSKA
DZIENNIKARKA

Większość ankietowanych pacjentów ufa lekarzom, a poziom tego zaufania jeszcze wzrósł po pandemii COVID-19 — przekonuje prof. Tomasz Sobierajski.

Czy Polki i Polacy ufają lekarzom?

Trudno jednoznacznie odpowiedzieć na to pytanie. Mamy sporo badań na ten temat, ale ich wyniki różnią się między sobą. Jeśli weźmiemy pod uwagę ogólnopolskie badania opinii, w których bierze udział reprezentatywna grupa osób w różnym wieku, wylosowana z populacji ogólnej, to poziom zaufania społeczeństwa do lekarzy nie wygląda imponująco. Wynika to z faktu, że każdy z respondentów jest w innej sytuacji życiowej. Dość liczną grupę stanowią młodzi ludzie, którzy z lekarzami nie mają właściwie żadnego kontaktu lub ten kontakt jest ograniczony. A jeśli czegoś nie znamy, to się tego boimy i mamy ograniczone zaufanie. W ich przypadku opinia prawdopodobnie w dużej mierze jest zbudowana na podstawie przekazów medialnych, w których lekarze często są negatywnymi bohaterami dziennikarskich opowieści. Zazwyczaj słyszymy o błędach lekarskich, lekarzach pracujących po alkoholu, rzadziej o ich sukcesach i codziennej, trudnej pracy. Do tego dochodzą newsy o złe funkcjonującym systemie – dużych kolejkach do specjalistów, na badania i operacje, braku pieniędzy na leczenie. W badaniach biorą też udział osoby, które opinie na temat lekarzy wyrażają na podstawie własnych doświadczeń, czyli pacjenci. Ich opinie są zdecydowanie bardziej życzliwe. Ogólny obraz zaufania społecznego jest sumą wszystkich odpowiedzi respondentów.

Inaczej sytuacja wygląda, gdy sięgniemy do bardziej celowanych analiz?

Zdecydowanie tak. Co najmniej raz w roku przeprowadzam badania, w których uczestniczą wyłącznie pacjenci, czyli osoby, które miały bezpośredni kontakt z lekarzem. Wynika z nich, że lekarzy obdarza zaufaniem nawet

Lekarzy obdarza zaufaniem nawet 80-90 proc. ankietowanych pacjentów. Zaufanie jest większe u osób, które realnie doświadczyły opieki lekarskiej

80-90 proc. ankietowanych. Wyraźnie więc widać, że zaufanie jest większe u osób, które realnie doświadczyły opieki lekarskiej. Anegdotalnie śmiem twierdzić, że gdyby badania wykonano na grupie pacjentów czekających na zabieg na bloku operacyjnym, to wskaźnik zaufania wzrósłby niemal do 100 proc.

W mojej ocenie większość pacjentów ufa lekarzom, a poziom tego zaufania jeszcze wzrósł po pandemii COVID-19. Jeśli weźmiemy pod uwagę tylko zawody medyczne, to jeszcze nie tak dawno temu Polki i Polacy największym zaufaniem darzyli pielęgniarki i ratowników medycznych. Teraz lekarze ich wyprzedzają. W oczach

społeczeństwa zyskują też farmaceuci. To niezwykle budujące, bo w czasie pandemii na lekarzy wylało się mnóstwo złych emocji, oskarżeń i hejtu, a mimo wszystko obronili swoją pozycję, a nawet ją wzmocnili.

Z badania CBOS z października 2023 r. wynika, że aż 70 proc. Polaków jest niezadowolonych z funkcjonowania opieki zdrowotnej. Jednocześnie dobrze oceniają pracę lekarzy. 70 proc. badanych uważa, że lekarze są kompetentni, a 63 proc. – że angażują się w swoją pracę.

To jest bardzo optymistyczny wynik. Wszyscy zdajemy sobie sprawę, że system ochrony zdrowia niedomaga, a mimo to badani potrafią docenić codzienną, heroiczną walkę lekarzy o zdrowie i życie pacjentów.

Z kolei według międzynarodowego badania Ipsos Global Trustworthiness Index 2022 lekarzom ufa jedynie 39 proc. Polaków, a np. aż 68 proc. Francuzów. Osiągnęliśmy najniższy wynik zaufania do lekarzy na tle wszystkich 28 krajów ujętych w tym badaniu.

To prawda, ale jednocześnie lekarze i naukowcy zostali przez polskich respondentów ocenieni jako zawody, które darzą najwyższym zaufaniem! Warto patrzeć na całościowy obraz, a nie tylko

na pojedyncze liczby, i analizować dane w szerszym kontekście.

To jednak dalej słaby rezultat w porównaniu do Argentyny i wielu innych państw ujętych w tym badaniu.

I tu dochodzimy do kwestii wspomnianego kontekstu. My – Polacy – generalnie nie ufamy sobie nawzajem, instytucjom, systemom. Żadna grupa zawodowa nie wypadła w oczach rodaków szczególnie dobrze. Nie porównujemy się zatem jeden do jednego z krajami Europy Zachodniej czy Ameryki Południowej, w których zaufanie społeczne ogółem jest dużo większe niż u nas. Warto zwrócić uwagę na jeszcze jedną pozytywną wartość, jaka wynika z tego badania. Było ono realizowane po pandemii COVID-19, w czasie nieprzychylniej atmosfery wobec medyków i świata nauki, a mimo to lekarze i naukowcy wypadli najlepiej. To budujące.

Porozmawiajmy jeszcze o innych badaniach, tym razem polskich, z sierpnia 2023 r. autorstwa dr. Katarzyny Obłakowskiej oraz dr. Jakuba Bartaka z Zespołu Analiz Behawioralnych i Badań Społecznych Instytutu Finansów na temat zaufania Polaków do różnych grup zawodowych. Najlepiej wypadli lekarze i pielęgniarki – odpowiednio 72 proc. i 71 proc. respondentów, wyprzedzając m.in. strażaków i nauczycieli. To badanie ogólnopolskie, a jednak wynik jest dobry.

Interpretując wyniki poszczególnych badań, musimy brać pod uwagę wiele czynników – jaka była grupa badanych, ale też duże znaczenie ma przyjęta metodologia, sformułowanie pytań, czas, w którym badanie zostało wykonane. Generalnie z zaufaniem do lekarzy jest lepiej, niż nam się wydaje. Prawdą jest też, że ogólny wizerunek zawodu jest postrzegany dużo gorzej niż w bezpośredniej relacji.

Czy lekarze wierzą w to, że pacjenci im ufają? W zderzeniu z teoriami spiskowymi, pseudonauką, kulawym systemem ochrony zdrowia, który może wpływać na odbiór ich pracy, i ogólnym niezbyt przychylnym wizerunkiem tego zawodu?



foto: Niki Kinsky

Rzeczywiście, kiedy spotykam się z przedstawicielami środowiska lekarskiego i mówię im o poziomie zaufania pacjentów, są zszokowani. Zbyt często lekarze przesiakają tą nieprzychylną,

Gdyby badania wykonano na grupie pacjentów czekających na zabieg na bloku operacyjnym, to wskaźnik zaufania do lekarzy wzrósłby niemal do 100 proc.

medialną narracją o nich samych i zaczynają w nią wierzyć. Mają przekonanie, że pacjent im nie ufa, nie posłucha zaleceń, za to na pewno zechce po kryjomu nagrać rozmowę i jeszcze pozwać przed sąd. Takie nastawienie w perspektywie czasu może doprowadzić do frustracji i wypalenia zawodowego.

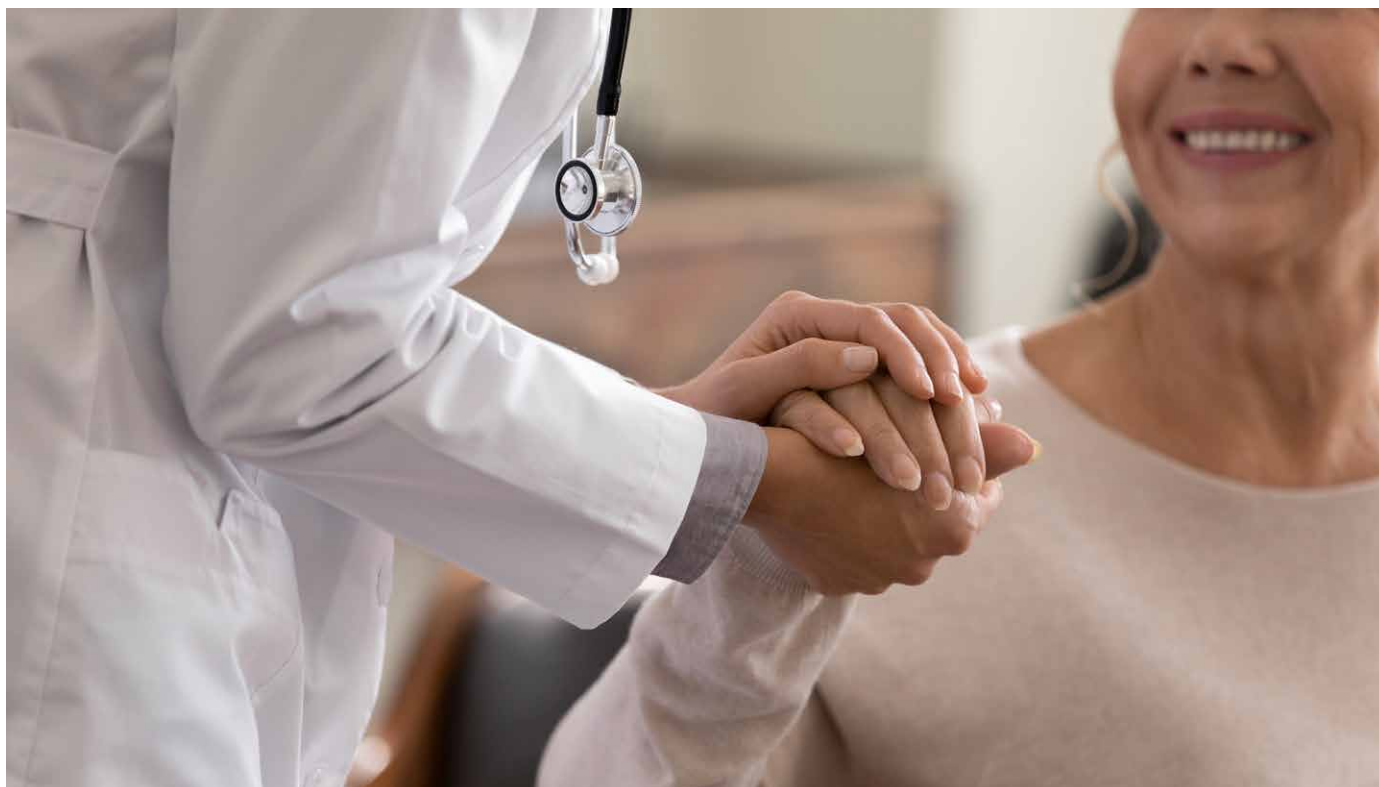
Pacjenci ufają też „doktorowi Google”. Czy internet wygrywa

w konkurencji zaufania z lekarzami?

Nie postrzegałbym tego w kategorii zwycięstwa i przegranej. Stawiam na współpracę. Uważam że obrażanie się na „doktora Google” jest najgorszym z możliwych rozwiązań. Tego zjawiska nie da się wyeliminować. To, że ludzie szukają informacji na temat zdrowia w sieci, jest absolutnie normalne. Internet stał się integralną częścią naszego życia i będziemy w nim szukać odpowiedzi na nurtujące nas pytania – od naprawy pralki po leczenie raka. Tego trendu nie da się odwrócić. Co więcej, na horyzoncie pojawia się sztuczna inteligencja i ChatGPT. Zachęcam lekarzy, aby pytali pacjentów wprost, czego się dowiedzieli o swojej dolegliwości w internecie. Lepiej przyjąć założenie, że szukali informacji na ten temat, niż zignorować ten fakt. Wówczas mamy szansę się z tą wiedzą skonfrontować i obalić ewentualne mity, a także zaproponować pacjentowi poszerzenie informacji, odsyłając go do sprawdzonych, wiarygodnych adresów stron www. Wiem, że to, co opowiadają pacjenci, bywa irytujące albo wręcz absurdalne, ale reagujemy ze spokojem. Jeśli ich wyśmiejemy, to nie zyskamy zaufania. Dzięki rzeczowej rozmowie można skuteczniej walczyć z pseudonauką i teoriami spiskowymi w tematach dotyczących zdrowia. Szczera rozmowa o informacjach zaczerpniętych z internetu jest jednym z elementów wzmacniających zaufanie.

Co jeszcze można zrobić, aby zdobyć dodatkowe punkty w oczach chorego?

Najważniejszym czynnikiem budującym zaufanie jest dobra komunikacja – za pomocą określonych słów i gestów, ale też dzięki umiejętności rzeczywistego słuchania i zapewnienia poczucia bezpieczeństwa. Trzeba też rozumieć faktyczne potrzeby pacjenta, ale odgadnięcie, czego oczekuje, jest szalenie trudnym zadaniem.

***W budowaniu relacji nie pomaga permanentny brak czasu.***

I znowu – sztuka polega na tym, aby w tym bardzo ograniczonym przedziale czasowym przewidzianym na rozmowę mimo wszystko być komunikatywnym, słuchać i realnie pomóc. Czasu jest mało, ale mamy niewielki wpływ na to, aby go było więcej. Możemy się na tę sytuację obrazić, tracąc zaufanie pacjenta i w ogóle wiarę w swój zawód, albo te minuty dobrze wykorzystać. Od blisko 20 lat prowadzę warsztaty komunikacyjne z lekarzami, na których okazuje się, że można ten krótki czas produktywnie zagospodarować. Łatwiej jest, jeśli potrafimy umiejętnie rozpoznać powód wizyty, z jakim trafił do nas pacjent. Bycie lekarzem jest dużym wyzwaniem komunikacyjnym. Trzeba umieć się dostosować, być elastycznym, ale też mieć dystans i poczucie humoru.

Jak budować pozytywny wizerunek lekarza w społeczeństwie?

Myślę, że mogą go poprawić przedstawiciele środowiska lekarskiego, którzy będą mówić w mediach, również

społecznościowych, o sprawach zdrowia zrozumiałym językiem. To powinni być ambasadorzy, których środowisko docenia i akceptuje to, w jaki sposób się wypowiadają. Lekarze miewają problem z posługiwaniem się prostym językiem, bo uważają, że to nienaukowe, ale większość społeczeństwa to nie naukowcy. Jeśli chcemy dotrzeć z przekazem do przeciętnego zjadacza chleba, musimy być przez niego rozumiani. To nie obniży prestiżu zawodu. Wiem, o czym mówię, bo sam jestem krytykowany przez środowisko za to, że występuję w telewizyjnych programach śniadaniowych. Uważam jednak, że popularyzowanie nauki jest potrzebne i wcale jej nie szkodzi. Zwiększając wśród ludzi wiedzę na dany temat, zmniejszamy ich strach przed tymi – wydawałoby się – bardzo skomplikowanymi zagadnieniami. Lęk budzi obawy i obniża zaufanie, więc człowiek bardziej wyedukowany jest mniej podatny na fake newsy. •

PROF. TOMASZ SOBIERAJSKI

Socjolog, wakcynolog społeczny, badacz socjomedyczny, trener komunikacji interpersonalnej i medycznej, wykładowca akademicki, profesor Uniwersytetu Warszawskiego, autor bestsellerowej książki „33 cytanki o komunikacji, czyli jak być dobrym lekarzem i nie zwariować”, współpracuje z wieloma ośrodkami naukowymi w Polsce i na świecie, a wyniki badań publikuje w prestiżowych międzynarodowych czasopismach medycznych, od blisko 20 lat prowadzi warsztaty i szkolenia dla przedstawicieli i przedstawicieli środowiska opieki zdrowotnej z zakresu komunikacji z pacjentami, profilaktyki zdrowia i wypalenia zawodowego.

FELIETON

Czy lubisz być lekarzem?

Podczas rozdania dyplomów lekarskich nasz dziekan w ostatnim słowie skierowanym do świeżo upieczonych kolegów i koleżanek po fachu powiedział, że wybór specjalizacji to decyzja o podobnej wadze jak ta o wyborze współmałżonka.

Dobre porównania zapadają w pamięć i działają na wyobraźnię – pewnie dlatego wciąż nie zapomniałem słów dziekana. Dziś prawie wszyscy, którzy słuchali wspomnianej przemowy, są już specjalistami z kilkunastoletnim stażem zawodowym. Swoje dziedziny medycyny wybieraliśmy podobnie jak wybiera się partnerów czy partnerki życiowe – większość z nas z miłości czy pasji, pewnie jakaś grupa z wyrachowania bądź potrzeby bezpieczeństwa finansowego, inni – bo coś wybrać było trzeba. I wy, czytelnicy tego tekstu, taką decyzję kiedyś podjęliście (lub wkrótce będziecie musieli ją podjąć). Chciałbym więc spytać was o jedno.

Gdzieś w wartkiej rzece internetowych treści natrafiłem ostatnio na krótki film. Pewien psycholog przekonywał w nim, że najważniejsze pytanie, które należy zadać sobie po długich latach małżeństwa, nie brzmi wcale: „Czy nadal jego/ją kocham?”. Podobno ważniejsze jest inne zagadnienie – „Czy nadal jego/ją lubię?”. Można bowiem – przekonywał ów człowiek – kochać (być do kogoś emocjonalnie przywiązany, być kimś zafascynowanym), a jednocześnie tego kogoś szczerze nie znosić. Zostawmy na boku życie osobiste – pomyślałem, że podobną kwestię warto odnieść do naszego zawodu.

Nie chodzi tu o to, czy kochasz swoją pracę i biegniesz do szpitala lub przychodni uskrzydłony myślą o kolejnym potencjalnie ciekawym przypadku i o ratowaniu ludzkiego zdrowia bądź życia. Takich bohaterów zobaczyć można głównie w kiepskich serialach, konkretnie w takich, których producenci przyszłością czędzili na konsultantach medycznych. W prawdziwym świecie takich lekarzy raczej się nie spotyka.

JAKUB SIECZKO
ANESTEZIOLOG



Nie chodzi mi też o pytanie dotyczące tego, czy liczba zer na twoim rachunku oszczędnościowo-rozliczeniowym się zgadza, czy przed twoim dwupiętrowym domem na przedmieściu obok idealnie przy-

Nie wiem, co dokładnie znaczy
„prawdziwy lekarz z powołania”,
ale ukłony dla tych, którym chorzy ufają,
bo to bezcenny kapitał

strzyżonego trawnika parkujesz nowe volvo albo bugatti. Nie jest to też tekst o tym, czy wybierając destynację wakacyjne, wahasz się między Szeszalami a Bahamami. Jeśli tak jest i swoje pieniądze zarobiłeś ciężką i uczciwą pracą – brawo dla ciebie. Miłego wyjazdu.

Ale czy nadal lubisz być lekarzem?

Gdy odrzemy medycynę z całej papierologii, ze zmagania się z niewydolnym systemem, z wiecznej potrzeby rozwoju zawodowego, z napięć na linii pracodawca-pracownik, ze stosunków koleżeńskich,

niedoborów personalnych i sprzętowych – słowem – z tego wszystkiego, co jest ważne i jest wokół medycyny, ale nią samą nie jest – zostanie nam spotkanie lekarza z pacjentem. Zostanie nam diagnozowanie i leczenie chorób. Zbieranie wywiadu, słuchanie słuchawką, zlecanie badań i ocena ich wyników. Aplikowanie tabletek i iniekcji. Przycinanie nożem skóry, żeby wyciąć coś, co nie działa, albo żeby włożyć w ludzkie ciało coś, co usprawni jego funkcjonowanie. Ocena wyników za kilka dni czy miesięcy, rewizyty, rekonstrukcje. Zastanawianie się nad przyczynami, kiedy coś poszło nie tak. Radzenie się kolegów. Znowu zbieranie wywiadu. Znowu przykładanie słuchawki. Zlecanie kolejnych badań. Dotykanie brzucha, nogi, głowy, wkładanie palców i sprzętów w różne otwory ciała.

Lubisz to? Ciągłe sprawia ci to przyjemność? Interesuje cię?

Kto wie, czy to nie najważniejsze z pytań, które warto zadać sobie po latach pracy zawodowej. Pytanie, które pozwala uczciwie odpowiedzieć, czy wybraliśmy odpowiednią specjalizację, a może w ogóle właściwy zawód.

Może jesteś rezydentką anestezjologii i intensywnej terapii i szkolenie specjalizacyjne rozpoczęłaś kilka miesięcy temu. Masz za sobą pięćdziesiąt udanych intubacji, dwadzieścia udanych znieczuleń podpajęczynówkowych, założyłaś nawet pięć wkłuc centralnych. Masz też za sobą – jak to na początku bywa – sporo porażek, nieudanych prób, momentów zwątpienia. Wciąż towarzyszy ci poczucie, że umiesz niewiele. Całe lekarskie życie przed tobą.

Może jesteś lekárką rodzinną w gminnym ośrodku zdrowia albo ginekologiem w najzwyczajszym szpitalu powiatowym, jakich są w Polsce setki. Twoja codzienność jest trochę jak z dawnego serialu „Szpital na peryferiach”. Zwykle przepisujesz antybiotyki na anginy albo przyjmujesz niepowikłane porody, choć oczywiście od czasu do czasu (wcale nie tak rzadko) zdarza się coś, co cię zaskakuje, bo typowe nie jest.

Może jesteś popularnym specjalistą – dajmy na to laryngologiem albo okulistą – w mieście wojewódzkim. Dobra opinia o tobie rozniosła się po okolicy już kilka lat temu. Pozwoliło ci to odejść ze szpitala i pracować tylko prywatnie – przyjmować pacjentów za pieniądze więcej niż godne. Na wizyty do ciebie trzeba zapisywać się z kilkutygodniowym wyprzedzeniem, a na portalu „Znany lekarz” od góry do dołu przeczytać można pięciogwiazdkowe opinie na twój temat. Piszą tam, że jesteś „prawdziwym lekarzem z powołania”. Nie wiem, co to dokładnie znaczy, ale ukłony dla ciebie, bo niewątpliwie chorzy ci ufają, a to bezcenny kapitał.

Może jesteś dziekanem albo rektorem. Podpisujesz dziesiątki dokumentów, bywasz na akademiach ku czci i na spotkaniach w sprawach poważnych i niecierpiących zwłoki. Masz swoje zdanie, z którym się liczą. Jesteś sprawczy. Czasem paradujesz w todzie, ściskasz setki dłoni, decydujesz w kilka chwil o studenckim być albo nie być. Pewnie przy okazji jesteś kierownikiem poważnej kliniki i masz na głowie całą masę ordynatorskich zobowiązań i kłopotów. Zatrudniasz, zwalniasz, radzisz, denerwujesz się, bywasz tu, bywasz tam. Czasem, pewnie niezbyt często, bo liczne obowiązki zajmują twoje dni, zostajesz jednak z chorym sam na sam. Chory ma problem zdrowotny. Ty nie masz wtedy na sobie togi ani drogiego garnituru. Jesteś w lekarskim kitlu, a na twojej szyi wisi stetoskop. Albo masz



fot.: Shutterstock.com

na sobie jałowy fartuch operacyjny i rękawiczki, a instrumentariuszka podaje ci skalpel. Pacjent może i słyszał o piastowanych przez ciebie stanowiskach i wszystkich tytułach przed twoim nazwiskiem, ale jesteś dla niego przede wszystkim lekarzem, który ma rozwiązać problem zdrowotny.

Albo jesteś emerytką – powiedzmy, że specjalistką kardiologii – i oceniałaś w swoim życiu dwadzieścia tysięcy zapisów ekg. Przyjmujesz jeszcze pacjentów, żeby nie stracić kontaktu z zawodem, wypełnić swoje dni, zarobić parę złotych. Kolejny chory przechodzi do ciebie z dwadzieścia tysięcy pierwszym ekg.

Koleżanko bądź kolego – niezależnie od tego, czy z zapomnianej gminy na końcu świata, czy z rektorskiego fotela – czy nadal lubisz swój zawód?

Pytam o to tak, jak pytałbym zegarmistrza, czy nadal lubi grzebać w zegarkach, szewca, czy lubi reperować buty, albo listonosza, czy lubi roznosić listy. Pytam o satysfakcję biorącą się z fachowości, z dobrze wykonanej roboty, z samej materii tego, czym zdecydowałaś

bądź zdecydowałaś się zajmować. Nadal masz tę satysfakcję?

Zostawmy choć na chwilę wielkie słowa wprost ze wzniosłych przyrzeczeń i cytatów. Zostawmy misję i powołanie. Zostawmy nasze stany kont i stosunki zawodowe. Zostawmy wreszcie to, ile procent PKB przeznacza się w naszym kraju na ochronę zdrowia i jak odsetek ten ma się do naszych wyobrażeń i marzeń. W grudniu składa się bożonarodzeniowe i noworoczne życzenia – i ja czytelnikom i czytelniczkom tego tekstu chciałbym takie życzenia złożyć.

Droga koleżanko, drogi kolego – niezależnie od tego, jakie miejsce w lekarskiej hierarchii zajmujesz i w jakim momencie kariery zawodowej zastaje cię ten tekst – życzę ci, żeby twoja szczerza odpowiedź na pytanie zawarte w tytule brzmiała: „No pewnie, że tak”.

Wesołych świąt.
Szczęśliwego nowego roku.
Zdrowia.
Fajnej pracy.

Napisz do autora:
sieczko.gazetalekarska@gmail.com

PRAKTYKA LEKARSKA

Naszym celem jest pomoc

MARIUSZ TOMCZAK
DZIENNIKARZ

Przez ponad 13 lat rozdysponowaliśmy pomoc o wartości kilkudziesięciu milionów złotych – mówi Mariusz Janikowski, prezes i pomysłodawca Fundacji Lekarze Lekarzom (FLL).

Jak doszło do powstania fundacji?

W czasie wielkiej powodzi w maju 2010 r., która dotknęła głównie południe naszego kraju, ucierpiało wiele osób. Wśród poszkodowanych byli lekarze. Zgłosiłem wówczas pomysł stworzenia fundacji. Po powołaniu jej przez Naczelną Radę Lekarską (NRL) szybko przeszliśmy od słów do czynów, a pierwszych zapomóg udzieliliśmy, gdy na koncie FLL było zaledwie kilkanaście tysięcy złotych. Przez ponad 13 lat rozdysponowaliśmy pomoc w formie pieniężnej i materialnej o wartości kilkudziesięciu milionów złotych.

To ogromna kwota, o której chyba nie każdy wie.

Największa darowizna przekazana FLL wyniosła 20 mln zł. Otrzymaliśmy ją od Kulczyk Foundation na początku pandemii w celu zakupu środków ochrony osobistej (ŚOI), gdy medycom brakowało wszystkiego.

Pamiętam, gdy w środku nocy podpisywałem zlecenia na zakup m.in. masek, kombinezonów i przyłbic z Chin, tak bardzo potrzebnych w polskich szpitalach. Ręka mi drżała, bo chodziło o sumę 4,5 mln dolarów. Po raz pierwszy i z pewnością ostatni w życiu miałem styczność z tak wielką kwotą.

Czy to była najtrudniejsza inicjatywa?

Tak, ponieważ okoliczności związane z kupnem ŚOI i przekazaniem darów były trudne pod względem logistycznym i z powodu presji czasu. Drugą wielką akcją, także w czasie pandemii, było rozdysponowanie darowizny w postaci środków spożywczych od firmy Nestlé



fot.: Karolina Bartyzel

Polska o wartości 3 mln zł. Praktycznie każdy szpital publiczny w Polsce otrzymał coś od FLL.

Mimo że czasami obracaliśmy wielkimi kwotami, żadna z osób zaangażowanych w pracę Fundacji, zarówno z zarządu, jak i rady, nie otrzymała i nie otrzymuje z tego tytułu ani złotówki. W FLL nie ma żadnych pensji i od początku domagaliśmy się zapisania tego w statucie. Nasze koszty są znikome, obejmują głównie prowadzenie księgowości i utrzymanie rachunku bankowego. Nie prowadzimy działalności gospodarczej, która ma przynosić zysk. Jesteśmy nastawieni na udzielanie wsparcia.

Te dwie akcje były spektakularne. W jaki jeszcze sposób Fundacja wspiera lekarzy?

Nasz główny cel stanowi pomoc w trudnej sytuacji życiowej. To są różne przypadki – od zalania domu czy pożaru, przez ciężkie choroby, aż po śmierć. Zdarza się, że pomagamy w zakupie sprzętu do rehabilitacji medycznej czy sfinansowaniu pobytu w sanatorium. Mamy wnioski ze strony lekarzy, których dzieci są niepełnosprawne, co bardzo mocno wpływa na życie codzienne całej rodziny. Pomagamy również dzieciom sierocnym przez lekarzy.

PRAKTYKA LEKARSKA

Różne scenariusze

MARIUSZ TOMCZAK
DZIENNIKARZ

Drobne kwoty mogą przełożyć się na wielkie sumy – mówi Zyta Kaźmierczak-Zagórska, przewodnicząca rady Fundacji Lekarze Lekarzom (FLL).

Wsparcie może mieć formę dofinansowania, stypendiów i zapomóg. Poza tym pomagamy w uruchamianiu zbiorów dla rodzin po zmarłych lekarzach. Można powiedzieć, że tak jakby użyczamy rachunek FLL w celu mobilizowania wsparcia finansowego. Takie akcje są organizowane doraźnie, ale jedna z nich rozpoczęła się pięć lat temu i nadal trwa.

W ubiegłym roku FLL zaangażowała się w pomoc Ukrainie.

W związku z wojną w Ukrainie przekazaliśmy wsparcie w łącznej kwocie ponad 3 mln zł, ale najpierw NRL musiała dokonać zmian w statucie, dzięki którym mogliśmy zacząć udzielać pomocy humanitarnej lekarzom i ich rodzinom za granicą. W dalszym ciągu na nasze konto są wpłacane środki od darczyńców, którzy oczekują, że zostaną przeznaczone dla naszych sąsiadów.

Niedawno pomogliśmy też polskim lekarzom denty stom, którzy uczestniczyli w charytatywnych misjach medycznych w Afryce, finansując zakup wyposażenia gabinetów stomatologicznych w Kenii i Tanzanii.

Czy otrzymanie wsparcia jest uzależnione od wieku lekarza?

Nie, ponieważ nam chodzi o pomoc skierowaną do osób znajdujących się w naprawdę trudnej sytuacji. Wprawdzie na tle reszty społeczeństwa jesteśmy grupą zawodową raczej dobrze sytuowaną, co dotyczy także lekarzy emerytów, ale kiedy naszym koleżankom i kolegom dzieje się krzywda, to – niezależnie od wieku – warto podać pomocną dłoń. To wsparcie może mieć duże znaczenie, także psychologiczne, dla nich i ich bliskich.

Kto może się zgłosić po pomoc?

Wniosek do Fundacji może złożyć każdy, kto uważa, że na nią zasługuje. Rocznie wpływa od kilkunastu do kilkudziesięciu zgłoszeń. Za każdym razem dokładnie je weryfikujemy, prosząc o udostępnienie różnych dokumentów, choć zdajemy sobie sprawę, że w niektórych okolicznościach jest to trudne. W tej sprawie zwracamy się m.in. do okręgowych izb lekarskich (OIL) i, korzystając z okazji, pragniemy zaapelować o życzliwą pomoc, gdy kierujemy prośbę o udzielenie informacji.

Obowiązuje niepisana zasada, że FLL jest drugą instancją w ubieganiu się o wsparcie finansowe. Pierwsze kroki powinny być co do zasady kierowane do komisji socjalno-bytowych działających przy OIL, ponieważ są bliżej lekarzy i lepiej znają ich sytuację. •

W jaki sposób Fundacja pomaga lekarzom?

Zycie pisze różne scenariusze. To może być ciężka choroba lekarza lub lekarza denty stom, tak jak w przypadku jednego z naszych kolegów, który doznał porażenia czterokończynowego. Wymaga bardzo intensywnej rehabilitacji, co sporo kosztuje, ale się nie poddaje i chciałby kiedyś wrócić do wykonywania zawodu.

Niektórzy zwracają się z prośbą o opłacenie faktury za zakup sprzętu do rehabilitacji czy wózka inwalidzkiego albo dofinansowanie turnusu rehabilitacyjnego. Zdarza się, że ktoś potrzebuje pieniędzy na leczenie nie dla siebie, lecz dla swoich najbliższych. W przeszłości FLL udzielała pomocy lekarzom, którzy stracili dosłownie wszystko w wyniku katastrof (np. pożaru, powodzi), a także pomagała owdowiałym małżonkom lekarzy. Długo można by jeszcze wymieniać.

Skąd pochodzą środki, które trafiają do potrzebujących?

Z darowizn od firm i instytucji oraz wpłat osób prywatnych, które dominują. Nawet drobne kwoty mogą przełożyć się na naprawdę wielkie sumy. Osoby, którym pomaga Fundacja, czasami mają potrzeby opiewające na kilkaset tysięcy złotych, ale choć nie dysponujemy takimi możliwościami, to staramy się ich wspierać.

FLL znajduje się w wykazie organizacji pożytku publicznego (OPP), dlatego jest uprawniona



fot.: archiwum prywatne

do otrzymywania 1,5 proc. podatku dochodowego od osób fizycznych. Pamiętajmy o tym, rozliczając swój PIT. Istnieje również możliwość przekazywania darowizn. Są osoby przekazujące pieniądze regularnie, odkąd powstała FLL – wysyłają przelew raz lub kilka razy w roku. Chcę im bardzo podziękować i zachęcić do tego kolejne osoby.

Co zrobić, by FLL miała więcej środków na realizację swojej misji?

Warto powrócić do dyskusji o przekazywaniu na rzecz FLL złotówek od każdego członka izby okręgowej raz w roku. Taki pomysł jest zgłaszany od lat, ale na razie nie

spotkał się z odpowiednią reakcją, być może dlatego że izby przekazują środki „swoim” komisjom socjalnym.

Być może trzeba przedyskutować nowe sposoby pozyskiwania środków finansowych, np. za pośrednictwem portalu zrzutka.pl, który ułatwia organizację internetowych zbiórek pieniędzy. Mówią o tym zwłaszcza młodzi lekarze. W 2010 r., kiedy FLL zaczynała działalność, takich możliwości jeszcze nie było.

Czyli trzeba iść z duchem czasu?

Czasami pojawiają się oczekiwania, by efekty działalności FLL były znacznie

szerzej obecne w przestrzeni medialnej, a to, co robimy, promować w internecie. Powołaniu Fundacji przyświecało kilka celów, w tym empatia i możliwość udzielania pomocy stosunkowo dyskretnie, ponieważ nie wszyscy dobrze się czują z epatowaniem swoją sytuacją zdrowotną czy materialną. To są sprawy osobiste.

Zdarzały się przypadki, gdy wnioszek do FLL o przyznanie zapomogi składały koleżanki czy koledzy lekarza, w którego rodzinie jest dziecko wymagające

dodatkowego wsparcia finansowego. Lekarz dziękował za troskę, ale nie chciał jej przyjąć, mówiąc, że na razie sobie jakoś radzi, a pieniądze lepiej przeznaczyć dla tych, którzy naprawdę ich potrzebują.

Jak skontaktować się z Fundacją?

Wystarczy napisać e-mail na adres fundacja@hipokrates.org albo po prostu zgłosić się do kogoś z zarządu lub rady Fundacji. Z każdym chętnie porozmawiamy osobiście lub telefonicznie. ●

Od 2015 r. FLL jest na liście organizacji pożytku publicznego (OPP) uprawnionych do otrzymywania odpisów od podatku dochodowego od osób fizycznych (obecnie 1,5 proc.). Każda wpłata na rzecz OPP może być odpisana od podatku dochodowego w rozliczeniu rocznym PIT, a każda kwota, nawet ta niewielka, może sprawić wielką radość komuś w potrzebie. – Apelujemy o ten drobny gest na rzecz Fundacji podczas rocznych rozliczeń podatkowych – mówi prezes Mariusz Janikowski.

PAWEŁ BARUCHA
WICEPREZES NACZELNEJ
RADY LEKARSKIEJ



Cieszę się, że samorząd lekarski powołał Fundację Lekarze Lekarzom i mam nadzieję na jej dalszy rozwój. W sytuacji losowej każdy lekarz lub lekarz dentysta

może zwrócić się do Fundacji i ma prawo do otrzymania wsparcia z jej strony. Wszyscy powinniśmy wspomagać ją finansowo, np. przekazując 1,5 proc. podatku. ●



Przełącz darowiznę

Nr konta: **PL 31 1240 6263 1111 0010 4779 2541**
Bank Pekao S.A. SWIFT, BIC: PKOPPLPW

Przełącz 1,5 proc. podatku dochodowego od osób fizycznych

Nr KRS: 0000409693
Nr konta dla wpłat z tytułu 1,5 proc.: **PL 38 1240 1112 1111 0010 9781 1667**

Więcej informacji na stronie internetowej www.fl.org.pl



PAWEŁ DOCZEKALSKI
REDAKTOR NACZELNY

**UCHWAŁA NR 36/23/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z DNIA 20 PAŹDZIERNIKA 2023 R.**

zmieniająca uchwałę w sprawie składu komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 5 i 6 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342) i § 6 ust. 1 Regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej, stanowiącego załącznik do uchwały Nr 14 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej (t.j. stanowiący załącznik do Obwieszczenia Nr 1/22/IX Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 18 maja 2022 r.), oraz § 4 ust. 2 Zasad i trybu powoływania komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej oraz regulaminu ich działania, stanowiących załącznik do uchwały Nr 18/16/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 2 września 2016 r. w sprawie zasad i trybu powoływania komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej oraz regulaminu ich działania uchwala się, co następuje:

§ 1.

W § 1 uchwały Nr 33/22/IX Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 2 września 2022 r. w sprawie składu komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej dodaje się pkt 14 w brzmieniu:

„14) Zespół ds. naruszeń w ochronie zdrowia Członkowie: Jacek Woszczyk, Piotr Pawliszak, Rita Sharma”.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

**UCHWAŁA NR 37/23/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z DNIA 20 PAŹDZIERNIKA 2023 R.**

w sprawie wydawania Gazety Lekarskiej w roku 2024

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 17-18 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach

lekarskich (Dz.U. z 2021 r. poz. 1342) w związku z uchwałą Nr 15 XV Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 maja 2022 r. w sprawie formy prenumeraty uchwala się, co następuje:

§ 1.

W roku 2024 zostanie wydanych 10 numerów Gazety Lekarskiej. Harmonogram wydań ustali Kolegium Redakcyjne Gazety Lekarskiej.

§ 2.

W roku 2024 Gazeta Lekarska i Biuletyn Naczelnej Izby Lekarskiej będą wydawane w formie elektronicznej i hybrydowej, w następujący sposób:

1) członkowie samorządu lekarskiego będą otrzymywać papierową wersję czterech numerów specjalnych Gazety Lekarskiej, tj. 2/2024, 5/2024, 9/2024 oraz 12/01/2025;

2) pozostałe sześć numerów Gazety Lekarskiej, tj. 3/2024, 4/2024, 6/2024, 7/8/2024, 10/2024 oraz 11/2024 będzie ukazywać się w formie hybrydowej, a mianowicie:

a) członkowie samorządu lekarskiego, którzy ukończyli 70. rok życia, lub którzy zadeklarowali chęć otrzymywania wyłącznie wersji papierowej będą otrzymywać papierową wersję Gazety Lekarskiej, b) pozostali członkowie samorządu lekarskiego będą otrzymywać elektroniczną wersję Gazety Lekarskiej.

§ 3.

1. Członek samorządu lekarskiego, który zgodnie z § 2 pkt 2 lit. a otrzymuje wersję papierową Gazety Lekarskiej może zrezygnować z papierowej wersji na rzecz wersji elektronicznej. Oświadczenie o rezygnacji z wersji papierowej odnosi skutek od następnego wydania Gazety Lekarskiej po otrzymaniu oświadczenia przez Naczelną Izbę Lekarską.

2. Członek samorządu lekarskiego, który zgodnie z § 2 pkt 2 lit. b otrzymuje wersję elektroniczną

Gazety Lekarskiej, może zrezygnować z elektronicznej wersji Gazety Lekarskiej na rzecz wersji papierowej. Oświadczenie o rezygnacji z wersji elektronicznej odnosi skutek od następnego wydania Gazety Lekarskiej po otrzymaniu oświadczenia przez Naczelną Izbę Lekarską.

3. Na wniosek członka samorządu lekarskiego może on otrzymywać zarówno papierową jak i elektroniczną wersję Gazety Lekarskiej.

4. Wnioski i oświadczenia, o których mowa w ust. 1-3 powyżej, składa się za pomocą formularza elektronicznego udostępnionego przez Naczelną Izbę Lekarską.

5. Wszystkie wydania Gazety Lekarskiej z roku 2024 zostaną udostępnione w postaci elektronicznej na stronie www.gazetalekarska.pl

§ 3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

**UCHWAŁA NR 38/23/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z DNIA 20 PAŹDZIERNIKA 2023 R.**

w sprawie terminów posiedzeń Naczelnej Rady Lekarskiej w roku 2024

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

§ 1.

Ustala się następujące terminy posiedzeń Naczelnej Rady Lekarskiej w roku 2024: 26 stycznia, 8 marca, 26 kwietnia, 28 czerwca, 6 września, 22 listopada, 20 grudnia.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

**UCHWAŁA NR 39/23/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
DNIA 20 PAŹDZIERNIKA 2023 R.**

zmieniająca uchwałę w sprawie zwołania Nadzwyczajnego XVI Krajowego Zjazdu Lekarzy

Na podstawie art. 37 ust. 4 pkt 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342) uchwała się, co następuje:

§ 1.

W § 1 uchwały nr 1/22/IX Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 3 czerwca 2022 r. w sprawie zwołania Nadzwyczajnego XVI Krajowego Zjazdu Lekarzy zmienionej uchwałą nr 19/23/IX Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 21 kwietnia 2023 r. wprowadza się następujące zmiany:

1) ustęp 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Nadzwyczajny XVI Krajowy Zjazd Lekarzy odbędzie się w Łodzi w Hotelach Ambasador Premium oraz Ambasador Centrum.”

2) dodaje się ustęp 3 w brzmieniu:

„3. Upoważnia się Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej – Łukasza Jankowskiego oraz Skarbnika Naczelnej Rady Lekarskiej – Grzegorza Mazura do zawarcia umowy dotyczącej świadczenia usług hotelowych do wysokości 650 tys. złotych brutto (słownie: sześćset pięćdziesiąt tysięcy złotych).”

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia, z mocą obowiązującą od 21 września 2023 roku.

SEKRETARZ

PREZES

Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

**UCHWAŁA NR 40/23/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z DNIA 20 PAŹDZIERNIKA 2023 R.**

w sprawie wykorzystania systemów informatycznych, narzędzi elektronicznych oraz dokumentów elektronicznych w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty oraz prowadzenia rejestru lekarzy i lekarzy dentystów

Na podstawie art. 8 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2023 r. poz. 1516 z późn. zm.) i art. 5 pkt 3, 4, 6 i 11 oraz art. 6, 7 i 49 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342) uchwała się, co następuje:

§ 1.

1. Niniejsza uchwała określa zasady, zakres i sposób wykorzystania systemów informatycznych, narzędzi elektronicznych oraz dokumentów elektronicznych w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty oraz prowadzenia rejestru lekarzy i lekarzy dentystów prowadzonych na podstawie uchwały Nr 1/17/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 13 stycznia 2017 r. w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty oraz prowadzenia rejestru lekarzy i lekarzy dentystów, zwanej dalej Uchwałą nr 1/17/VII. 2. W zakresie nieuregulowanym niniejszą uchwałą do postępowań, o których mowa w ust. 1 zastosowanie mają postanowienia Uchwały nr 1/17/VII.

§ 2

W sprawach, o których mowa w § 1, dopuszcza się:

1) składanie wniosków inicjujących postępowania, o których mowa w § 1 ust. 1, oraz prowadzenie korespondencji w ramach tych postępowań z wykorzystaniem skrzynki ePUAP właściwej okręgowej rady lekarskiej lub Naczelnej Rady Lekarskiej albo innych systemów przekazywania dokumentów w formie elektronicznej określonych przez poszczególne okręgowe rady lekarskie lub Naczelną Radę Lekarską; 2) prowadzenie akt osobowych lekarza lub lekarza dentysty, o których mowa w art. 49 ust. 8 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2021 r. poz. 1342) w formie elektronicznej, obejmującej dokumenty składane w postępowaniach prowadzonych w formie elektronicznej na zasadach określonych w regulacjach, o których mowa w § 4 uchwały; 3) o ile nic innego nie wynika z regulacji, przyjętych w trybie, o którym mowa w § 4 uchwały, procedury określone niniejszą uchwałą, dla swojej ważności, każdorazowo wymagają ich uwierzytelnienia poprzez złożenie podpisu elektronicznego spełniającego parametry podpisu kwalifikowanego, zaufanego lub osobistego;

4) możliwość weryfikacji danych w tych postępowaniach z wykorzystaniem danych gromadzonych przez Naczelną Radę Lekarską, przekazanych na podstawie odrębnych przepisów lub umów przez zewnętrzne podmioty określone w regulacjach, o których mowa w § 4.

§ 3.

1. Naczelna Rada Lekarska sprawuje nadzór nad realizacją uchwały, za pośrednictwem Komisji Organizacyjnej Naczelnej Rady Lekarskiej. 2. Do zadań Komisji Organizacyjnej Naczelnej Rady Lekarskiej w zakresie określonym uchwałą należą:

1) zapewnienie współpracy pomiędzy okręgowymi rejestrami lekarzy i lekarzy dentystów i Centralnym Rejestrem Lekarzy i Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej; 2) współpraca oraz nadzór nad czynnościami komisji do spraw rejestracji okręgowych rad lekarskich w celu zapewnienia pomocy merytorycznej i organizacyjnej okręgowym radom lekarskim w sprawach określonych uchwałą; 3) opracowanie instrukcji wykorzystania narzędzi i rozwiązań opisanych w § 4 uchwały; 4) udzielanie wyjaśnień i rekomendacji dotyczących wykorzystania narzędzi i rozwiązań opisanych w § 2 uchwały.

§ 4.

1. Upoważnia się Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej do ustalenia – w drodze uchwały – szczegółowych trybów postępowania prowadzonych z wykorzystaniem systemów informatycznych, narzędzi elektronicznych oraz dokumentów elektronicznych w sprawach, o których mowa w § 1 niniejszej uchwały.

2. Uchwałą, o której mowa w ust. 1, Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej podejmuje na wniosek Komisji Organizacyjnej Naczelnej Rady Lekarskiej.

3. Przyjęte przez Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej na podstawie upoważnienia zawartego w ust. 1 szczegółowe tryby postępowania prowadzonych z wykorzystaniem systemów informatycznych, narzędzi elektronicznych oraz dokumentów elektronicznych w sprawach,

o których mowa w § 1 niniejszej uchwały mogą zawierać w uzasadnionym zakresie rozwiązania odmienne od przyjętych w uchwale nr 1/17/VII. 4. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zobowiązane jest prowadzić repozytorium podjętych regulacji przyjętych na mocy upoważnienia zawartego w ust. 1 oraz każdorazowo informować rejestry lekarzy i lekarzy dentystów okręgowych izb lekarskich drogą elektroniczną o podjętych w nim zmianach.

§ 5.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ

Grzegorz Wrona

PREZES

Łukasz Jankowski

UCHWAŁA NR 41/23/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ Z DNIA 20 PAŹDZIERNIKA 2023 R.

w sprawie cofnięcia wniosku do Trybunału Konstytucyjnego o kontrolę konstytucyjności prawa

Na podstawie art. 5 pkt 14 i 15 w zw. z art. 39 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2021 r. poz. 1342) oraz art. 56 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 30 listopada 2016 r. o organizacji i trybie postępowania przed Trybunałem Konstytucyjnym (Dz. U. z 2019 r., poz. 2393) Naczelna Rada Lekarska uchwala, co następuje:

§ 1.

Naczelna Rada Lekarska cofa w całości wniosek o kontrolę zgodności z Konstytucją przepisów art. 40 ust. 3, 40 ust. 3a ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz art. 14 ust. 3 i art. 14 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta złożony na podstawie uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 17/16/VII z dnia 2 września 2016 r. w sprawie wystąpienia z wnioskiem do Trybunału Konstytucyjnego, rozpatrywany przez Trybunał Konstytucyjny pod sygnaturą akt K 17/20.

§ 2.

Upoważnia się Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej – Łukasza Jankowskiego do złożenia pisma zawierającego wycofanie wniosku.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ

Grzegorz Wrona

PREZES

Łukasz Jankowski

UCHWAŁA NR 42/23/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ Z DNIA 20 PAŹDZIERNIKA 2023 R.

w sprawie wyboru firmy audytorskiej do przeprowadzenia badania sprawozdania finansowego Naczelnej Izby Lekarskiej

Na podstawie art. 66 ust. 4 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz.U. 1994 nr 121 poz. 591.) oraz art. 114 ust. 1 i 3 i art. 40 ust. 4 z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342) uchwała się, co następuje:

§ 1.

Dokonać wyboru firmy Kancelaria Biegłego Rewidenta Anna Małyńska do przeprowadzenia badania sprawozdania finansowego Naczelnej Izby Lekarskiej za lata 2023 i 2024.

§ 2.

Upoważnić Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej – Łukasza Jankowskiego i Skarbnika Naczelnej Rady Lekarskiej – Grzegorza Mazura do zawarcia umowy z firmą, o której mowa w § 1.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ

Grzegorz Wrona

PREZES

Łukasz Jankowski

UCHWAŁA NR 43/23/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ Z DNIA 20 PAŹDZIERNIKA 2023 R.

w sprawie upoważnienia do prowadzenia działań zmierzających do zakupu nieruchomości z przeznaczeniem na siedzibę Naczelnej Izby Lekarskiej

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 4 w zw. z art. 5 pkt 23 i art. 40 ust. 4 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342) uchwała się, co następuje:

§ 1.

Upoważnić Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej do przeprowadzenia negocjacji zmierzających do zawarcia umowy nabycia nieruchomości – lokalu o powierzchni około 600 m² położonego przy ul. Sobieskiego 110 w Warszawie.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ

Grzegorz Wrona

PREZES

Łukasz Jankowski

STANOWISKO NR 6/23/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ Z DNIA 20 PAŹDZIERNIKA 2023 R.

w sprawie stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu

W związku z wystąpieniem Rzecznika Praw Obywatelskich z dnia 28 sierpnia 2023 r. (znak: V.7018.2.2014.AM) w sprawie stanowiska samorządu lekarskiego co do tego, czy procedury stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu oraz nieodwracalnego zatrzymania krążenia poprzedzającego pobranie narządów powinny być regulowane w akcie będącym źródłem prawa powszechnie obowiązującego, Naczelna Rada Lekarska przyjmuje, co następuje:
(...)

SEKRETARZ

Grzegorz Wrona

PREZES

Łukasz Jankowski

PEŁNA TREŚĆ UCHWAŁY NA
www.gazetalekarska.pl

APEL NR 2/23/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ Z DNIA 20 PAŹDZIERNIKA 2023 R. DO MINISTRA ZDROWIA

Naczelna Rada Lekarska apeluje do Ministra Zdrowia o podjęcie pilnych działań zmierzających do zapewnienia znaczącego wzrostu finansowania świadczeń szpitalnych w zakresie pediatrii oraz psychiatrii dzieci i młodzieży.
(...)

SEKRETARZ

Grzegorz Wrona

PREZES

Łukasz Jankowski

PEŁNA TREŚĆ APELU NA
www.gazetalekarska.pl

PRAKTYKA LEKARSKA

Potrzebne szkolenia z alergologii

LUCYNA KRYSIAK

DZIENNIKARKA

Dzięki dobrej organizacji opieki nad pacjentem i współpracy można wcześniej wykrywać różne postaci alergii. Opowiedzą o tym eksperci Polskiego Towarzystwa Alergologicznego w pierwszym z cyklu szkoleń organizowanych w partnerstwie z NIL.

Alergologia czerpie z wielu specjalności, np. pediatrii, pulmonologii, dermatologii. Kluczem do optymalnej opieki nad pacjentami są gabinety podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), ponieważ pacjenci z objawami alergii w pierwszej kolejności trafiają najczęściej do nich. Chodzi o to, aby wcześniej kierować tych pacjentów do alergologów, którzy przeprowadzą pogłębioną diagnostykę i zainicjują właściwe leczenie – mówi prezes PTA prof. Maciej Kupczyk, zapowiadając szkolenie „Opieka koordynowana w astmie”, które odbędzie się 12 grudnia w formie online.

ZBYT PÓŹNE ROZPOZNANIE

Alergie dotyczą najczęściej dzieci, młodzieży i młodych dorosłych i w tej grupie wiekowej stanowią one najczęstsze choroby przewlekłe. Jedną z manifestacji alergii jest astma oskrzelowa, która obecnie przybrała na sile. Szacuje się, że jej objawy ma 3-4 mln Polaków. Niestety wciąż rozpoznaje się ją zbyt późno. W dodatku często jest ona leczona nieoptymalnie, niezgodnie z najnowszymi standardami. – Dlatego tak ważne jest szerzenie wiedzy opartej na faktach naukowych. Szkolenia prowadzone w ramach współpracy z NIL wpisują się w statutowe cele PTA dotyczące kształcenia lekarzy, uwzględniające interdyscyplinarność alergologii. Kierowane są do lekarzy w trakcie specjalizacji oraz młodych lekarzy, którzy jeszcze nie dokonali wyboru swojej ścieżki zawodowej, ale są zainteresowani alergologią, a także do specjalistów, którzy chcą pogłębiać swoją wiedzę o aktualizację standardów – terapie biologiczne, diagnostykę komponentową czy immunoterapię

– tłumaczy prof. Kupczyk. Dodaje, że PTA stara się docierać z najnowszą wiedzą także do innych zawodów, np. farmaceutów, pielęgniarek (szkolenia dotyczące inhalacji czyli prawidłowego podawania leków wziewnych) i pracowników oświaty, którzy mogą mieć do czynienia z ciężkimi manifestacjami alergii, np. anafilaksją, która może zdarzyć się w przedszkolu lub szkole.

NADZIEJĄ OPIEKA KOORDYNOWANA

Obecnie na różne objawy alergii cierpi blisko 40 proc. populacji. Problem ten przybrał więc skalę epidemii. Alergie stanowią wyzwanie dla pacjentów i ich rodzin oraz systemów opieki zdrowotnej. Najczęstszą manifestacją kliniczną jest nieżyt błony śluzowej nosa (20-30 proc.) oraz astma oskrzelowa (7-10 proc.). Jak jednak zaznacza prof. Kupczyk, pojawia się coraz więcej nowych alergii pokarmowych i polekowych, które manifestują się ciężkim przebiegiem, postaciami skórными, oddechowymi, a nawet zagrażającą życiu anafilaksją.

– Opracowana przez Ministerstwo Zdrowia Mapa Potrzeb Zdrowotnych wyraźnie wskazuje, że alergie, w tym postacie skórne i układu oddechowego, stanowią najczęstsze problemy zdrowotne wśród dzieci i młodzieży, z którymi stykają się lekarze, i system opieki zdrowotnej musi na nie odpowiedzieć. Taką odpowiedzią może być wprowadzenie do POZ

opieki koordynowanej. Tym bardziej że astma jest na liście chorób wpisanych w taką opiekę – podkreśla prof. Kupczyk, który widzi szansę na zorganizowanie sprawnie działającego systemu komunikowania się POZ ze specjalistami. Chodzi o pokierowanie pacjenta, u którego występują objawy alergii do właściwej placówki, jeśli chodzi o stopień referencyjności, i ułatwienie mu kontaktu ze specjalistą. – Nie chcemy, aby lekarze rodzinni wyręczali specjalistów, ale aby dzięki dobrej organizacji opieki nad pacjentem alergicznym i współpracy wcześniej wykrywać różne postaci alergii i reagować na etapie, kiedy jeszcze nie rozwinie się astma. Chodzi też o to, aby to koordynator decydował, kiedy potrzebna jest konsultacja specjalistyczna i aby sprawował pieczę nad pacjentem alergicznym, kiedy wróci od specjalisty z zaleceniami dotyczącymi dalszego leczenia – tłumaczy profesor.

W ostatnich kilku latach alergologia poczyniła ogromne postępy, zarówno jeśli chodzi o diagnostykę, w tym molekularną, jak i skuteczność i bezpieczeństwo terapii. Jednak dostępność tych nowoczesnych metod pozostających w gestii specjalisty w dużej mierze zależy od wiedzy i świadomości lekarzy POZ, a także od koordynatorów, którzy decydują, kiedy pacjent z alergią czy już pojawiającymi się objawami astmy trafi do alergologa.

SZKOLENIA OŚRODKA KSZTACENIA COBIK NIL

Zapraszamy na grudniowe szkolenia organizowane przez Ośrodek Kształcenia COBIK Naczelnej Izby Lekarskiej!

To już ostatnie tematy szkoleń jakie przygotowaliśmy w 2023 roku.

Niebawem pojawią się nowe tematy oraz terminy szkoleń na rok 2024!

Dziękujemy za zaangażowanie i liczny udział w naszych szkoleniach w roku 2023! Mamy nadzieję, że był to inspirujący i wartościowy rok dla uczestników szkoleń.

Grudniowe szkolenia Ośrodka Kształcenia COBIK NIL z podziałem na tematykę:

szkolenia związane z wykonywaniem zawodu i wiedzą medyczną z obszaru poszczególnych specjalizacji:

- 01.12.2023 Najczęstsze choroby wątroby w praktyce klinicznej
- 04.12.2023 Dystrofia miotoniczna - problem interdyscyplinarny - rola badań neurofizjologicznych/Stany nagłe w chorobach nerwowo-mięśniowych - wskazania do pilnych badań elektrofizjologicznych
- 07.12.2023 Obrazy senności w zapisie EEG-pułapki diagnostyczne/Rola EEG w diagnostyce zaburzeń napadowych u dzieci
- 07.12.2023 Nieinwazyjna diagnostyka chorób wątroby/Alkoholowe choroby wątroby - patogeneza i diagnostyka
- 08.12.2023 Istotne problemy endokrynologiczne dla lekarzy pediatrów i lekarzy rodzinnych – aktualizacje
- 12.12.2023 Opieka koordynowana w astmie
- 13.12.2023 Antybiotykooporność w praktyce lekarza POZ
- 14.12.2023 Uszkodzenia pourazowe nerwów obwodowych/Diagnostyka elektrofizjologiczna radikulopatii
- 14.12.2023 Leczenie bólu u chorych na nowotwory
- 18.12.2023 Polineuropatia cukrzycowa w aspekcie klinicznym i neurofizjologicznym/Zaburzenia transmisji nerwowo-mięśniowej – obraz kliniczny, rola badań neurofizjologicznych
- 18.12.2023 Antybiotykooporność w szpitalach

szkolenie dotyczące kompetencji miękkich:

- 05.12.2023 Jak dogadać się z innymi od nas w środowisku medycznym

szkolenia prawne:

- 01.12.2023 Prawo pracy w przedsiębiorstwach leczniczych
- 06.12.2023 Obrona i zastępowanie lekarza przed sądami powszechnymi
- 11.12.2023 Naruszenia praw pacjenta i ich prawne konsekwencje – jak ich unikać?

szkolenia dotyczące zarządzania:

- 04.12.2023 r. Ocena oddziału na podstawie raportu rentowności
- 08.12.2023 r. Funkcje i umiejętności menedżerskie w zarządzaniu podmiotem leczniczym

szkolenie z innowacji w medycynie:

- 13.12.2023 Jak wygodnie planować i dokumentować zabiegi w ramach bloku operacyjnego w systemie HIS?

Zapisy na szkolenia:

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



szkolenia@nil.org.pl



(22) 559 13 00 wew. 507



PRAKTYKA LEKARSKA – ZE ŚWIATA

LIDIA SULIKOWSKA
DZIENNIKARKA

Dramatyczna sytuacja w Strefie Gazy

7 października 2023 r. doszło do okrutnego ataku palestyńskiej organizacji terrorystycznej Hamas na Izrael, w wyniku którego zginęło około 1400 osób, a ponad 240 zostało porwanych. Wkrótce potem Izraelczycy rozpoczęli militarne działania odwetowe w Strefie Gazy. Ataki nie omijają obiektów opieki zdrowotnej.

Według informacji przekazanych przez Ministerstwo Zdrowia Strefy Gazy do połowy listopada zginęło co najmniej 11 tys. Palestyńczyków, z czego większość to kobiety i dzieci. – Gaza staje się cmentarzem dla dzieci – skomentował tę sytuację António Guterres, sekretarz generalny Organizacji Narodów Zjednoczonych (ONZ). Co najmniej 45 proc. budynków mieszkalnych zostało zniszczonych lub uszkodzonych, wiele osób może być pod gruzami. Jak informuje Polska Misja Medyczna, ponad 1,5 miliona mieszkańców musiało opuścić swoje domy. Wielu schroniło się w przepełnionych obiektach UNRWA (agencji ONZ pomagającej uchodźcom palestyńskim na Bliskim Wschodzie), gdzie jedna toaleta przypada nawet na 200 osób, a jeden prysznic na 700 osób.

Życie mieszkańców Strefy Gazy jest zagrożone nie tylko z powodu bombardowań i innych akcji militarnych przeprowadzanych przez Siły Obronne Izraela. Nie ma tam prądu, brakuje leków, wody i żywności, a drastycznie pogarszające się warunki sanitarne sprzyjają rozprzestrzenianiu się chorób. Drastycznie zwiększająca się liczba osób potrzebujących pomocy medycznej przy jednoczesnym braku dostaw leków spowodowała załamanie tutejszego systemu opieki zdrowotnej. Co więcej, w wyniku ataków odwetowych Izraela ucierpiały obiekty infrastruktury medycznej, co dodatkowo pogorszyło sytuację szpitali i innych placówek ochrony zdrowia. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) tylko do połowy listopada potwierdziła ponad 250 ataków na pracowników



fot.: A-One Rawan / Shutterstock.com

i obiekty opieki medycznej w Strefie Gazy i na Zachodnim Brzegu Jordanu. Ponad połowa z 36 szpitali oraz 70 proc. placówek podstawowej opieki zdrowotnej znajdujących się w Strefie Gazy przestała działać. Te, które funkcjonują, potrzebują paliwa do generatorów, a tego brakuje. Według informacji przekazanych przez organizację Lekarze bez Granic 1 listopada w Strefie Gazy został zamknięty ostatni szpital leczący pacjentów onkologicznych.

– Nie mamy elektryczności. W szpitalu nie ma wody. Nie ma jedzenia. Przed główną bramą znajduje się wiele ciał, są też ranni pacjenci, których nie możemy wnieść do środka. Kiedy wysłaliśmy karetkę, aby przywieźć pacjentów, kilka metrów dalej została zaatakowana. Wokół szpitala są ranni, którzy szukają pomocy medycznej, a my nie możemy ich wprowadzić do środka. Jest też snajper, który zaatakował pacjentów. Mają rany postrzałowe, operowaliśmy trzech z nich. Sytuacja jest bardzo zła, wręcz nieludzka – relacjonował 13 listopada jeden z pracowników Lekarzy bez Granic przebywający w szpitalu Al-Shifa w Gazie.

Zdaniem Izraela Hamas używa szpitali do celów militarnych, dlatego są przeprowadzane ataki na te miejsca. Źródło: UN / PMM / BBC / WHO / MSF / REUTERS

Problemy mimo 12 proc. PKB na zdrowie

Jak duże są wydatki na ochronę zdrowia w Kanadzie? Ilu lekarzy tam praktykuje i jakie są ich wynagrodzenia? Zgodnie z najnowszymi wyliczeniami Canadian Institute for Health Information (CIHI) w Kanadzie pracuje około 96 tys. lekarzy, co daje 247 medyków na 100 tys. mieszkańców (dane za 2022 r., wzrost o 2 proc. w porównaniu do 2021 r.). 27 proc. z nich to osoby z dyplomem spoza kanadyjskich uczelni. Zdecydowana większość, bo aż 92 proc. lekarzy praktykuje na obszarach zurbanizowanych. Najmniej sfeminizowaną specjalizacją jest

PRAKTYKA LEKARSKA – ZE ŚWIATA

LIDIA SULIKOWSKA
DZIENNIKARKA

chirurgia (34 proc. kobiety vs. 66 proc. mężczyźni). Jak podaje CIHI, średnie roczne całkowite wynagrodzenia brutto w latach 2021-2022 wynosiły 357 tys. dol. kanadyjskich (CAD). Lekarze rodzinni mogli liczyć na 299 tys. CAD, z kolei chirurdzy nawet na 507 tys. CAD.

Przewidywane wydatki na ochronę zdrowia ogółem w 2023 r. będą stanowić 12,1 proc. PKB tego kraju i wyniosą 344 mld CAD. To o 9 mld CAD więcej niż w ubiegłym roku. Na ten niewielki (2,8 proc.) wzrost finansowania zwracają uwagę eksperci CIHI, przypominając, że już drugi rok z rzędu występuje skromna podwyżka wydatków na zdrowie (1,5 proc. w 2022 r.). Dodają, że w latach 2015-2019 wzrost finansowania ochrony zdrowia kształtował się na poziomie ok. 4 proc. rocznie, a w latach 2020 i 2021 był jeszcze wyższy (z powodu pandemii COVID-19). Największą pozycją w budżecie są koszty związane ze świadczeniami szpitalnymi (25,6 proc.), niecałe 14 proc. stanowią wynagrodzenia dla lekarzy. Obywatele Kanady przede wszystkim narzekają na utrudniony dostęp do lekarzy rodzinnych i kolejki do zabiegów operacyjnych.

Źródło: *Canadian Institute for Health Information, „National health expenditure trends”, „A profile of physicians in Canada”, listopad 2023*

Niedobór wody dotyka dzieci

Nednemu na troje dzieci na świecie zagraża poważny niedobór wody, co wpływa na ich zdrowie psychiczne i fizyczne – alarmuje UNICEF w swoim najnowszym raporcie. Organizacja szacuje, że aż 739 milionów dzieci mieszka na terenach narażonych na wysoki lub bardzo duży niedobór wody, a postępujące zmiany klimatyczne mogą jeszcze pogłębić ten stan. Chodzi przede wszystkim o regiony na Bliskim Wschodzie, w Afryce oraz Azji. Do krajów najbardziej dotkniętych tym problemem zalicza się m.in. Niger, Jordanię, Jemen, Czad i Namibię. Co więcej, część dzieci jest dodatkowo narażona na niski poziom usług związanych z wodą pitną,

co wpływa na ich życie, zdrowie i dobrostan. Szczególnie zagrożone są dzieci poniżej 5. roku życia, najmniej odporne na zachorowanie na choroby powodowane kontaktem ze skażoną wodą.

Źródło: *MSF / WHO*

Optymizm wzmacnia motywację

Pacjenci chorujący na otyłość chętniej wdrażają zalecane przez lekarzy POZ leczenie prowadzące do utraty masy ciała i osiągają lepsze rezultaty, jeśli terapia jest komunikowana w sposób pozytywny – jako szansa, a nie przykra konsekwencja – takie wnioski płyną z badania zespołu naukowców Uniwersytetu Oksfordzkiego opublikowanego na łamach „Annals of Internal Medicine”.

W międzynarodowych rekomendacjach podkreśla się rolę lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w rozpoznawaniu i leczeniu otyłości, ale niewiele jest wskazań, jak skutecznie rozmawiać z pacjentem o jego masie ciała i zalecanej terapii. Skutecznie, czyli tak, aby chory dobrze przyjął diagnozę i wdrożył odpowiednie leczenie. To zagadnienie zostało zbadane przez naukowców z Uniwersytetu Oksfordzkiego. Do randomizowanego badania klinicznego zaproszono 246 pacjentów z otyłością (wybranych losowo z grupy interwencyjnej) i 87 lekarzy pierwszego kontaktu praktykujących w 38 klinikach POZ w Anglii. Przeanalizowano rozmowy nagrane podczas wizyt lekarskich, w czasie których lekarze proponowali pacjentom skierowanie na 12-tygodniowy program behawioralnej kontroli masy ciała oferowany w ramach badania. Sprawdzano, jak sposób komunikacji informacji o możliwości uczestnictwa w programie

wpływał na podjęcie decyzji o włączeniu się w terapię i finalną zmianę masy ciała. Okazało się, że przedstawianie programu jako pozytywnej wiadomości – szansy na utratę wagi – wiązało się z większą chęcią uczestnictwa w leczeniu i większą utratą masy ciała. Z kolei informowanie o programie w sposób neutralny lub jako przekaz skupiający się na szkodliwości otyłości i w związku z tym wysuwanie propozycji udziału w terapii były mniej skuteczne.

Źródło: *„Annals of Internal Medicine” (Nov. 6, 2023)*

W obronie prześladowanych

Światowe Stowarzyszenie Lekarzy (World Medical Association, WMA) zaapelowało o rozważenie przy podejmowaniu decyzji w sprawie organizacji międzynarodowych spotkań medycznych w krajach, w których dochodzi do prześladowania lekarzy działających w imię etyki lekarskiej i broniących standardów dotyczących praw człowieka. Organizacja przyjęła rezolucję w tej sprawie w październiku 2023 r.

„WMA wzywa społeczność medyczną na całym świecie do dokładnej oceny zasadności organizowania międzynarodowych wydarzeń medycznych w krajach, w których lekarze są prześladowani, i w stosownych przypadkach do podjęcia decyzji, czy powstrzymać się od takich wydarzeń, czy też zapewnić jasne i wyraźne wsparcie tym lekarzom podczas takich wydarzeń” – napisano w dokumencie.

WMA podkreśla, że na świecie jest wiele krajów, w których stosuje się tortury i inne okrutne traktowanie, a lekarze nie mogą wypowiadać się przeciwko łamaniu praw człowieka ze względu na grożące surowe represje.

Źródło: *WMA*

NIL NA SZYBKO

Nie zatrudniamy się na uczelniach z negatywną opinią

Na 14 otwartych w tym roku uczelni aż dziewięć ma negatywną opinię Państwowej Komisji Akredytacyjnej (PKA).

JAKUB KOSIKOWSKI
RZECZNIK NACZELNEJ IZBY
LEKARSKIEJ



Niestety temat jakości kształcenia w Polsce rozlał się poza granice naszego kraju, i to nie w sposób, którego sobie byśmy życzyli. O ile prowadzimy rozmowy z Komisją Europejską, a Europejskie Stowarzyszenie Młodych Lekarzy wsparło starania NIL, by utrzymać odpowiednią jakość kształcenia, o tyle dyskusja o jakości absolwentów polskich wydziałów anglojęzycznych, która wybuchła w Skandynawii, nie rzuca na nasz kraj dobrego światła. Okazało się, że na jedną z polskich uczelni dostał się zupełnie nieprzygotowany szwedzki dziennikarz, który na dodatek oszukiwał przy egzaminie wstępnym. Informację, że może się tam dostać każdy, otrzymał od szwedzkich lekarzy.

Stoimy przed poważnym wyzwaniem: na 14 otwartych w tym roku uczelni aż dziewięć ma negatywną opinię Państwowej Komisji Akredytacyjnej (PKA). Obawiamy się, że może to spowodować istotny spadek jakości kształcenia przeddyplomowego, a finalnie dyskusję o uznawaniu polskich dyplomów w UE i poza jej granicami. Byłby to dla nas jako środowiska poważny cios wizerunkowy. Do tej pory polscy lekarze byli za granicami synonimem pracowitości i wysokiej

jakości usług. Dlatego ponownie apeluję, aby tak pozostało. Nie podejmujemy zatrudnienia na uczelniach z negatywną opinią PKA.

1 listopada zanosilo się na powrót receptowego armagedonu w poradniach, oddziałach i hospicjach stosujących leki z grupy psychotropowych i narkotycznych. Zgodnie z ustaleniami z Ministerstwem Zdrowia (MZ) do 31 października ministerstwo miało wprowadzić w życie uzgodnione z samorządem rozwiązania, które miały uprościć pracę lekarzom, a jednocześnie zablokować możliwość kilkakrotnego uzyskania recept na te leki z różnych źródeł. Niestety, widocznie kampania wyborcza przeszkodziła w realizacji ustaleń i MZ przytomnie przedłużyło „warunkowe” zawieszenie wykonania rozporządzenia ministra Adama Niedzielskiego aż do końca roku. Wygląda na to, że z tym problemem będzie się już musiał zmierzyć nowy rząd. Dla nas istotne jest to, że tym razem nie ucierpieli ani nasi pacjenci, ani koledzy stosujący te leki. Ale marna to pociecha w sytuacji, gdy tak wygląda legislacja dotycząca naszej pracy.

O TYM SIĘ MÓWI

Prezes NRL wśród 50 najbardziej wpływowych „Wprost”

Łukasz Jankowski, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej (NRL) i specjalista nefrologii, zajął 30. miejsce w rankingu 50 najbardziej wpływowych Polaków opublikowanym przez tygodnik „Wprost”. „To on wspólnie z NRL i Porozumieniem Rezydentów doprowadził do tego, że Adam Niedzielski, były już minister zdrowia, podał się do dymisji” – czytamy w uzasadnieniu. Prezes NRL uplasował się zaraz za Jerzym Owsiakiem, twórcą Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy. Oprócz szefa samorządu lekarskiego na liście znaleźli się m.in. czołowi polscy politycy: Jarosław Kaczyński, Donald Tusk, Mateusz Morawiecki i Andrzej Duda, światowej sławy piłkarz Robert Lewandowski, laureatka Nagrody Nobla Olga Tokarczuk, reżyserka Agnieszka Holland czy tenisistka Iga Świątek.

Wspólne szkolenia WUM i NIL

Prezes NRL Łukasz Jankowski i rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (WUM) prof. Zbigniew Gaciong podpisali porozumienie o organizacji szkoleń podyplomowych dla lekarzy i lekarzy dentystów. – Zależy nam na jak najlepszej jakości kształcenia podyplomowego. Zwłaszcza dziś – w czasie otwierania coraz większej liczby kierunków lekarskich na uczelniach nieprzygotowanych do ich prowadzenia – musimy stać na straży wysokich standardów kształcenia na każdym etapie rozwoju zawodowego lekarza. Nasza współpraca z Warszawskim Uniwersytetem Medycznym jest gwarancją wartościowych szkoleń – mówił prezes NRL. Zaplecze organizacyjne dla szkoleń zapewni Centralny Ośrodek Badań,

Innowacji i Kształcenia (COBIK) NIL, a WUM zajmie się opracowaniem programu szkoleniowego oraz doбором kadry.

NRL upomina się o psychiatrię dziecięcą

Opodjęcie pilnych działań zmierzających do zapewnienia znaczącego wzrostu finansowania świadczeń szpitalnych w zakresie pediatrii oraz psychiatrii dzieci i młodzieży zaapelowała do minister zdrowia NRL. „Poziom finansowania nie pozwala szpitalom dziecięcym zachować płynności finansowej i leczyć na poziomie, na jaki zasługują mali pacjenci. Sytuacja oddziałów pediatrii oraz psychiatrii dzieci i młodzieży wymaga natychmiastowej poprawy. Nieprzerwanie od wielu lat pediatria i psychiatria dziecięca są dziedzinami skrajnie niedofinansowanymi. Powoduje to zamykanie kolejnych oddziałów, co zagraża bezpieczeństwu małych pacjentów i powoduje traumę związaną z koniecznością poszukiwania oddziałów daleko od miejsca zamieszkania” – napisała NRL w swoim stanowisku.

Promowanie kosmetyków? Nie!

Komisja Etyki Lekarskiej NRL sprzeciwia się wykorzystywaniu wizerunku lekarza nie tylko w reklamach wyrobów medycznych, lecz także w materiałach promujących kosmetyki, środki specjalnego przeznaczenia żywieniowego czy też inne produkty bądź usługi niepowiązane z działalnością medyczną. W ubiegłym roku ukazała się ustawa o wyrobach medycznych, która uregulowała kwestie dotyczące występowania lekarzy i osób grających rolę lekarzy w reklamach. – Chcielibyśmy, by dotyczyło to także kosmetyków i produktów żywnościowych – zaznacza przewodniczący Komisji Etyki Lekarskiej NRL Artur de Rosier. Lekarz buduje prestiż swego zawodu jedynie na podstawie wyników i rezultatów swojej pracy (art. 63 Kodeksu Etyki Lekarskiej, KEL), a nie za pomocą działań marketingowych. Ukazywanie w reklamach leków wizerunku lekarza lub aktora odgrywającego jego rolę może wprowadzać odbiorców w błąd, obdarzając występujące w reklamach osoby z racji faktycznie

lub rzekomo wykonywanego zawodu medyka zaufaniem społecznym, co nie pozostaje bez wpływu na decyzje zakupowe.

Rzecznik praw lekarza w każdym okręgu

Funkcję rzecznika praw lekarza (RPL) powinien pełnić lekarz lub lekarz dentysta o znacznym doświadczeniu zawodowym – to jeden z najważniejszych wniosków płynących ze spotkania RPL okręgowych izb lekarskich (OIL) IX kadencji, które pod koniec października odbyło się w siedzibie NIL i miało służyć zacieśnianiu współpracy. Rzecznik praw lekarza Monika Potocka przedstawiła mechanizm współpracy pomiędzy rzecznikami OIL w celu poprawy przepływu informacji i transparentności działania biur RPL, a także zapewniła rzeczników okręgowych o wsparciu. – Ważne, by każda z OIL informowała o działaniach RPL, żeby na każdej stronie internetowej OIL widniała zakładka RPL, bo lekarz szukający pomocy powinien mieć jak najniższy próg dojścia do swojego rzecznika. My chętnie wesprzemy inicjatywy dla lepszej widoczności działań – podkreśliła Monika Potocka.

Artur Białoszewski ekspertem NIL

To wyzwanie i zaszczyt podejmować współpracę z Naczelną Radą Lekarską – powiedział nowy ekspert do spraw badań i analiz przy Naczelnej Izbie Lekarskiej. – Dziękuję prezesowi Łukaszowi Jankowskiemu i członkom Rady za możliwość bycia częścią wyjątkowych działań inicjowanych przez Izbę. Z niecierpliwością oczekuję na to, co przyniesie nasza wspólna przyszłość. Zadaniem nowo mianowanego eksperta będzie prowadzenie i koordynowanie metodologiczne projektów NIL. Artur Białoszewski jest epidemiologiem, ekonomistą oraz specjalistą zdrowia publicznego i środowiskowego. Piastuje

stanowisko kierownika Programu SGH-WUM MBA w ochronie zdrowia oraz funkcję mazowieckiego konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie zdrowia środowiskowego. Akademicko związany jest z Zakładem Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych, Alergologii i Immunologii WUM.

Rozmontowywanie systemu kształcenia

Trwa w Polsce trudny czas dla kształcenia medycznego. Zaledwie przez kilka lat rozmontowano podwaliny systemu, który funkcjonował od dawna – napisał wiceprezes NRL Mateusz Kowalczyk w felietonie w listopadowym numerze „Panaceum”, pisma Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi. Felieton został przedrukowany na stronie termedia.pl. Jak zauważa wiceprezes NRL, samorząd padł ofiarą własnej narracji o braku lekarzy. Posługując się tym hasłem, używaliśmy trochę skrótu myślowego, nie dopowiadając, że brakuje lekarzy specjalistów w systemie publicznym. Czas pokazał, że to bardzo ważne doprecyzowanie, bo dopiero ono oddaje sedno problemu. Politycy podchwycili jednak tylko tę pierwszą część i w sposób przemyślany zaplanowali stopniową deregulację naszego zawodu. Pewne zjawiska dostrzega się dopiero z perspektywy czasu i tak jest z kształceniem. Czy coś jest w stanie zatrzymać tę postępującą degradację? Z pewnością natychmiastowa reforma egzaminu LEK i przywrócenie mu dawnej funkcji. Baza pytań i jej brawurowe zapamiętanie zakończone średnim wynikiem na poziomie 99 proc. przez absolwentów wątpliwej jakości kierunków nie może być pretekstem do jego pozostawienia w tej formule, byle tylko rządzący dowiedli swojej tezy. Nie mam złudzeń. Nowych kierunków nikt nie zamknie. Trzeba jednak skrupulatnie sprawdzać i wymagać od nich należytego zaplecza i spełniania norm. Opinia PKA nie może być traktowana w myśl „nie mamy pańskiego płaszcza i co nam pan zrobi”. Musimy o tym głośno mówić, informować media, nagłaśniać i tłumaczyć, i liczyć, że w końcu politycy podejną do tego pryncypialnie i poważnie” – przekonuje Mateusz Kowalczyk. ●

RAPORT

Dane medyczne potrzebują regulacji

NIL IN

Strona publiczna powinna mieć możliwość uzyskania dostępu do danych o stanie zdrowia tylko w celach ściśle określonych w przepisach prawa – uważają autorzy raportu „Dane medyczne w pracy lekarza – stan obecny i pożądane zmiany”.

Zaprezentowanie potrzeb i perspektyw lekarzy w obszarze danych medycznych, rozwiązań mogących przyczynić się do poprawy jakości opieki nad pacjentem oraz usprawniania systemu ochrony zdrowia to cele raportu „Dane medyczne w pracy lekarza – stan obecny i pożądane zmiany”. Dokument został przygotowany przez Grupę ds. danych medycznych przy Naczelnej Izbie Lekarskiej i Sieci Innowatorów NIL IN działającej w ramach Centralnego Ośrodka Badań, Innowacji i Kształcenia (COBIK).

DECYZJE REGULATORA

Praca lekarzy wiąże się nierozłącznie z przetwarzaniem danych o stanie zdrowia pacjentów – gromadzą i wykorzystują dane zebrane podczas badania podmiotowego i przedmiotowego, korzystają z informacji z dokumentacji medycznej, a coraz częściej wykorzystują różnego typu innowacyjne wyroby medyczne i narzędzia, które powstają dzięki przetwarzaniu danych medycznych. Dlatego środowisko lekarskie proponuje rozwiązania w obszarze danych medycznych, które mogą wpływać na wykonywanie zawodu lekarza.

To od regulatora zależy, do jakich danych i dokumentów ma dostęp lekarz i jakimi narzędziami może się

posługiwać w pracy nad nimi. To także ustawodawca ustala, jaką ponosi w związku z tym odpowiedzialność – czytamy we wstępie do raportu, który powstał pod kierunkiem dr. Pawła Kaźmierczyka z praktyki Life Sciences kancelarii Domański Zakrzewski Palinka (DZP), lidera Grupy ds. danych medycznych NIL IN.

Autorzy, wśród których obok Pawła Kaźmierczyka są mec. Michał Czarnuch, dr Dagmara Lukosek oraz Aleksander Horyń, podkreślają, że zależy im, by system ochrony zdrowia w Polsce był jak najbardziej nowoczesny, a lekarz w codziennej pracy miał łatwy dostęp do potrzebnych mu informacji o stanie zdrowia pacjenta, a także mógł wykorzystywać innowacyjne rozwiązania technologiczne. Aby było to w jak najpełniejszym stopniu możliwe, ważne jest ukształtowanie całego systemu gromadzenia i udostępniania danych medycznych.

Raport ma zainicjować szerszą dyskusję na ten temat przy aktywnym udziale środowiska lekarskiego, ponieważ podczas projektowania przyszłych rozwiązań prawnych w tym obszarze powinno się uwzględnić także perspektywę

lekarzy jako podstawowej grupy użytkowników danych medycznych.

CYFROWE WYZWANIA

Dlaczego publikacja powstała właśnie teraz? Odpowiedź jest prosta. Proces informatyzacji sektora ochrony zdrowia postępuje od wielu lat, jednak to obecnie nastąpił szczególny moment. W Polsce stworzono bowiem podstawy e-zdrowia, takie jak system e-recepty i e-skierowania, a dokumentacja medyczna powinna być co do zasady prowadzona już w postaci elektronicznej. Stoimy przed wyzwaniem związanym z dalszym gromadzeniem i wykorzystaniem cyfrowych danych medycznych, by z jednej strony były jeszcze łatwiej dostępne dla lekarzy opiekujących się pacjentem, a z drugiej – przy zachowaniu tajemnicy i wszelkich praw pacjenta pozwalały na wykorzystanie swego potencjału w celach naukowych, rozwojowych oraz badawczo-rozwojowych. Dostęp do danych jest także warunkiem koniecznym dla rozwoju sztucznej inteligencji, która dynamicznie rozwija się m.in. w ochronie zdrowia i już dziś, dostarczając innowacyjnych narzędzi, ułatwia pracę wielu lekarzom.

NACZELNA
IZBA LEKARSKA

DOŁĄCZ DO

nil in
Sieć Lekarzy Innowatorów

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

W Unii Europejskiej prowadzone są obecnie prace nad projektem rozporządzenia w sprawie europejskiej przestrzeni danych dotyczących zdrowia, która wyznaczać będzie nowy standard w obszarze gromadzenia, udostępniania i wykorzystania danych medycznych.

LISTA REKOMENDACJI

Raport „Dane medyczne w pracy lekarza – stan obecny i pożądane zmiany” zawiera analizę obecnie obowiązujących regulacji prawnych oraz praktyki ich stosowania, przegląd projektowanych zmian oraz rekomendacje dalszych zmian i uzupełnień uwzględniających okoliczność, w której jednym z głównych odbiorców danych medycznych jest lekarz wykorzystujący je w codziennej pracy z pacjentem.

Z tego względu – przekonują autorzy – dalsze prace powinny uwzględniać pięć podstawowych wartości:

1. Dostępność – lekarz powinien mieć łatwy i szybki dostęp do danych pacjentów,
2. Funkcjonalność – lekarz powinien móc sprawnie korzystać z danych, a także aplikacji i programów, które pomogą mu łatwo zebrać w jednym miejscu, przeanalizować oraz wykorzystać dane w procesie opieki nad pacjentem,
3. Bezpieczeństwo – lekarz powinien mieć zapewnione narzędzia, które gwarantują bezpieczeństwo korzystania z danych,
4. Rozwój – lekarz powinien móc wykorzystywać dane medyczne w celach naukowych i badawczych,
5. Świadomość – lekarz powinien mieć świadomość, jakie możliwości stwarzają obecnie dane medyczne i jak można wykorzystać ich potencjał.

Rekomendacje przedstawione w raporcie mają charakter wielopoziomowy. Część z nich wskazuje na potrzebę zmian, które bezpośrednio wpłyną na pracę lekarza, np. w kwestii zasad dostępu do dokumentacji medycznej. Część ma charakter bardziej systemowy i dotyczy rozwiązań, które mogą pośrednio wpływać na poprawę warunków pracy lekarzy, np. dostęp do danych w celu tworzenia nowych wyrobów medycznych może przyczynić się do powstawania narzędzi, które już niebawem będzie mógł wykorzystać każdy lekarz.

Dokument zawiera także rekomendacje dotyczące zmian systemowych. Autorzy zwracają uwagę, że zasadne jest wyodrębnienie zespołu ds. danych

medycznych jako organu doradczego-opiniotwórczego Rady Ministrów. Jego głównym zadaniem powinno być wsparcie strony publicznej w przygotowaniu kompleksowego planu dalszego rozwoju systemu gromadzenia i wykorzystywania danych medycznych, uwzględniającego cały szereg zagadnień i uwarunkowań prawnych i technologicznych związanych z tym obszarem, w tym potrzeby środowiska lekarskiego. Ważnym elementem takiego planu powinno być przygotowanie przy szerokich konsultacjach publicznych ustawy o danych medycznych, która uregułuje w jasny sposób m.in. zasady dostępu do danych o stanie zdrowia.

Raport zawiera też szereg rekomendacji o charakterze bardziej szczegółowym, związanych między innymi z zapewnieniem kompletności danych przetwarzanych w systemie centralnym (Platforma P1) oraz poszerzeniem zakresu dokumentacji medycznej prowadzonej w postaci elektronicznej. Autorzy zwracają uwagę na zwiększenie interoperacyjności danych medycznych oraz wypracowanie zasad postępowania z danymi generowanymi poza kontrolą lekarza, np. przez zdalne wyroby medyczne lub aplikacje lifestylowe. Podkreślają także konieczność zapewnienia systemowego podejścia do rozwoju rejestrów medycznych poprzez powołanie specjalnej rady ds. rejestrów, która wyznaczy strategiczny plan rozwoju ich systemu. Ważne jest także zapewnienie możliwości lub ułatwień wykorzystywania rozwiązań usprawniających codzienną pracę z danymi medycznymi, w tym w szczególności pracę z danymi w czasie rzeczywistym. Lekarz powinien mieć dostęp do narzędzi, które ułatwią mu pracę z danymi.

Kolejną istotną kwestią jest doprecyzowanie przesłanek udostępniania dokumentacji medycznej i danych medycznych w celach naukowych, badawczo-rozwojowych i analitycznych, tak by nie budziły one wątpliwości pod kątem rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO).

CELE I FORMA

Zdaniem autorów raportu już dziś można przygotować jasne i praktyczne wytyczne wspierające lekarzy

poprzez doprecyzowanie obecnych wymogów i uwarunkowań regulacyjnych. Rekomendacje mogłyby obejmować zagadnienia takie jak dokładne wymogi z zakresu cyberbezpieczeństwa, możliwość stosowania różnych narzędzi i systemów (np. aplikacje, rozwiązywanie oparte na sztucznej inteligencji) do przetwarzania danych i związane z nimi wymagania, zawieranie umów powierzenia przetwarzania danych osobowych, postępowanie z danymi w badaniach klinicznych oraz w innych celach naukowych i badawczych.

Powinno się także ustawowo określić w sposób precyzyjny dopuszczalne cele i formę przetwarzania danych medycznych przez stronę publiczną w systemach państwowych oraz wprowadzić niezależny mechanizm kontroli w tym zakresie, a także zapewnić spójność regulacji prawa medycznego z RODO oraz Data Governance Act, tak by stosowanie przepisów sektorowych nie budziło dodatkowych wątpliwości pod kątem innych uwarunkowań prawnych.

Autorzy zalecają opracowanie standardów przeprowadzania anonimizacji i pseudonimizacji danych medycznych, które wskazywać będą w jasny sposób właściwe podstawy dla wykonywania tych operacji na danych oraz rekomendowane metody, a także stworzenie spójnych ram prawnych dotyczących przetwarzania danych osobowych w celach naukowych i badawczych na poziomie krajowym, tak by wykorzystać możliwość skorzystania z podstawy prawnej art. 9 ust. 2 lit. j RODO, czyli niezbędności przetwarzania do celów badań naukowych na podstawie prawa państwa członkowskiego.

Raport nie wyczerpuje tematyki danych medycznych, ale stanowi podstawę do dalszej uporządkowanej dyskusji dotyczącej potrzebnych zmian prawnych i systemowych na rzecz zwiększania jakości i skuteczności pracy lekarzy dzięki wykorzystywaniu danych o stanie zdrowia oraz sposobów umożliwiających wykorzystywanie ich potencjału z korzyścią także dla pacjentów i całego systemu ochrony zdrowia.

KAWA Z INNOWATOREM

Produkt i dobry zespół – klucz do sukcesu

JAKUB CHWIEĆKO

PEDIATRA, PARTNER ZARZĄDZAJĄCY NIL IN

Młodzi lekarze potrafią robić innowacyjne i wartościowe produkty. Udowadnia to Piotr Strus, założyciel start-upu „play.air”.

Na kolejną wirtualną kawę udaje mi się umówić z Piotrem Strusem – przedstawicielem młodego pokolenia lekarzy, którzy chcą wywrzeć pozytywny wpływ na opiekę zdrowotną. Piotr, lekarz i założyciel start-upu play.air, opowiada mi o swojej drodze związanej z innowacjami i rozwojem firmy. Już na studiach razem z kolegami dostrzegał wyzwania, które stoją przed lekarzami, próbując znaleźć sposoby na ich rozwiązanie. Edukacja lekarska nie dawała jednak narzędzi do projektowania czy też wdrażania innowacji.

Już podczas drugiego roku studiów zainteresował się koncepcją start-upów i zaczął rozwijać różne pomysły, które wciąż pozostawały w fazie koncepcyjnej. Dopiero na szóstym roku studiów wraz z kolegami zdecydował się zapisać do programu akceleracyjnego Innovations Hub Foundation, który wspiera młodych naukowców w tworzeniu innowacyjnych konceptów. Dzięki temu programowi stworzyli biznesplan i pierwsze wizualizacje swojego produktu, co było początkiem rozwoju własnej firmy.

Program akceleracyjny znaleźli dzięki aktywnym poszukiwaniom w internecie oraz poleceniom znajomych. Program pomógł im ustrukturyzować swoją wiedzę i zidentyfikować prawdziwy problem medyczny, co okazało się kluczowe w dalszym rozwoju projektu. Dzięki wsparciu mentora Ireneusza Martyniuka zrozumieli, jakie kroki należy podjąć, aby rozwijać projekt start-upu, zwracając uwagę na istotność rozwiązywania konkretnego problemu w przeciwwadze do dostosowywania źle zdefiniowanego problemu do rozwiązania, które sobie pierwotnie wymyślili, co często jest pokusą w projektowaniu innowacji.



fot.: archiwum prywatne

Piotr mówi, że program dostarczył im wiele cennych konsultacji i otworzył oczy na to, jak wiele pracy trzeba włożyć w rozwijanie start-upu. Zdobyli też wiedzę z różnych dziedzin, takich jak technologia, marketing, kwestie prawne czy certyfikacja, co było niezwykle pomocne.

Na etapie kończenia programu mieli już gotowy biznesplan, wizualizację produktu, zweryfikowaną grupę docelową i zainteresowanie inwestorów. Dzięki temu udało się im zdobyć pierwszą rundę finansowania i wygrać konkurs organizowany w ramach Innovations Hub Foundation. Co ciekawe, po programie pojawiła się oferta wyższego finansowania projektu, która wiązała się z oddaniem większej liczby udziałów na tym etapie rozwoju. Młodzi innowatorzy zdecydowali jednak o innej taktyce inwestycyjnej z dalszą weryfikacją produktu.

Przed play.air otwierają się dalsze możliwości. Pierwotnym pomysłem było wsparcie terapii oddechowej w logopedii za pomocą sprzętu medycznego i gier dla dzieci, a obecnie są szanse rozwoju na większym rynku rehabilitacji oddechowej, m.in. w astmie i chorobach płuc. Z ćwiczeniem oddechu w ramach medytacji, nauki śpiewu czy pływania w perspektywie kolejnych lat.

Obecnie firma stara się o wsparcie w postaci grantów unijnych oraz aktywnie poszukuje dalszego finansowania. Jest to wyzwanie szczególnie trudne w obliczu ograniczeń finansowych, które w ostatnim czasie spotkały Fundusze VC, a także aktywności Piotra, który robi specjalizację z laryngologii w Klinice CMKP w Szpitalu Bródnowskim i jest w trakcie studiów doktoranckich. Na szczęście jego determinacja jest niezłomna i wierzy, że z dobrym produktem oraz przede wszystkim zgranym zespołem są w stanie odnieść sukces.

Play.air nie ma łatwo na polskim rynku, który z dystansem spogląda na inwestycje w sprzęt medyczny, bo zwykle są znacznie bardziej ryzykowne i wymagające finansowo niż inwestowanie w aplikacje czy oprogramowanie. Piotr ma na to pomysł. Planuje zwalidować produkt na rynku logopedii, dzięki czemu przyszła walidacja kliniczna, certyfikacja oraz podbój rynku sprzętu medycznego mogą okazać się prostsze. Trzymamy kciuki za Piotra i jego zespół. Pokazują, że młodzi lekarze też potrafią robić innowacyjne i wartościowe produkty.

W grupie siła

Skupienie w jednym miejscu właściwych ekspertów, w tym regulatora, interesariuszy systemu opieki zdrowotnej, lekarzy oraz przedstawicieli pacjentów, ma umożliwić zrealizowanie ambitnego zadania „poukładania” kwestii związanych z telemedycyną i innowacjami.

Kształcenie przeddyplomowe, szczególnie po decyzjach ministra Przemysława Czarnka o przyznawaniu różnorodnym, często nieprzygotowanym uczelniom możliwości kształcenia na kierunku lekarskim, poddane jest publicznej ocenie. Kształcenie podyplomowe, realizowane w większości przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego (CMKP), jest na bieżąco modyfikowane przez współpracujące jednostki: Ministerstwo Zdrowia, krajowych konsultantów, a także samą instytucję CMKP.

Proces kształcenia lekarza jest często konserwatywny (i dobrze), w pewnych zakresach jednak nie nadąża za bieżącymi trendami i osiągnięciami nauki i technologii. Obszarem, który w ostatnich latach niezwykle przyspieszył, a który wciąż nie jest dobrze „zaopiekowany” pod kątem edukacyjnym, jest telemedycyna i ocena innowacji w medycynie. Próbując nieco wypełnić tę lukę, Ministerstwo Zdrowia i specjaliści współpracujący w ramach Telemedycznego Okrągłego Stołu uznali, że należy utworzyć osobną grupę ds. edukacji i promocji w zakresie właśnie telemedycyny i innowacji i rozwiązać kompleksowo problem wyrównania wiedzy, świadomości i długu technologicznego wśród personelu medycznego oraz odpowiednio edukować pacjentów w kwestii benefitów i zagrożeń płynących z telemedycyny i innowacji w medycynie. Zwłaszcza że powstają dziesiątki, jeśli nie setki aplikacji po to, by zdalnie monitorować stan zdrowia pacjenta.

Jak powinna kształtować się opieka telemedyczna? Jak robić to bezpiecznie i skutecznie? Jak zadbać o bezpieczeństwo prawne swoje i placówki? Gdzie jest granica oceny stanu pacjenta za pomocą zdalnej

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



opieki? Na te wszystkie pytania próbuje odpowiedzieć wspomniana grupa, której opiekę i prowadzenie ministerstwo powierzyło Naczelnej Izbie Lekarskiej poprzez Sieć Lekarzy Innowatorów NIL – NIL IN.

Po pierwszym spotkaniu moge powiedzieć, że zebrała się właściwa grupa ekspertów. Cele, jakie sobie postawiono, obejmują: podział kompetencji w kształceniu w zakresie telemedycyny i oceny innowacji w kształceniu przeddyplomowym i podyplomowym, edukację personelu medycznego, edukację pacjentów, promocję rozwiązań telemedycznych i ich bezpieczeństwa wśród personelu i pacjentów.

Wnioski z pierwszego spotkania? Pierwszym etapem, który powinno zatwierdzić zarówno Ministerstwo Zdrowia, jak i interesariusze systemu opieki zdrowotnej, jest odpowiedni standard świadczeń telemedycznych. Uznaliśmy, że kształcenie w zakresie aspektów związanych z telemedycyną powinno obejmować zarówno przeddyplomową, jak i podyplomową edukację lekarzy, a być może również innych zawodów medycznych. Podział kompetencji w kształceniu

oraz określenie źródeł finansowania odbędą się na dalszym etapie prac.

Kampania edukacyjna znosząca niepotrzebne często obawy wśród lekarzy i pacjentów, określająca też minimalne niezbędne warunki do udzielania świadczeń na odległość i za pomocą systemów teleinformatycznych powinna być efektem współpracy środowisk pacjenckich i medycznych oraz płatnika – NFZ. Powinna być finansowana ze środków publicznych. Szczegóły tej kampanii zostaną określone na dalszych etapach prac.

Wydaje się że grupa ds. edukacji i promocji powinna być jednostką, która „poukłada” kwestie związane z telemedycyną. Jako prowadzący grupę wierzę, że wypełnimy tę lukę w zakresie edukacji nie tylko poprzez organizowane co semestr szkolenia dla lekarzy i lekarzy dentystów w Ośrodku Kształcenia NIL dotyczące opieki telemedycznej i aspektów prawnych tej opieki, lecz również na poziomie określenia standardów opieki i kształcenia w zakresie opieki telemedycznej. Będę Państwa informował o postępach tych działań.



DOŁĄCZ DO

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY



nil in
Sieć Lekarzy Innowatorów

nilin.org.pl



PO GODZINACH – PODRÓŻE

Czy wierzysz w św. Mikołaja?

MAŁGORZATA SOLECKA
DZIENNIKARKA

Grudzień to wymarzona pora na wyprawę do krainy biskupa Mikołaja, który urodził się, żył i zmarł na wybrzeżu Morza Śródziemnego, w Myrze.

Kierunek – Antalya, Turcja. Wycieczkę do Demre i Myry miałam w planach już dwie dekady temu, gdy na początku XXI w. zaczęłam spędzać wakacje na Riwierze Tureckiej. Niestety, biura podróży – wbrew ofercie – nie podejmowały się realizacji. Powód: mało chętnych. Zatopione ruiny (Kekowa), Demre z licyjskimi grobowcami i ruinami starożytnego teatru i Myra z pozostałościami kościoła z pierwszych wieków chrześcijaństwa, grobowcem (pustym) św. Mikołaja to za mało dla masowego turysty, jeśli będąc w Alanyi, Side czy Belek, trzeba poświęcić praktycznie cały dzień.

Co się odwlecze, to nie uciecze. Lipiec 2023 r. Powrót do Turcji po kilkunastoletniej przerwie to spotkanie z niemal całkiem innym krajem. Turcja sprzed 20 lat była biedniejsza, ale też... bardziej nowoczesna. Kiedyś kobiet w hidżabach nie było. Dziś nad hotelowym basenem nie dziwi nie tylko hidżab, ale i burkini. Jedno zmieniło się na plus – jak grzyby po deszczu wyrosły lokalne biura podróży oferujące kameralne wyjazdy, również w języku polskim. Myra znalazła się w zasięgu kliknięcia.

Większość rodziców prędzej czy później staje przed dylematem: kiedy i jak powiedzieć dziecku prawdę o św. Mikołaju. I jak to zrobić, by nie poczuło się oszukane. Nie mówić – też źle. I tak się dowie od rówieśników. Czasami pomoc przychodzi z najmniej oczekiwanej strony. – Powiedz mi prawdę – usłyszałam 10 lat temu. – Czy ty wierzysz w Świętego Mikołaja?

Mogłam opowiedzieć historię o dobrym człowieku sprzed wielu wieków, który pomagał potrzebującym i dzielił między nich majątek. Ma ona wymiar uniwersalny i trafia prosto w serca bez względu na wiek, narodowość, a nawet religię, bo tę samą historię usłyszeliśmy w busie zmierzającym do Myry.

Gökhan Bircan, właściciel biura organizującego wycieczki fakultatywne, Turek świetnie władający naszym językiem

(ożenił się z Polką i pracuje z Polakami i dla Polaków) był naszym cicerone do miejsca związanego ze św. Mikołajem.

Przyszły święty, według przekazów Kościoła katolickiego i prawosławnego, ale też mieszkańców regionu, urodził się około 270 r., a zmarł 6 grudnia między 345 a 352 r. Szczegółowy życiorys Mikołaja-biskupa ginie w mrokach (nie)pamięci i próżno szukać faktów, jednak legendy, które krążą o jego czynach i cudach, świadczą, że rzeczywiście żył. Kult św. Mikołaja – oficjalny, związany z postacią biskupa, nie zaś „nabożną” czczią dzieci, wypatrujących sań ciągnionych przez renifery – podupadł po Soborze Watykańskim II, gdy zarządzono przegląd „katalogu” świętych i usunięcie tych, których istnienia nie da się udowodnić. Św. Mikołaj przetrwał. Dlatego do pozostałości świątyni chrześcijańskiej z pierwszych wieków pielgrzymki ciągnęły zawsze.

Historia Myry sięga V w. p.n.e., ale tylko według potwierdzonych kronik. Według niektórych źródeł być może jest nawet 700 lat dłuższa, a św. Mikołaj to postać niemal współczesna.

Wędrując po Anatolii, spotykamy się o artefakty świata, który przeminał wraz z upadkiem Grecji i Rzymu. To swoista lekcja pokory równości w przemijaniu – podbitych i podbijających. Już w Demre odnajdujemy ślad św. Mikołaja. Ten dobry człowiek był biskupem Myry. I to na jego polecenie dokonano dzieła niszczenia świątyń rzymskich bóstw, w tym Artemidy, jednej z najwspanialszych świątyń tej części imperium.

Kościół w Myrze to muzeum, ale zdarza się, że są w nim odprawiane nabożeństwa. Przewodnicy zatrzymują się przy sarkofagu, gdzie miały spoczywać szczątki biskupa, nim nie

zostały skradzione i wywiezione do włoskiego Bari. Św. Mikołaja z Myry niekiedy nazywa się Świętym Mikołajem z Bari, choć za swego życia nigdy nie odwiedził półwyspu Apenińskiego. W ostatnim czasie pojawiły się jednak spekulacje, że być może szczątki św. Mikołaja nigdy Myry nie opuściły. Ze Włosi porwali kogoś zupełnie innego. I wcale nie dlatego, że biskup z Myry jest wytworem nie tyle wyobraźni, co pragnień jemu współczesnych i ich potomków. Archeolodzy dają nadzieję, że szukając głębiej, odkryją właściwy ślad.

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

WYPOCZYNEK, KUCHNIA I ATRAKCJE

Turcja od kilku lat jest kierunkiem całorocznym. Choć właściwy sezon trwa od maja do października, również zimą duża część hoteli na Riwierze Tureckiej oferuje gościom możliwość wypoczynku w świetnych warunkach, znakomitą kuchnię i wybrane atrakcje. Aquaparki i baseny zewnętrzne na ogół są zamknięte, natomiast nie należą do rzadkości dni z temperaturą 20-23 st. C., słońcem i możliwością plażowania. To jednak przede wszystkim dobry czas na zwiedzanie kraju, który ma do zaoferowania dużo więcej niż kolorowe drinki nad basenem i korzystanie z opcji ultra all inclusive.



◀ Ruiny starożytnej Myry z licyjskimi grobowcami wykutymi pionowo w skale

fot.: Shutterstock.com



▲ Św. Mikołaj słynie nie tylko z pomagania biednym. Przypisuje się mu również zniszczenie świątyni Artemidy

fot.: Shutterstock.com

◀ Resztki fresków zachowanych w kościele św. Mikołaja

fot.: Shutterstock.com



◀ Jedną z atrakcji Myry jest amfiteatr z 38 rzędami siedzeń, na których w czasach antycznych zasiadało aż 8 tys. osób

foto: Shutterstock.com

▶ Kościół św. Mikołaja to muzeum, ale zdarza się, że są w nim odprawiane nabożeństwa



foto: Shutterstock.com

EPIKRYZA (133)

Lekkoduch

Jerzy Szaniawski. Na początek konkurs: kto zna więcej niż jeden jego utwór? Wszyscy krzykną bez namysłu: „Dwa teatry”.

O czytani przypomną „Żeglarza”. Pamiętliwi wyciągną „Zegarek” z genialną rolą Tadeusza Łomnickiego w telewizyjnej miniaturze. Erudyci zasiądą do stolika z „Profesorem Tutką”, by posłuchać starych i nowych opowiadań. „Papierowy kochanek” przyjdzie do głowy nielicznym.

Sto lat temu odbyła się w warszawskim Teatrze Reduta premiera „Lekkoducha”. Przez wiek niemal cały od wileńskiej realizacji w 1926 r. żaden twórca nie wrócił do scenicznej historyjki z aeroplanem towarzyszącego z samorządem lekarskim Krzysztofa Małachowskiego są doskonale plastycznie i grają niemal dodatkową rolę w spektaklu. Odważny reżyser poradził sobie ze słownymi archaizmami i groteską obnażającą ludzkie charaktery. A zatem: najnowszy spektakl Jana Tomaszewicza, dyrektora Teatru im. Juliusza Osterwy w Gorzowie Wielkopolskim, zrealizowany na scenie dramatycznej im. Jerzego Szaniawskiego w Płocku, jest wart wszechstronnej promocji i zaproszenia do miasta największej środkowoeuropejskiej rafinerii, z bogactwem secesji i magicznym wzgórzem katedralnym nad Wisłą. I co ciekawe, siedziby najmniejszej po Gorzowie okręgowej izby lekarskiej w Polsce.

„Co byście powiedzieli na to, gdybyśmy nie oddali naszych drzew?” – wzywa ni stąd, ni zowąd bohater, który spadł na miastopajństwo z nieba, jak ulotka suplementu diety. Nieostyry jakiś, chociaż wyróżnia go czerwien kostiumu na tle szaro-czarnych garniturów i sukien. Figura raczej domyślna niż znana, mimo że tutaj urodzona i wychowywana, ale od dawna nieobecna. Zbawca zachęcający do odkrycia w sobie nowej sprawczości. Aktywność w tym kontekście oznacza walkę o zmianę świata. Aktywność to bunt z mglistymi ideami na sztandarach. – Na naszych oczach Lekkoduch przejmuję

JAROSŁAW WANECKI
PEDIATRA, FELIETONISTA



stery rewolucji – pisze w programie teatralnym Jagoda Jakubowska-Opałińska. I tu konieczny jest przypis. Rewolucja – buffo, ster – rekwizyt. Summa summarum – trop groteski, ścieżka scenicznego żartu (...) w Szaniawskim cudzysłowie. Ale po co ten

Szaniawski pokazuje dwa teatry z życia
wzięte. Nie trzeba aeroplanu, aby w Płocku
zobaczyć je osobiście

cudzysłów? Czemu służy komedio-wa perypetia w obronie przeszłości z parkiem, w którym cień, kryjówka, miejsce tradycyjnych spacerów i normalność?

Wyciągnięty z kapelusza Hrabia de Vevey zakłada tekturową koronę. Król czy błazen? Czy utrzyma ster – rekwizyt, czy, jak powiedzielibyśmy dzisiaj, narzędzie do realizacji niejasno opisanych celów. Jaka jest jego funkcja? Z kim i o kogo gra? A przecież sojusz z Lekkoduchem, którego hasła są pozorne, jest taki prozaiczny! Winda w górę. Trampolina do spełnienia marzeń i ambicji. Powrót do grona zaufanych, totumfackich i lubianych.

„Dziecinna zabawa, ha, ha! To znaczy taka mała, niewinna. Ale początek wszystkiego jest mały. Mały jest krąg rzuconego do wody kamyka. A potem – coraz, coraz większe kręgi. Mały jest

lebek zapalki, a może spalić całą wieś. Wszystko z początku jest małe. I słoń z początku jest mały. (...) Mała była pamiętna kulka anarchisty, od której poleciało trochę krwi arcybłękitnej...”

Ile razy uwierzyliśmy w zmianę na lepsze, która spada z nieba? Wszyscy nas słuchają, ale nikt nie słyszy. Każdy angażuje, lecz bez własnego zaangażowania. Reklama Wszechświatowa: „Czy to prawda, czy to błąd? Czy to dobro, czy to zło? Nikt nie widział – Każdy gada: Aeroplan! Aero...!”

Wychodząc z teatru, zabrałem do biblioteki w dziale promocji. Zebrało się kilka osób wymieniających się pierwszymi wrażeniami po spektaklu. Poprosiłem o wypożyczenie egzemplarza. Przekartkowałem. Na scenie pęd, błysk, kakofonia dźwięków, symbol, ironia, gra słów. A w rękę ramota. Reżyser zaimponował mi swoją wizją.

„Kolega jest zimny i inteligentny. Kolega mnie ostudza. Kolega z tych, co lubią pokazywać drugą stronę medalu” – czytamy przytyk Lekkoducha w dialogu z technikiem odpowiedzialnym za oprawę przemówienia do tłumy, które słyhać w drugim akcie komedii. Uśmiecham się i odwracam stronę, szukając odpowiedzi piarowca z 1923 r.: „Nie. Ulica będzie widziała stronę właściwą. To, co nie powinno być widoczne, będzie ukryte”.

Szaniawski pokazuje dwa teatry z życia wzięte. Nie trzeba aeroplanu, aby w Płocku zobaczyć je osobiście. ●

PO GODZINACH – BŁĄD MALARSKI

Nie wypada

O Mona Lizie pisać po prostu nie wypada. Zinterpretowano ją już na każdy możliwy sposób: jedni widzą w niej autoportret Leonarda da Vinci, inni kumulację jego skomplikowanych emocji w stosunku do matki malarza. Kolejne teorie sugerują zaś, że to ujście homoseksualnych fantazji. A jeśli spojrzeć na tę kobietę jak na podmiot medyczny?



Obraz: Leonardo da Vinci, „Mona Liza”, 1503-1506, Luwr, Paryż.

Ikona historii sztuki doczekała się potężnej ilości diagnoz lekarskich. Lekarze rozparcelowali Mona Lizę na kawałki, w niemal każdej części jej ciała dopatrując się oznak potencjalnych chorób.

W intrygującym uśmiechu dostrzeżono objawy porażenia Bella, które odpowiedzialne miałyby być za uniesienie ust kobiety z jednej strony. Inna, mniej wyrafinowana teoria proponuje uznanie, że Mona Lizie po prostu brakuje przednich zębów, który to fakt skrywa pod osłoną niezręcznego wygięcia ust.

Słynnemu spojrzeniu, które zdaje się wodzić za widzami, przypisano cechy rzadkiego przypadku zapalenia tęczówki Fuchsa. Zażółcenie skóry zinterpretowano jako objaw kłopotów z wątrobą i tarczycą. Niedoczynność tej ostatniej wpływać ponoć miała również na przerzedzenie się włosów kobiety

AGATA MORKA
DOKTOR HISTORII SZTUKI



oraz domniemane tarczycowe wole. Założone na siebie ręce także wydały się adeptom medycyny podejrzane. Spekulowano, że mogły być oznaką postępującego Parkinsona.

Cóż zrobić z tą kompleksową diagnostyką, jakiej doczekała się Gioconda? Z napastliwym odkrywaniem jej tajemnic? Co zrobić z jej sławą, miliardowym ubezpieczeniem i pancerną szybą, za którą żyje w Luwrze?

Patrząc na nią przez kilka dozwolonych sekund wśród oszalałych tłumów wymachujących aparatami myślę, że globalna atencja to być może najpoważniejsza choroba, która ją dotknęła. I im więcej czytam o potencjalnych interpretacjach, tym bardziej wydaje mi się, że już więcej mówić o niej nie wypada. I marzy mi się chwila, poza tym całym hałasem, oko w oko z Mona Lizą. Z tajemnicą. ●

Rozwiązanie zagadki z „GL” 11/2023

Szczegóły różniące obrazy:

1. **Dodanie łaty na prawej pięcie mężczyzny trzymającego psa.** W oryginale mężczyzna ma na pięcie dziurę, co tak ze skrupulatnością, jak i z poczuciem humoru odnotowuje malarz.
2. **Usunięcie miski z okna po lewej stronie obrazu.** Miska z wodą wskazywać może na zachowanie pewnej, choć raczej minimalnej, higieny.
3. **Dodanie lustra na ścianie.** Horemans przedstawia wnętrza z dbałością o szczegóły. Obecność lustra zatem nie byłaby w tym wnętrzu nieuzasadniona.
4. **Zmiana koloru włosów chirurga na ciemne.** Być może siwizna ma sugerować mądrość nabytą wraz z wiekiem i doświadczeniem, a może jest to po prostu peruka w tym kolorze.



Jan Josef Horemans, „Wnętrze z chirurgiem i praktykantem zajmującym się pacjentem”, 1772, Wellcome Collection

WSKAŹ ORYGINAŁ I ZNAJDŹ CZTERY SZCZEGÓŁY RÓŻNIĄCE OBRAZY.

Odpowiedź prześlij na bladmalarski@gazetalekarska.pl do 31 grudnia 2023 r.

W temacie maila należy wpisać GL12/01 oraz podać dane do kontaktu (imię i nazwisko, adres, telefon). Jedna osoba może przesłać jedną odpowiedź.

NAGRODZENI „GL” 11/2023

Voucher do Hotelu Prezydent **** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje Anna Agaś-Lange ze Zduńskiej Woli. Gratulujemy!

Nagrody dodatkowe: Piotr Bąk (Brzezia Łąka), Ania Ludwiniak-Kulińska (Warszawa), Janusz Wyroślak (Biała)

Dla jednej z osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi

HOTEL PREZYDENT
MEDICAL SPA & WELLNESS
HOTEL PRZYJAZNY DOROSŁYM

 WYDAWNICTWO
UNIwersYTETU
JAGIELLOŃSKIEGO
www.wuj.pl

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

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

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



KLAUZULA INFORMACYJNA

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

PO GODZINACH – POEZJA

MONIKA SZYMCZAKOWSKA



fot.: materiały prasowe

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

Zawodowo przez wiele lat była związana z Instytutem Psychiatrii i Neurologii, gdzie ukończyła specjalizację z psychiatrii. Między 2019 a 2021 r. pełniła tam też obowiązki kierownika Oddziału Leczenia Zespołów Abstynencyjnych. Od 2021 r. pozostaje w pracy ambulatoryjnej.

Prywatnie jest żoną (mąż Sebastian), mamą trojga dzieci (Zosi, Janka oraz Wojtka) oraz posiadaczką dwóch psów (Florentyny i Józefiny). W wolnym czasie miłośniczka czytania książek, fotografowania (laureatka I miejsca oraz wyróżnienia w II Konkursie Fotograficznym OIL w Warszawie); swoje pierwsze kroki stawia też w malarstwie.

Przygoda z pisaniem trwa już od czasów liceum, ale wówczas nie odważyła się wyjść poza obręb szuflady. Od kilku lat wróciła do pisania wierszy oraz opowiadań jako koła ratunkowe w codzienności. Od 2022 r. jest członkiem UPPL. Laureatka III miejsca ex aequo w XII Ogólnopolskim Konkursie Poetycko-Prozatorskim „Puls słowa” w kategorii poezja. ●



Ogólnopolski Konkurs Literacki
im. Prof. Andrzeja Szczeklika



Sprzątnęłam Twoje mieszkanie

Kurz pokrył zdjęcia na ścianach
Uchłył kwiaty w wazonie

Umyłam porzucone naczynia
Z największą dbałością
O wyszczerbiony ulubiony kubek

Upiekłam ciasto ze śliwkami

Miałś wrócić jak zawsze
Jak zawsze być

I choć placek stygnie na stole
A na zdjęciu śmieje się prababcia

Kolejne kartki z kalendarza
Zrywam tylko do przodu

Baba piaskowa

Rozsypałam się piaskiem po plaży
W tysiącu ziarenek kwarcu

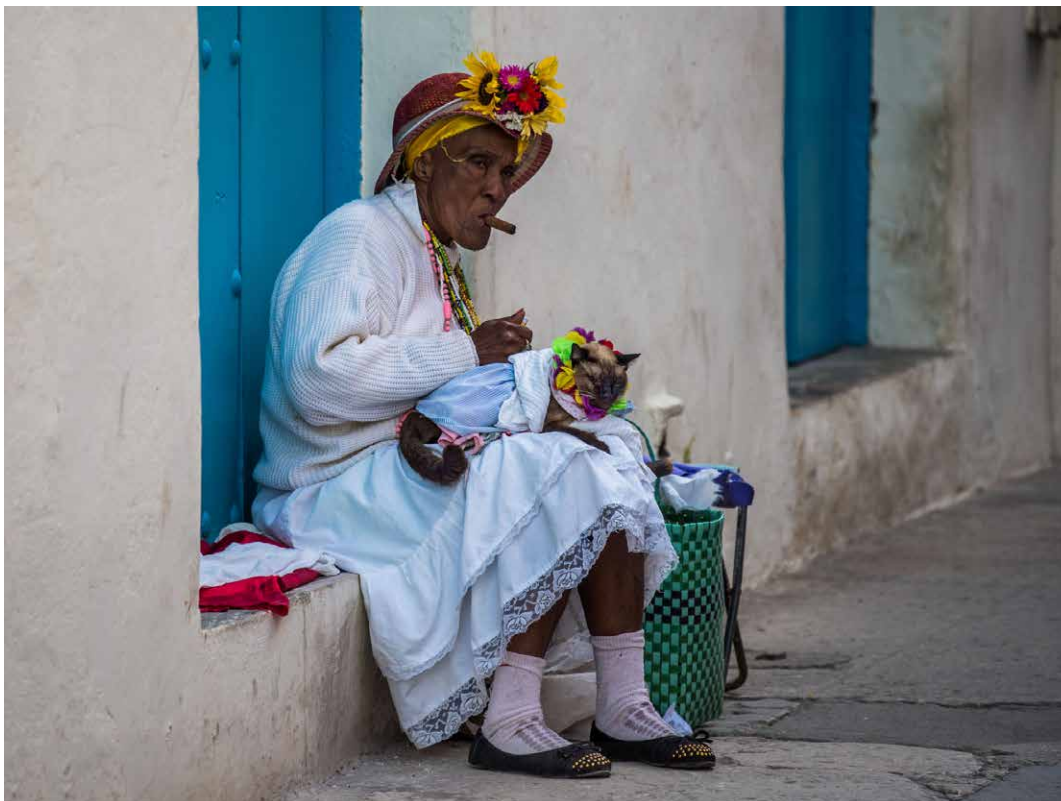
Fale Bałtyku po trochu mnie zmiotą
Zabiorą w głębiny
Zapomną

Kogoś w bucie uwierać będę
Sypnę sobą z plażowej torby
W zachodach słońca zostanę

Powoli
Codziennie
Ubędzie mnie

Spokojnie
Zwyczajnie

PO GODZINACH – PHOTOARTMEDICA



www.photoartmedica.pl

◀Hawana
Prof. dr Andrzej Kajeta-
nowicz – neonatolog –
Sydney, NS, Kanada
Uczestnik Salonu Photo-
ArtMedica 2022

PO GODZINACH – CZYTELNI

Depopulacja

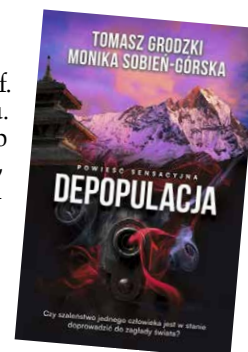
MAŁGORZATA SOLECKA

Powieść sensacyjna z zagadką medyczną, osadzona w realiach nawiązujących do trwającej ciągle pandemii COVID-19. Nadaje się do czytania, co nie jest przecież na obecnym rynku, na którym część pozycji nadaje się do wszystkiego poza tą podstawową funkcją książki, objęte gwarancją wydawców. To niewątpliwy plus. Czy warto ją przeczytać? Tu odpowiedź się komplikuje, więc może zamiast niej postawmy dwa pytania.

Czy politykowi wypada pisać powieści sensacyjne? Nie bądzmy zachowawczy, powie ktoś. Bill Clinton jest współautorem dwóch głośnych (i dość dobrze ocenianych) thrillerów („Gdzie jest prezydent?” oraz „Córka prezydenta”), które napisał razem z Jamesem Pattersonem, autorem ponad 160 innych książek, głównie (choć nie tylko) sensacyjnych. Różnic między byłym prezydentem USA a prof. Tomaszem Grodzkim można byłoby wskazać bardzo wiele, ale jedna wydaje się szczególnie istotna – Clinton, dając nazwisko na okładkę i angażując się w przedsięwzięcie komercyjne i rozrywkowe, był już od lat na politycznej emeryturze. Z urzędu odszedł przecież w 2001 r., a pierwsza powieść („Gdzie jest prezydent?”) ukazała się w 2018 r.

W momencie premiery książki prof. Grodzki był ciągle marszałkiem Senatu. Czy polityk, jedna z najważniejszych osób w państwie i przede wszystkim lekarz, powinien dla rozrywki grać na zbitkach skojarzeniowych wirus – depopulacja, które od miesięcy, a nawet już lat, funkcjonują może nie w głównym nurcie debaty, ale na jego obrzeżach? Można mieć poważne wątpliwości. „Marszałek Grodzki napisał książkę o pandemii” – to jeden z tytułów medialnych informacji o sensacyjnym w podwójnym znaczeniu debiucie. Fakt, że nie jest to książka o pandemii takiej, o jakiej zapewne pomyśli odbiorca, nie ma żadnego znaczenia.

Autorzy w jednym z wywiadów zdradzili, że rozważali wydanie powieści pod pseudonimem. Patrząc na okładkę, można się zastanawiać, czy to nie byłaby rozsądna decyzja. Bogata bibliografia umieszczona na końcu każdego rozdziału zwiększa czytelność książki oraz ułatwia dostęp do odpowiedniej pozycji piśmienniczej.



PO GODZINACH – CZYTELNIĄ

**Gdybym tylko...****Robert L. Leahy**

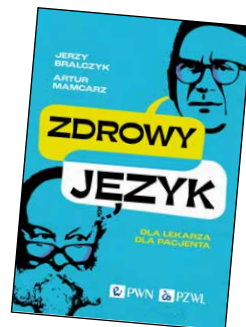
Każdy choć raz zastanawiał się, jak by wyglądało jego życie, gdyby w ważnym momencie podjął inną decyzję albo ile szans zmarnował postępując tak, a nie inaczej. Żal towarzyszy każdemu z nas. Dotyczy zwykle decyzji, które oceniamy negatywnie i których nie możemy już zmienić. Okazuje się, że żal można wykorzystać, by poprawić jakość życia. W jaki sposób podpowiada autor poradnika, jeden z najbardziej cenionych terapeutów poznawczo-behawioralnych. Dowiadujemy się nie tylko, czym jest żal, ale też jaki ma związek z ocenianiem ryzyka i naszym stylem podejmowania decyzji. Przeczytamy o emocjach, jakie towarzyszą nadmiernemu rozpamiętywaniu i jego wpływie na poczucie własnej wartości, na lęki społeczne, depresję czy prokrastynację. Zamiast zatem roztrząsać, co by było, gdyby..., trzeba zacząć cieszyć się życiem. W końcu czasu nie cofniemy. Możemy za to przeczytać poradnik, jak uwolnić się od żalu, rozpamiętywania i poczucia winy.

**Grabarki. Długi cień wojny w Bośni****Taina Tervonen**

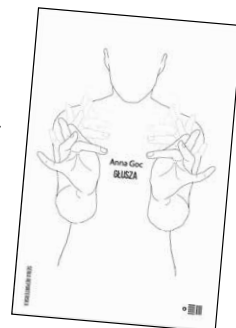
Zdeterminowani poszukiwacze prawdy o losach zaginionych szukają w Bośni masowych grobów, a w nich czyichś ojców, synów, dziadków, kuzynów. Kości, które po nich pozostały. Jest coraz trudniej, bo choć konflikt zbrojny na Bałkanach zakończył się lata temu, to wojna niepamięci trwa w najlepsze. Zbrodnie wojenne? Czytłki etniczne? Nie pamiętam. Mnie tu wtedy nie było. Nic nie widziałem. A przecież część ludzi nadal czeka na wieści o bliskich. Ciągłe dla wielu największym szczęściem jest móc pochować zmarłych. Dlatego Senem i jej ekipa uparcie kopią i kompletują ludzkie szkielety, a Darija jeździ po kraju, zbierając ludzkie wspomnienia i cenne krople krwi potrzebne do identyfikacji kości na podstawie badań DNA. Wtedy pojawia się nadzieja.

Zdrowy język**Jerzy Bralczyk,
Artur Mamcarz**

Pacjentami bywają nie tylko zwykli Kowalscy, ale nawet lekarze. Nie każdy jednak potrafi opowiedzieć o swoim problemie ze zdrowiem tak, by lekarz dobrze go zrozumiał i dzięki temu postawił właściwą diagnozę, a potem wybrał odpowiednią terapię. Czy każdy lekarz potrafi dowiedzieć się od swojego pacjenta tego, co ważne dla jego zdrowia? Kluczowy jest język, którego używamy. Słowo ma wielką siłę, a działanie terapeutyczne może mieć już sama rozmowa. O języku medycyny, którym posługują się lekarze i pacjenci, rozmawiają językoznawca – prof. Jerzy Bralczyk oraz kardiolog – prof. Artur Mamcarz. Zastanawiają się wspólnie, jaki powinien być język środowiska medycznego, aby porozumienie z pacjentem było rzeczywiste, a nie pozorne, i aby jego efektem było bezpieczne i skuteczne leczenie. To książka dla lekarzy i pacjentów. Prawdziwa uczta intelektualna.

**Głusza****Anna Goc**

Cały świat wypełniają dźwięki, których głusi nie słyszą. Oddechu swojego nowo narodzonego dziecka, niedzielnych rozmów przy obiedzie, gwaru miasta i płynącej z radia muzyki. Żyją w świecie ciszy, choć sami tak o sobie nie myślą. Nie wszyscy potrafią czytać z ruchu warg albo pisać lub czytać po polsku. Nie każdemu pomoże implant słuchowy. Jak im się żyje w Polsce? Autorka opowiada o czasach, kiedy obowiązywał zakaz migania, a do niedawna osobie niesłyszącej trudno było wezwać pogotowie. Píše też o tym, że w dalszym ciągu jest problem z dostępem do edukacji w języku migowym, o różnicach między SJM i PJM, o braku tłumaczy migowych w szpitalach i urzędach. To opowieść wnikliwa, bezpośrednia, do bólu poruszająca. Tłumaczająca rzeczywistość, którą trudno sobie wyobrazić.



Zjazdy koleżeńskie

**ABSOLWENCI WYDZIAŁU LEKARSKIEGO
AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU
ROCZNIK 1977**

Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie Absolwentów Wydziału Lekarskiego

Akademii Medycznej we Wrocławiu Rocznik 1977, które odbędzie się w dniach 24-26 maja 2024 r. w Hotelu LAS Piechowice. Program Zjazdu wraz z wysokością opłat dostępny na stronie www.dilnet.wroc.pl w zakładce

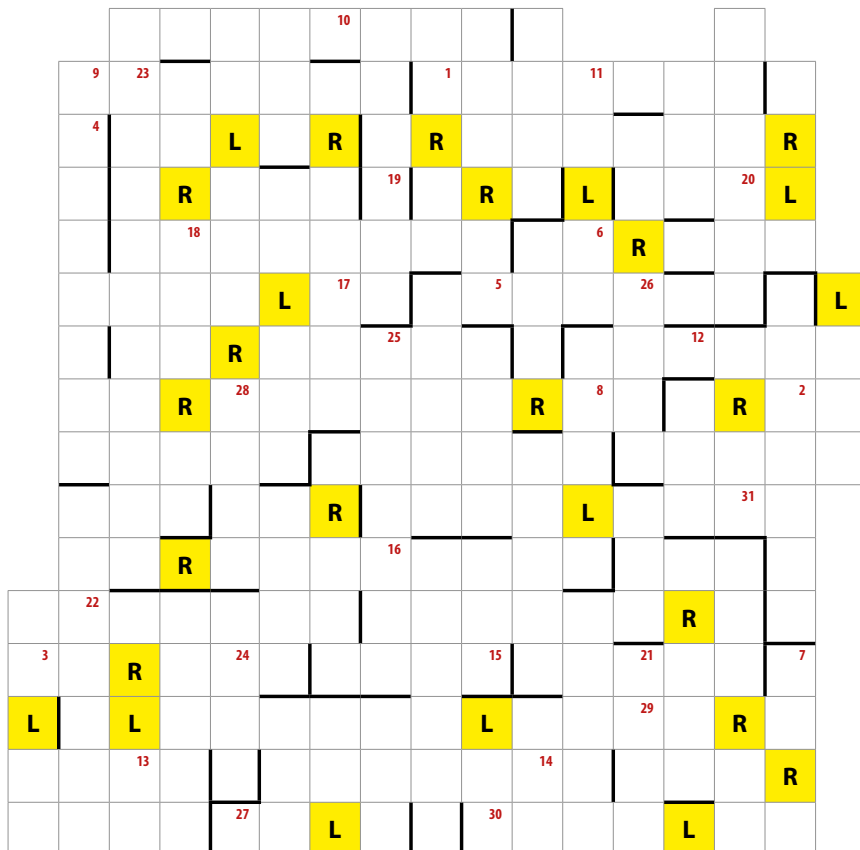
społeczność. Blższych informacji udziela: Patrycja Malec, tel. 501-217-204, e-mail patka.malec@wp.pl Komitet Organizacyjny Andrzej Bugajski, Jolanta Kasperkiewicz-Skałeczka, Małgorzata Rudnicka, Danuta Sidor •

Ogłoszenia

JOLKA LEKARSKA 290



Wydawnictwo Lekarskie PZWL
to specjaliści, wiedza i zaangażowanie.
Z kodem PZWL22 wszystkie książki drukowane
zamówione na www.pzwl.pl taniej!



Objaśnienia 82 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: L i R. Na ponumerowanych polach ukryto 31 liter hasła autorstwa Goethego.

Hasło należy przysłać na kartce pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres: jolka@gazetalekarska.pl do 31 grudnia 2023 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań wyłonimy laureatów, którzy otrzymają nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).

* meniscus * wędzone kielbaski * land z Drezem * Zdrój z Kiepurą * okres przed Wigilią * poprzedniczka skarpety * białucha * oddziały piechoty morskiej * roztwór cukru, soli, octu i przypraw * między plutonem a cukrem * wieszka lub ścina * wpada w Lyonie do Rodanu * współpracuje z wrogami * herbaciana kofeina * koncert Obajtki * trzymane w tajemnicy * rudy, pustynny lub polarny * Roman, wódz Narodowej Demokracji * organ Berii * śpiączka (łac.) * stolica Szkocji * Abu, następca Mahometa * oculus * sało * Irlandzka Armia Republikańska * wyrób włókienniczy * niebezpieczna blonkówka * przyprawa do galarety * drugi szczyt Gór Sokolich * caudal * imię Turner * jedna z dwóch części wagi * zięba z białym kuprem * miejsce urodzenia Prądyńskiego * resztki świec * plexus * Bernardo, malarz Warszawy * przewożą zwłoki * odbytnicy (łac.) * muzułmanin poddany rekonwalecencji * marynarz, żeglarz * konsultacja medyczna * listwa przypodłogowa * but dziecięcy * patron rannych i matek karmiących * płynie w Goleniowie * łańcuch górski na granicy Indii, Chin i Pakistanu * gorąco (łac.) * Tse Tung * zawijane staropolskie * sacculus * partner Barbie * okręt żaglowy (XV-XVI wiek) * puchacz zwyczajny * dymi nad Katanią * założyciel dynastii Idrysydów * ryba

grenadier * kastylijski rycerz, zdobywca Walencji * step Neila Armstronga * nudność * cygański taniec z kastanietami * wygnaniec * palma doniczkowa * druga wyspa Grecji * aktor mięśni twarzy * EMG, EEG lub akustyczna * centum (łac.) * nasz eksportowy karabinek * mukopolisacharydy * żywica suwaka wernikowego * Perc za Zawratem * mierzy ruchy mimowolne * wyspa ze skansenem Jomsborg * namiot dla artystów * struś australijski * pierwszy bratobójca * pocztowy w klaszerze * odszczurzenie * imię piosenkarza Adamsa * nawal, stłoczenie * niemowlę do spania * odprowadzanie krwi lub wydzieliny przez pas gazy
Jerzy Badowski

Rozwiązanie jolki lekarskiej nr 288 („GL” 10/2023)
Jaki kto do jedzenia, taki do roboty

Nagrody otrzymują:

Lech Zak (Warka), Agnieszka Krasiekianis (Łódź), Teresa Butkiewicz (Mierzyn), Piotr Bawolek (Warszawa), Eugenia Kwiatkowska (Nakielka)
Fundatorem nagród jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL, www.pzwl.pl. Nagrody prześlemy pocztą.

Klauzula informacyjna na str.73/ Regulamin konkursu dostępny na www.gazetalekarska.pl

WYDAWCA



Naczelna
Rada
Lekarska

Gazeta Lekarska dla członków
izb lekarskich bezpłata

Nakład: 41 300 egz.

Kolegium redakcyjne

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

Redakcja

ul. Jana III Sobieskiego 110,
00-764 Warszawa
tel.: (22) 558 80 40
Dyżur telefoniczny w każdy wtorek
w godz. 10.00 - 14.00.
Poza tym terminem prosimy
kontaktować się mailowo:
redakcja@gazetalekarska.pl

Karolina Kowalska

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

Anna Wojda

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

Lidia Sulikowska

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

Mariusz Tomczak

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

Reklama i marketing

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

Ogłoszenia

Olga Ostaszewska
ogloszenia@gazetalekarska.pl

Stale z nami współpracują

Adam Czerwinski, Lucyna Krysiak,
Zbigniew Kuzyszyński, Jacek Miarka,
Agata Morka, Małgorzata Solecka,
Jarosław Wanecki, Grzegorz Wrona,
Sławomir Zagórski

Projekt okładki

Michał Trusz

Projekt

Michał Trusz

Skład

Montownia/Teresa Urawska

Druk

Eurodruk-Poznań Sp. z o.o.

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

Materiałów niezamówionych redakcja nie zwraca
i zastrzega sobie prawo do skrótów, adustacji, zmia-
ny 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 prze-
znaczona jest tylko dla osób uprawnionych do
wystawiania recept oraz osób prowadzących
obrot produktów leczniczych w rozumieniu
przepisów ustawy z 6 września 2011 r. – Pra-
wo farmaceutyczne (Dz.U. nr 126, poz. 1381,
z późn. zmianami i rozporządzeniami).

