

WAŻNY TEMAT: PRIORYTETY POLSKIEJ PREZYDENCJI W UE

12 | 2024 – 1 | 2025

ISSN 0867-2164

GAZETA **LEKARSKA**

**PISMO IZB
LEKARSKICH**

PODATKI

**IKZE – LEGALNY SPOSÓB
NA ZAPŁACENIE
MNIJ FISKUSOWI**

PRAWO

**ORZECZNICTWO SĄDU
NAJWYŻSZEGO: BEZPIECZNA
KOTWICA CZY KAMIEŃ U SZYI**

PRAKTYKA

**TRUDNO GOJĄCE SIĘ
RANY – BRAKUJE KADRY
I WYSPECJALIZOWANYCH
PLACÓWEK**

CZAS PRZEŁOMU

CO NAS CZEKA W 2025 ROKU

- CZY ZDERZYMY SIĘ Z KRYZYSEM FINANSOWYM?
- CO Z DOSTĘPNOŚCIĄ ŚWIADCZEŃ?
- CZYM SIĘ SKOŃCZY SPÓR O WYNAGRODZENIA?

**PODSUMOWUJEMY DZIAŁANIA SAMORZĄDU
DLA LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW**

**W TYM WYDANIU NOWY
KODEKS ETYKI
LEKARSKIEJ**

**KODEKS
ETYKI
LEKARSKIEJ**



NIL

Zawał systemu

ŁUKASZ JANKOWSKI
PREZES NACZELNEJ RADY
LEKARSKIEJ



Za każdym razem, kiedy pojawiają się problemy z dopięciem finansowania ochrony zdrowia, wraca temat zarobków lekarzy. Służy jako zasłona dymna mająca przykryć konsekwencje wielu lat zaniedbań i lekkomyślności kolejnych decydentów tworzących system opieki zdrowotnej w Polsce. Opinia publiczna jest epatowana – to prawda – bardzo wysokimi kwotami, jakie mają zarabiać lekarze. Ale to przypadki jednostkowe, znakomita większość naszych kolegów i koleżanek nie otrzymuje takich wynagrodzeń, ani pracując na etacie, ani na kontrakcie.

To bardzo zły kierunek debaty, a jedynie, co mogą osiągnąć w ten sposób politycy, to zaognienie sporu. Próbuje się skłócić wewnętrznie środowisko, zniechęcić pacjentów, a przede wszystkim obciążyć lekarzy odpowiedzialnością za astronomiczny deficyt nakładów na opiekę zdrowotną w Polsce. Ale tym razem ten zabieg się nie udał – samorząd szybko i skutecznie rozwiął zasłonę dymną, odsłaniając realne zarobki lekarzy i stając do otwartej dyskusji.

Dane pozyskane z AOTMiT, którymi posługiwaliśmy się w debacie publicznej do rozbrojenia tej dezinformacyjnej bomby, nie pozostawiają wątpliwości co do prawdziwych wynagrodzeń lekarzy. Potwierdzają je również informacje przedstawione w raporcie OECD dotyczącym kondycji systemu ochrony zdrowia w krajach Unii Europejskiej. W ostatnich kilku latach zarobki lekarzy

rzeczywiście się poprawiły – ale to oznacza tylko, że osiągnęły poziom, który pozwala mieć nadzieję, iż młodzi nie będą uciekać za granicę w poszukiwaniu godziwego wynagrodzenia, lecz pozostaną w Polsce i tu będą swoją wiedzą służyć pacjentom. Poziom wynagrodzeń nadal jednak odbiega od oczekiwań samorządu. Chcę jasno powiedzieć, że z tych postulatów nie zrezygnujemy, będziemy także stanowczo przeciwdziałać próbom ograniczania lub mrożenia stawek.

Tym, co w tej ostrej dyskusji często umyka, jest refleksja nad przyczyną dysproporcji. Nieraz podnosiliśmy, że to wina wypaczonego systemu i wadliwego sposobu wyceny. Dyrektorzy szpitali chcą mieć placówki dobrze funkcjonujące finansowo, a zatem forsują oddziały, na których są przeprowadzane dobrze wyceniane procedury. Trudno im się dziwić, bo tylko to pozwala utrzymać oddziały niedofinansowane, czyli na przykład internę, chirurgię czy pediatrię. Nieraz spotykałem dyrektorów mówiących wprost: są lekarze specjaliści, którzy wykonują procedury przynoszące szpitalom duże pieniądze i im się płaci dużo, nawet bardzo dużo, bo są na procencie od wyceny danej procedury. I dyrektorzy są tym zachwyceni, bo to oznacza, że ich placówka dobrze

funkcjonuje w sensie ekonomicznym, a jednocześnie może leczyć pacjentów na tych innych, niedofinansowanych oddziałach.

Ta sytuacja jest możliwa również przez to, że wiele lat temu uznano za znakomity pomysł wypchnięcie lekarzy na kontrakty. Mamy zatem wolny rynek i dziś menedżerowie placówek nie zapraszają do siebie lekarzy, ale przedsiębiorców funkcjonujących jako jednoosobowe działalności gospodarcze. A kiedy szpitale o takich specjalistów konkurują, stawki idą w górę. Z przeprowadzonej przez nas ankiety wynika jednak, że są lekarze, którzy chcieliby przejść z kontraktów na etat, o ile dyrektorzy zaoferowaliby im trzy średnie krajowe. Nie wykluczamy także postulowanego przez NFZ systemu raportowania wysokich kontraktów, co pozwoli nam na dostęp do rzetelnych danych o zarobkach na bieżąco.

Ale takie zabiegi to jak leczenie kataru u pacjenta z zawałem. Potrzebujemy nowej, lepszej wyceny procedur. Potrzebujemy wyceny pracy lekarzy uwzględniającej wykształcenie, doświadczenie i ryzyko zabiegów. To źle, że zamiast dyskusji o fundamentalnych wyzwaniach systemowych funduje się nam polowanie na zarobki specjalistów.

- 3 **Zawał systemu**
Łukasz Jankowski
- 5 **Czas na szkolenie podyplomowe**
Klaudiusz Komor
- 6 **Newsy z kraju i ze świata**
- 8 **Szpagat we mgle**
Piotr Kościelniak

TEMAT NUMERU

- 8 **Co 2025 rok przyniesie lekarzom i pacjentom**
Przewidywania coraz trudniej snuć, bo od lat nie zmienia się nic albo bardzo niewiele.
- 14 **Jak zapamiętamy rok 2024 w ochronie zdrowia**
- 16 **Musimy nadrobić wieloletnie zaniebdania w stomatologii**
- 18 **Przywracamy status zawodu**
Samorządowe podsumowanie 2024 roku, czyli o tym, co się udało.

AKTUALNOŚCI

- 22 **Czy prezydencja w UE wyjdzie nam na zdrowie?**
Polska stoi u progu objęcia prezydencji w Radzie Unii Europejskiej. Jak wykorzystamy ten czas?
- 26 **Raport OECD: medyczne kadry się starzeją**

WAŻNE SPRAWY

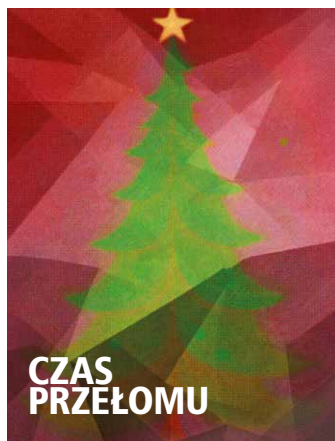
- 28 **SOR-y: resortowi zdrowia chodzi tylko o pieniądze**
Zaopatrzenie w nocnej i świątecznej pomocy jest usługą tańszą dla NFZ niż zaopatrzenie w szpitalnym oddziale ratunkowym – mówi prof. Dariusz Timler.

PRAWO I MEDYCYNĄ

- 31 **Bezpieczna kotwica czy kamień u szyi?**
- 32 **Prosty sposób, by zabezpieczyć majątek lekarzy**

PODATKI I FINANSY

- 34 **Miała być wyższa kwota wolna. Na razie nie ma**
- 34 **Remont lub wigilia zapewnią oszczędności**
- 34 **Niższa składka zdrowotna to niższy podatek**

TEMAT NUMERU
STRONY 8 -23

Chaos, i to na wielu polach, choćby legislacji – tak można podsumować 2024 rok. Są jednak i pozytywne aspekty, choćby przełom w kwestiach związanych z odpowiedzialnością karną lekarzy czy pierwsze decyzje w zakresie kształcenia podyplomowego.

- 35 **IKZE: ryczałt się opłaca**

PRAKTYKA LEKARSKA

- 36 **Jak utrzymać wysoki poziom wiedzy**
Paweł Barucha
- 36 **Technologie cyfrowe w gabinecie**
- 38 **Senior to szczególny pacjent**
- 41 **Jesteśmy podmiotem, a nie przedmiotem**
Mariusz Politowicz
- 42 **Rana w ciele groźna jak zawał serca**
- 45 **Śmierć obezwładnionego i możliwe przyczyny**
- 48 **Ile kosztuje kropelka benzyny**
Anna Gołębicka
- 49 **Wiecej nie znaczy lepiej**
- 52 **O dzisiejszej młodzieży**
Jakub Sieczko
- 54 **Dziecko w rezonansie**
- 56 **Arteterapia – światło w tunelu ciemności**

WYWIAD LEKAR(S)KI

- 58 **Razem mamy siłę**
O tym, jak powstała jedna z najbardziej niezwykłych grup w środowisku ochrony zdrowia – opowiada Dorota Bębenek.

NOWE TECHNOLOGIE

- 60 **Jak lekarz z pacjentem w XXI wieku**

SAMORZĄD ZAWODOWY

- 62 **Połowanie z nagonką**
Jakub Kosikowski
- 62 **O tym się mówi/Mówią o nas**
- 64 **Projekty, które zmieniają świat medycyny**
- 65 **Dane pokażą swoją siłę**
- 66 **Nagrody „Złota Przyszłość – Inspiracje” wręczone**
- 68 **COBIK NIL w liczbach, czyli co robiliśmy w 2024 roku**

PO GODZINACH

- 70 **Voyager**
Jarosław Wanecki
- 71 **Wiedź: na przedświąteczny spacer i nie tylko**
- 74 **Błąd malarski – Na dziko**
- 76 **Przychodzi wena do lekarza**
- 77 **Czytelnia**
- 79 **Sport**
- 79 **Ogłoszenia**
- 82 **Jolka lekarska**

JEDNYM GŁOSEM

Czas na szkolenie podyplomowe

Praktycznie od kiedy zacząłem działać w samorządzie lekarskim, jednym z najczęściej artykułowanych i powtarzanych postulatów było przejście przez izby szkolenia podyplomowego lekarzy.

Stanowiska i apele wzywające do tego i deklarujące gotowość, żeby zrobić to praktycznie od razu, pojawiały się wielokrotnie. W samorządzie trudno od lat było znaleźć kogoś, kto by o tym nie mówił. Przejście szkolenia podyplomowego miałoby obejmować nie tylko kształcenie ustawiczne, które zresztą już i tak prowadzi prawie w całości samorząd, ale przede wszystkim przejście szkolenia specjalizacyjnego.

Na pierwszy rzut oka może się to wydać zadaniem zbyt ambitnym i za trudnym dla izb lekarskich. Ale po głębszej analizie okazuje się, że w większości okręgowe izby lekarskie, a tym bardziej NIL, mają już odpowiednie struktury w postaci ośrodków kształcenia medycznego. Część z nich już przeprowadza obowiązkowe kursy do specjalizacji. Poza tym po zwiększeniu w tej kadencji składki samorząd posiada odpowiednie środki finansowe na prowadzenie, koordynowanie i organizowanie szkolenia podyplomowego. Jednak dotychczas – w poprzednich kadencjach – nie udawało się „odbić” nawet niewielkiego fragmentu szkolenia specjalizacyjnego, zazdrośnie strzeżonego przez CMKP. Nawet uruchomienie nowego elementu kształcenia podyplomowego – czyli umiejętności – nie zwiększyło udziału izb lekarskich w kształceniu. W pierwotnej wersji izby lekarskie nie znalazły się wśród podmiotów, które będą mogły certyfikować umiejętności. Przypomnijmy, umiejętności w ustawie o zawodzie lekarza znalazły się już kilka lat temu, ale dopiero w poprzedniej kadencji parlamentu pojawiło się kluczowe rozporządzenie ministra zdrowia wymienające enumeratywnie umiejętności lekarskie i lekarsko-dentystyczne. I proces kształcenia w zakresie umiejętności powoli ruszył.

KLAUDIUSZ KOMOR
WICEPREZES NACZELNEJ
RADY LEKARSKIEJ



Obecna kadencja samorządu, choć od początku przyświeca jej hasło „Samorządu przyszłości”, w wielu zakresach kontynuuje kluczowe dla całego środowiska działania poprzednich kadencji. Jednym z tych elementów jest dążenie do zwiększenia wpływu na kształcenie podyplomowe. Dlatego od początku ten temat był traktowany bardzo poważnie, nie tylko przez bardzo aktywny i dynamiczny rozwój COBiK, ale przede wszystkim przez próby działań legislacyjnych. I właśnie dzięki intensywnym staraniom prezesa Łukasza Jankowskiego udało się ostatnio osiągnąć w tym zakresie bardzo duży sukces. Otóż przy okazji nowelizacji ustawy o CMKP udało się przekonać zarówno MZ, jak i posłów koalicji rządzącej do wprowadzenia poprawki dodającej do listy podmiotów uprawnionych do certyfikacji umiejętności Naczelnej i okręgowych izb lekarskich. Początkowo poprawka przewidywała dodanie tylko NIL, ale bardzo intensywne rozmowy i przekonywanie jeszcze na kilka godzin przed posiedzeniem Komisji Zdrowia, która poprawkę wprowadziła, doprowadziły do rozszerzenia jej również o okręgowe izby lekarskie. Co więcej, w uznaniu istotnej roli samorządów zawodowych w kształceniu podyplomowym zarówno samorząd

lekarzy, jak i samorząd pielęgniarek i położnych zyskały wpływ na wybór dyrektora CMKP przez swoich przedstawicieli w komisji dokonującej wyboru (dwóch przedstawicieli lekarzy, jedna pielęgniarek). Tak więc jeżeli ustawa w tym kształcie przejdzie wszystkie etapy legislacji, będzie to olbrzymi sukces izb lekarskich w dążeniu do przejścia całości szkolenia podyplomowego. Kolejnym krokiem powinno być przejście szkolenia specjalizacyjnego lekarzy. A wtedy postulaty wielu poprzednich kadencji zostaną spełnione.

Dziwić może tylko fakt, że mimo iż proponowane poprawki stanowią pierwszy krok do realizacji jednego z najważniejszych postulatów samorządu, że zwiększają wpływ na całość kształcenia podyplomowego, znalazły się głosy działaczy w okręgowych izbach lekarskich krytykujące ich wprowadzenie i działania Prezydium NRL w tym zakresie. Tak jakby nie wszyscy koledzy zrozumieli albo nie wszyscy znali uchwały i stanowiska krajowych zjazdów lekarzy wzywające i zobowiązujące do działania w tym zakresie! Myślę, że sami lekarze i dentyści, zyskując bezpłatną możliwość certyfikacji umiejętności w swoich izbach, docenią wagę proponowanych zmian.

NEWSY Z KRAJU I ZE ŚWIATA

LIDIA SULIKOWSKA, ADRIAN BOGUSKI

Nowelizacja ustawy o CMKP

Podczas posiedzenia sejmowych Komisji Zdrowia oraz Komisji Edukacji i Nauki przegłosowano poprawki do projektu ustawy dotyczącej Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, uwzględniając postulaty samorządu lekarskiego. Nowelizacja dotyczy składu sześciuosobowego zespołu powołującego dyrektora CMKP, w którym ma się znaleźć dwóch przedstawicieli Naczelnej Rady Lekarskiej. Dodatkowo samorząd lekarski uzyska możliwość przyznawania certyfikatów umiejętności zawodowych, co wcześniej było zarezerwowane jedynie dla towarzystw naukowych i instytutów badawczych.

– Zmiany przyjęte przez komisje to jedynie minimum, a ich wprowadzenie nie powinno budzić kontrowersji. Samorząd lekarski na mocy ustawy o izbach lekarskich ma obowiązkiem kształcenia lekarzy i lekarzy dentyków, dlatego będziemy dążyć do uzyskania dalszych uprawnień w tym zakresie – skomentował prezes NRL Łukasz Jankowski.

Apel do ministra nauki

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zaapelowało do ministra nauki i szkolnictwa wyższego w związku z napływającymi do samorządu lekarskiego doniesieniami dotyczącymi możliwości prowadzenia studiów na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym według programu nauczania obowiązującego w innych państwach należących do Unii Europejskiej. „Taki model kształcenia kadr medycznych, czyli osób odpowiedzialnych w przyszłości za leczenie pacjentów i prawidłowe funkcjonowanie opieki zdrowotnej nad mieszkańcami naszego kraju, samorząd lekarski uważa za skrajnie nieodpowiedzialny” – napisali członkowie PNRL, zwracając się do

ministra nauki o pilną weryfikację danych dotyczących tej formy kształcenia oraz o podjęcie działań zmierzających do przywrócenia kształcenia lekarzy i lekarzy dentyków na właściwe tory.

Dary do Kamerunu

Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu podarował Fundacji „Redemptoris Missio” nieużywane już szpitalne łóżka i łóżeczka dziecięce oraz łóżko operacyjne. Sprzęt szpitalny trafi do misyjnych przychodni i szpitali w Kamerunie. Jak informuje fundacja, łóżka są w dobrym stanie i mogą być przydatne jeszcze przez wiele lat.

Wpływ antybiotyków na rozwój alergii

Dłaczego stosowanie antybiotykoterapii w dzieciństwie może mieć związek z rozwojem alergii i astmy w późniejszym okresie życia? Naukowcy z Pracowni Badań Mikrobiomu w Instytucie Biologii Doświadczalnej im. M. Nenckiego PAN, Szpitala Uniwersyteckiego w Lozannie oraz Pracowni Immunologii Układu Oddechowego na Uniwersytecie Monasha wskazują na możliwą przyczynę – zmiany funkcji mikrobiomu. Badacze wykorzystali myszy model astmy. Wykazali, że w określonym przedziale czasowym antybiotykoterapia powoduje nieodwracalne zmiany metabolizmu tryptofanu przez mikrobiom, co skutkuje utratą zdolności syntezy kwasu indol-3-propionowego oraz trwałe zaburzenia funkcji



Fot.: Freepik.com

▲ Badacze wykazali, że antybiotykoterapia powoduje nieodwracalne zmiany metabolizmu

komórek nabłonkowych płuc. Odkryli także, że suplementacja diety myszy tym kwasem w czasie podawania antybiotyków zapobiegła zaburzeniom funkcji komórek nabłonkowych płuc oraz rozwojowi astmy w późniejszym okresie życia. Badacze wyniki swoich badań opublikowali w „Immunity”. Źródło: Instytut Biologii Doświadczalnej im. M. Nenckiego PAN

Fiński szczyt WMA

Podczas tegorocznego posiedzenia Zgromadzenia Ogólnego Światowego Stowarzyszenia Lekarskiego (World Medical Association, WMA) wybrano nowe władze organizacji i podjęto szereg uchwał i oświadczeń. Jednym z ważniejszych punktów obrad było przyjęcie nowelizacji Deklaracji Helsińskiej. Spotkanie zgromadziło przedstawicieli 50 krajowych organizacji zrzeszających lekarzy na całym świecie. Prezydencję w WMA przejął Ashok Philip z Malezji. Prezydentem elektem została Kenijka Jacqueline Kitulu, która obejmie przewodnictwo po Malezyjczyku jesienią przyszłego

roku. Ashok Philip podczas swojego przemówienia zaznaczył, że należy sprzeciwiać się krokom zmierzającym w kierunku wykluczania lekarzy z zespołów świadczących opiekę zdrowotną, rzekomo jako remedium na braki kadrowe, a w rzeczywistości będących sposobem na obniżenie kosztów.

Delegaci jednogłośnie przyjęli nowelizację Deklaracji Helsińskiej. Nad jej kształtem pracowano przez ponad 30 miesięcy. Poprzednia rewizja tego dokumentu miała miejsce w 2013 r. Deklaracja powstała w 1964 r. Określa etyczne zasady postępowania podczas prowadzenia badań medycznych z udziałem ludzi. Tegoroczne zebranie Zgromadzenia Ogólnego WMA było 75. w historii tej organizacji. Kolejne odbędzie się w portugalskim Porto w październiku 2025 r.

Źródło: WMA

Zdrowie starszych a narodowość

Niemal 30 proc. osób w wieku 65+ mieszkających w Unii Europejskiej, ale niebędących obywatelami żadnego z unijnych krajów, źle ocenia swoją kondycję zdrowotną – podaje Eurostat (dane za 2023 r.). Wynik jest średnią uzyskaną z państw członkowskich, wskaźniki pomiędzy poszczególnymi krajami znacząco się różnią – od ponad 60 proc. w Polsce, 46 proc. w Chorwacji, 42,5 proc. na Łotwie i prawie 38 proc. w Estonii, do 4,8 proc. w Portugalii i 5,2 proc. we Włoszech. Dla porównania, tylko nieco ponad 18 proc. obywateli UE mieszkającym w swoim kraju ocenia źle swoje zdrowie. Tutaj również widzimy różnice w zależności od kraju – od niemal 34 proc. na Łotwie, prawie 32. proc. w Chorwacji i na Słowacji, poprzez 22,8 proc. w Polsce, do 10 proc. w Luksemburgu i 8,7 proc. w Niderlandach.

Źródło: Eurostat

Polak we władzach ISCP

Prof. Doreen Su-Yin Tan z Singapuru została prezydentem elektem Światowego Towarzystwa

Farmakoterapii Sercowo-Naczyniowej (International Society of Cardiovascular Pharmacotherapy, ISCP). Organizacja ma też dwóch nowych członków w Radzie Dyrektorów – prof. Craiga Beaversa z USA i prof. Krzysztofa J. Filipiaka z Polski. Decyzje kadrowe zapadły podczas tegorocznego posiedzenia Zgromadzenia Ogólnego ISCP. Wybrane osoby zaczną pełnić swoje funkcje z początkiem 2025 r.

Źródło: ISCP

Rozmowa redukuje niepewność

Jak bardzo komunikacja podczas pierwszej wizyty lekarza z pacjentem zmagającym się z bólem przewlekłym wpływa na uczucie niepewności chorego co do stanu swojego zdrowia? Badacze z University of Illinois Urbana-Champaign oraz Carle Illinois



Fot.: Freepik.com

▲ Naukowcy odkryli, że dzięki rozmowie chorzy czuli emocjonalne wsparcie ze strony lekarzy

College of Medicine (USA) przeprowadzili badanie, które wykazało, że dobrze przeprowadzona rozmowa

w trakcie wstępnej konsultacji pomaga chorym radzić sobie z obawami, w tym lękami i niepokojem, a także zwiększa ich pewność co do zdolności radzenia sobie ze swoim stanem zdrowia. W badaniu wzięło udział 200 dorosłych cierpiących na przewlekły ból szyi lub pleców. Naukowcy odkryli, że uczucie niepokoju u pacjentów zmniejszało się, gdy zarówno pacjenci, jak i lekarze wzajemnie uznawali, że druga strona skutecznie poszukiwała/udzielała informacji medycznych, a chorzy czuli emocjonalne wsparcie ze strony swoich lekarzy.

Źródło: University of Illinois at Urbana-Champaign

Kolejny kraj wolny od jaglicy

Jaglica (łac. *trachoma*) przestała być problemem zdrowia publicznego w Wietnamie – poinformowało Biuro Regionalne Światowej Organizacji Zdrowia na Zachodni Pacyfik. To już piąty z jedenastu krajów endemicznego występowania jaglicy w regionie zachodniego Pacyfiku WHO, który zdołał wyeliminować na swoim terytorium chorobę będącą główną zakaźną przyczyną ślepoty na świecie. Wietnam dołączył tym samym do grona czterech państw (Kambodża, Chiny, Laos, Vanuatu), które mogą pochwalić się tym sukcesem. – Wyeliminowanie jaglicy jako problemu zdrowia publicznego w Wietnamie jest monumentalnym osiągnięciem dla kraju i globalnej walki z tą chorobą – powiedział dr Tedros Ghebreyesus, dyrektor generalny WHO. Dodał, że to osiągnięcie jest świadectwem niezachwianego poświęcenia pracowników ochrony zdrowia w tym kraju. Jaglica należy do grupy tzw. zaniedbywanych chorób tropikalnych. Powoduje przewlekłe zapalenie rogówki i spojówek wywołane zakażeniem bakterią *Chlamydia trachomatis*. Choroba jest przenoszona przez muchy, ale można się nią zarazić również poprzez bezpośredni kontakt z wydzieliną z oczu lub nosa osoby zakażonej.

Źródło: WHO

Szpagat we mgle

PIOTR KOŚCIELNIAK
REDAKTOR NACZELNY



Wydanie świąteczno-noworoczne to w każdej gazecie czas na podsumowanie mijających 12 miesięcy oraz próba zerknięcia w przyszłość. Nie inaczej jest w „Gazecie Lekarskiej”. To zadanie i łatwe, i niewdzięczne jednocześnie. Łatwe, bo mijający rok przyniósł w ochronie zdrowia dość wydarzeń, by wypełnić cały magazyn. Niestety, przekleństwo „obys żył w ciekawych czasach” znakomicie do tych wydarzeń pasuje.

Trudne, bo prognozowanie tego, co może się wydarzyć w ochronie zdrowia w 2025 r., obarczone jest ogromnym ryzykiem niepewności. Szklaną kulę zasnęła mgła. Wygląda jednak na to, że po całej serii błędów i wypaczeń stanęliśmy na skraju przepaści. A teraz robimy śmiały krok naprzód.

Systemowy chaos i niedoinwestowanie placówek medycznych sprawia, że rozkwitnie prywatna ochrona zdrowia. Będzie na nią stać najbogatszych, a ci mniej zamożni, bez indywidualnego ubezpieczenia i abonentu na usługi, będą czekać w coraz dłuższych kolejkach. Sprytniejsi będą leczyć się taniej w innych krajach. Lekarze na tym może nawet skorzystać (finansowo), ale jeśli chodzi o kondycję całego państwowego systemu, to właśnie wracamy do ery dykty.

A mgła jeszcze gęstnieje. Reforma szpitalnictwa to raczej niewypał. Nie jest jasne, które placówki lub oddziały będą

likwidowane, łączone – i na jakich zasadach. Wiele z nich zмага się z ogromnym zadłużeniem. Potrzeby finansowe rosną – np. trzeba znaleźć pieniądze na opiekę koordynowaną, wdrażanie innowacji, podwyżki dla personelu. Można też mieć wątpliwości, czy w budżecie z rekordowym deficytem znajdują się środki na zaspokojenie potrzeb zdrowotnych w wymaganej skali.

Ale to nie koniec. W dniu, w którym wysyłamy to wydanie do druku, zapowiedziane jest sejmowe głosowanie nad odwołaniem ministra zdrowia. Dziura finansowa NFZ grozi zawaleniem się systemu. Szpitale przesuwają zabiegi na kolejne kwartały i zapowiadają zamykanie „nierentownych” oddziałów.

I wtedy wchodzi – cały na biało – projekt obniżenia składki zdrowotnej dla przedsiębiorców. W ocenie skutków regulacji pomysłodawcy otwarcie przyznają, że spowoduje to obniżenie wpływów do NFZ.

Jak udało się połączyć pomysł obniżania składki z planami reformy systemu i obietnicami zwiększania dostępności świadczeń – nie wiem. Widać jednak, że w tej sprawie politycy robią nieprawdopodobny wprost szpagat. Można się tylko zastanawiać, co pęknie pierwsze. ●

Kula, w którą przychodzi spoglądać w nadziei na znalezienie odpowiedzi, nie jest niestety przezroczysta. Raczej szara i zmatowiała, zupełnie jak rzeczywistość systemu ochrony zdrowia już od wielu lat. Mowa o samej organizacji systemu, bo w obszarze możliwości leczenia, wdrażania nowych rozwiązań, technologii medycznych, nowych terapii – postępy są widoczne gołym okiem. Można też powiedzieć, że są one w jakiś sposób sprzężone z rosnącą frustracją pracowników systemu i zmęczeniem pacjentów, z systemu korzystających. Co więc przyniesie nam nowy rok?

KRYZYS FINANSOWY

Nie trzeba nawet zdolności profesjonalnych, by przewidzieć problemy finansowe. Są ku temu twarde przesłanki. Kryzys przecież już się zaczął. Przewidywania ekspertów co do powiększającej się luki finansowej w NFZ – między możliwymi (spodziewanymi) przychodami a kosztami, jakie powinien ponieść – zostały sformułowane i ogłoszone kilka miesięcy temu, w czerwcu. I choć raport, pod którym podpisał się m.in. dr n. med. Bernard Waśko, dyrektor NIZP PZH-PiB, były wiceprezes NFZ, przeszedł niemal bez echa, nie znaczy to, że ostrzeżenia w nim zawarte były na wyrost. Ich wagę potwierdziła ostateczna informacja z połowy listopada, że minister finansów nie zgadza się na zatwierdzenie planu finansowego NFZ na 2025 r. W ocenie resortu finansów plan się nie bilansuje, a zastrzeżenia budzi – i tu zupełny brak zaskoczenia – strona kosztowa.

Ministerstwo Finansów wskazuje, że ustawa o wynagrodzeniach minimalnych nie ma pokrycia w przychodach systemu ochrony zdrowia. Chodzi o sposób, w jaki jest wdrażana, czyli z maksymalnym wariantem rekomendacji prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, zakładającym finansowanie przez płatnika (oczywiście w założeniach) całości wzrostu kosztów, a nie tylko tych wynikających wprost z ustawy. Stanowi więc zagrożenie dla stabilności finansów nie tylko systemu, ale i finansów publicznych w ogóle.

TEMAT NUMERU

Co 2025 rok przyniesie lekarzom i pacjentom

MAŁGORZATA SOLECKA
DZIENNIKARKA

Czy będzie to rok przełomowych decyzji, czy wstrząsów? Jak będą wyglądały finanse ochrony zdrowia? Przewidywania coraz trudniej snuć, bo od lat nie zmienia się albo bardzo niewiele. Jeśli następują zmiany, to raczej na gorsze – przynajmniej takie panują odczucia.

– Kryzys finansowania ochrony zdrowia będzie się w 2025 r. nasilać. Prawdopodobnie zostanie podjęta decyzja o zawiązaniu w umowach dużych środków na pierwsze półroczcie, czego efektem będą duże niedobory w kolejnych kwartałach. Brak środków będzie leitmotivem debaty w zdrowiu, który będzie raz na jakiś czas przecinany tematami o mniejszej wadze lub wprost zastępczymi – prognozuje Wojciech Wiśniewski, ekspert Federacji Przedsiębiorców Polskich. A Dorota Korycińska, prezes Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej, dodaje wprost: – Nastąpi krach finansowy w ochronie zdrowia, który pociągnie za sobą kolejne problemy: organizacyjne, kadrowe, dostępności do leczenia i pogłębi nierówności w zdrowiu.

SPÓR O WYNAGRODZENIA

Drugi pewnik wynika wprost z pierwszego i jest wręcz w niego wpisany: wynagrodzenia czy też zarobki w ochronie zdrowia będą się pojawiać w dyskursie publicznym równie często (a może nawet częściej) niż rozważania na temat poziomu nakładów na zdrowie czy też braku środków w systemie.

– Rok 2025 będzie z pewnością czasem szukania oszczędności w systemie i rządzący będą chcieli sięgnąć po pieniądze do kieszeni lekarzy – ocenia Łukasz Jankowski, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej. W jego ocenie główną osią dyskusji będą w przyszłym roku wynagrodzenia. Zarówno te niskie, jak i wysokie.



rys.: Michał Truż

Na stole pojawi się zapewne kilka rozwiązań. Zmiany w samej ustawie o wynagrodzeniach minimalnych wydają się trudne do przeprowadzenia, choć Damian Patecki z Naczelnej Rady Lekarskiej spodziewa się, że w 2025 r. zostanie podjęta próba zastąpienia

obecnego mechanizmu podwyższania wynagrodzeń inną metodą waloryzacji, bardziej uzależnioną od decyzji politycznych. Dużo łatwiej – choć wiąże się to z ogromnym ryzykiem politycznym, bo szpitale łatwo takiej decyzji nie zaakceptują – będzie zrezygnować z maksymalnego wariantu podwyższania wycen świadczeń i rekompensować szpitalom wyłącznie koszty podwyższania wynagrodzeń wynikających z ustawy. To oznaczałoby – bez żadnych decyzji podejmowanych centralnie – faktyczne zamrożenie wartości kontraktów, jakie szpitale mogą proponować specjalistom, a przynajmniej znaczące obniżenie dynamiki ich wzrostu.

Temat zarobków lekarskich będzie, jak spodziewa się Damian Patecki, nadal wykorzystywany do manipulowania opinią publiczną. Zarobki, wynagrodzenia, warunki pracy, ale też obszar kompetencji i ich podział (skill-mix) staną się też zapewne zarzewiem konfliktów między pracownikami ochrony zdrowia. – Będą awantury między poszczególnymi zawodami medycznymi – przewiduje Anna Gołębička, ekonomistka i ekspertka OZZL.

Czy dojdzie do rozmów (nie mówiąc o decyzjach) na temat określenia maksymalnej wartości lekarskich wynagrodzeń (czy też zarobków) w publicznym systemie ochrony zdrowia? Wydaje

**CO SIĘ NIE WYDARZY,
CHOĆ POWINNO**

Nie zostanie podjęta żadna istotna decyzja dotycząca poziomu finansowania ochrony zdrowia. Politycy nadal będą utrzymywać, że nakłady na zdrowie rosną, że rządzący dbają o zdrowie Polaków. Będą też przekonywać, że wystarczy uszczelnić i przeorganizować system, by okazało się, że pieniędzy wcale nie brakuje. Polska nadal będzie na szarym końcu w rankingach międzynarodowych, jeśli chodzi o publiczne nakłady na zdrowie (oczywiście, wśród krajów wysoko rozwiniętych). Nasz kraj będzie grać we własnej (niezbyt wysokiej) lidze z nakładami oscylującymi wokół 5,5 proc. PKB, sugerując, że ci, którzy na zdrowie wydają więcej, srogo przepłacają.

Nie poprawi się dostępność do świadczeń zdrowotnych mimo politycznych deklaracji i obietnic. Brak poprawy dostępności jest zresztą scenariuszem optymistycznym. W pesymistycznym wariantcie dostępność może się drastycznie pogorszyć.

Nie będzie przełomu w szczepieniach przeciw HPV, a wprowadzenie do szkół edukacji zdrowotnej nie zmieni radykalnie sytuacji.

Poza tym zdaniem ekspertów nie mamy co liczyć na:

- kompleksową reformę systemu;
- publiczną debatę, jakiego systemu chcemy w Polsce. Skoro wybory parlamentarne nie były na ten temat, to i ochrona zdrowia będzie na marginesie kampanii prezydenckiej;
- sensowną dyskusję na temat kształtu ochrony zdrowia, w tym na temat sieci szpitali. Wygra polityka, na różnym szczeblu, centralnym i samorządowym;
- rzetelną debatę o oczekiwaniach obywateli wobec ochrony zdrowia oraz gotowości do zmiany poziomu finansowania tej dziedziny.

się to mało prawdopodobne, choć Ministerstwo Zdrowia sygnalizuje potrzebę i całkowicie nie można wykluczyć, że jakieś próby rozmów zostaną podjęte. Raczej jednak nie w kontekście ewentualnych prac nad poprawieniem ustawy o minimalnych wynagrodzeniach, ale jako próba odrębnych negocjacji. Tu jednak zdecyduje polityka.

– Do wyborów prezydenckich nie wydarzy się nic, co mogłoby być niepopularne – uważa Anna Gołębicka. A ponieważ

Za kryzys finansowy i ograniczoną
dostępność świadczeń zapłacą
zdrówiem najslabsi, którzy nie będą
mieli szansy na zaspokojenie potrzeb
zdrowotnych

praktycznie przesądzone są dwie tury (możliwy termin pierwszej to 4, 11 lub 18 maja), w praktyce do początku czerwca trudno zakładać podejmowanie tematów budzących kontrowersje. Chyba że w drażeniu tematu bajońskich sum żądanych przez lekarzy. Spin doktorzy poszczególnych kandydatów będą upatrywać w tym politycznego złota.

**STAGNACJA SYSTEMU
PUBLICZNEGO**

W jaki sposób przełoży się to na plany Ministerstwa Zdrowia dotyczące choćby zmian w szpitalnictwie? Minister zdrowia zakłada, że reformy w tym obszarze będą zachodzić stopniowo do połowy 2027 r., gdy zgodnie z nową kwalifikacją ma zacząć działać odnowiona sieć. Projekt ustawy, który w tej chwili utknął na etapie rządowym i wraca do konsultacji publicznych, musi być uchwalony (z powodu pieniędzy z KPO) i uchwalony być nie może (nie tylko dlatego że nie ma dla niego wystarczającej większości, ale przede wszystkim nie ma zrozumienia, dlaczego uchwalenie ma przynieść korzyści, zamiast spodziewanych – liczonych

w walucie politycznej – strat). To zapewne będzie pierwszy znak zapytania: czy uda się ustawę przeforsować, czy Ministerstwo Zdrowia będzie musiało uznać swoją porażkę?

Łukasz Jankowski ocenia, że mimo zapewnień reformy szpitalnictwa się nie doczekamy.

– Za to będziemy świadkami wielu konferencji, podczas których eksperci będą podsumowywać zapaść w systemie ochrony zdrowia i dramat w wydatkach na zdrowie – przypuszcza. Same nakłady na zdrowie, jak mówi, wzrosną niewiele. – Politycy podniosą je tylko na tyle, na ile zmusza ich ustawa, a i tak zastosują kreatywną metodologię liczenia nakładów, żeby wmówić społeczeństwu postęp. Mam wrażenie, że opinia publiczna będzie z miesiąca na miesiąc coraz mniej skłonna w te polityczne zapewnienia wierzyć – podsumowuje.

Wsluchając się uważnie w ton dyskusji na temat bliskiej przyszłości systemu ochrony zdrowia trudno o optymizm. Ale Tadeusz Jędrzejczyk, były prezes NFZ, podkreśla, że ochrona zdrowia mimo różnych kasandrycznych wypowiedzi, czy politycznych, czy poszczególnych interesariuszy, będzie nadal funkcjonować. – Precyzyjnie: publiczna ochrona zdrowia będzie systemowo szukała nowego poziomu równowagi, a prywatny sektor będzie się nadal rozwijał – dodaje Jędrzejczyk.

Ekspansję i rozwój prywatnego sektora, do którego będą odchodzić kolejni specjaliści, przewiduje również Damian Patecki. – Inwestowałbym w akcje prywatnych świadczeniodawców – mówi bez ogródek. To swoiste memento i równocześnie komentarz do listopadowej wypowiedzi ministra zdrowia, która oskarżyła rządy Prawa i Sprawiedliwości o „prywatyzację” opieki zdrowotnej, przytaczając na dowód dane z 2022 r., kiedy to prywatne wydatki na zdrowie sięgnęły 51,5 mld zł. Izabela Leszczyna „zapomniała”, że Polacy od lat wydają rocznie dziesiątki miliardów złotych zarówno na świadczenia

(diagnostyka, dostęp do specjalistów, leczenie stomatologiczne, które jest wręcz rugowane z systemu publicznego), jak i na leki (Polska ma jeden z najniższych poziomów refundacji kosztów leków w krajach Unii Europejskiej). Umacnianie sektora prywatnego nie jest wyłączną zasługą rządów PiS. To wynik polityki zdrowotnej wszystkich rządów od 1989 r.

Tadeusz Jędrzejczyk dostrzega jednak w sytuacji kryzysowej, w jakiej bez wątpienia znajdzie się system publiczny, pewne możliwości. – Rosną szansę na decentralizację decyzji i odpowiedzialności. W 2025 r. raczej na poziomie wojewodów, którym dość efektywnie można powierzyć więcej rozstrzygnięć organizacyjnych. Zwłaszcza wobec faktu, że NFZ od takiej roli stara się uciec – podkreśla. Być może w dalszej perspektywie tę decyzyjność można będzie przesunąć do samorządów, na poziom województw, ale to na pewno nie wydarzy się w przyszłym roku.

OGRANICZENIE DOSTĘPNOŚCI ŚWIADCZEŃ

– Pojawia się nowe możliwości leczenia, na które NFZ nie będzie miał pieniędzy – przewiduje Anna Gołębicka. Ale niewykluczone, że nie tylko nowe terapie, nowe możliwości leczenia, będą niedostępne dla pacjentów. Pogorszy się też dostępność do świadczeń. Już w bieżącym roku ochrona zdrowia „przypomniała sobie”, że w ostatnich trzech miesiącach roku leczy się tylko bezwzględnie pilne przypadki, i nawet jeśli to jest publicystyczny skrót myślowy, to dobrze oddaje rzeczywistość, przynajmniej niektórych województw, niektórych szpitali.

– Zmniejszy się dostępność ochrony zdrowia, zwiększą się kolejki w wielu zakresach, co będzie zależeć od decyzji na poziomie wojewódzkim. Dyrektorzy OW NFZ będą musieli podjąć decyzję, za co nie płacić. Wówczas skutki tych decyzji, zupełnie przez płatnika niezawinionych, poniosą pacjenci. Za kryzys finansowy i ograniczoną dostępność świadczeń w pierwszej kolejności zapłaci zdrowiem najsłabsi, którzy nie będą mieli szansy na zaspokojenie potrzeb zdrowotnych – uważa Wojciech Wiśniewski.

To zagrożenie wzmacnia demografia. – Nasze społeczeństwo będzie



◀ Rok 2025 będzie z pewnością czasem szukania oszczędności w systemie, przed resortem zdrowia duże wyzwania

foto: Shutterstock.com

się starzeć i będziemy chorować – Anna Gołębicka przypomina prawdę, o której decydenci prawdopodobnie woleliby nie pamiętać, a już na pewno nie myśleć. – Będzie więcej wykrywanych nowotworów – dodaje ekspertka, wskazując, że składają się na to zarówno starzenie się społeczeństwa, czynniki cywilizacyjne, jak też coraz lepsze i bardziej dostępne metody diagnostyczne.

KŁOPOTY Z KOORDYNACJĄ

Opieka koordynowana w POZ, Krajowa Sieć Onkologiczna (etap wdrażania), Krajowa Sieć Kardiologiczna (prace legislacyjne). Kolejne dziedziny, na przykład neurologia, ustawiające się w kolejce do rozwiązań przetestowanych w pilotażach KSO i KSK. Czy w nadchodzącym roku będziemy obserwować rozkwit opieki koordynowanej i dyskontować korzyści, jakie ten model przynosi pacjentom i systemowi?

Można mieć wątpliwości. Spodziewać się raczej należy

przejściowych (żródło optymizmu) problemów. Opieka koordynowana kosztuje, i to niemało. Podczas jednego z listopadowych posiedzeń podkomisji ds. organizacji ochrony zdrowia przedstawiciel Ministerstwa Zdrowia przyznał, że pacjenci korzystający z opieki koordynowanej (tu akurat w POZ) nie są wypychani do systemu prywatnego, co oznacza, że badania i konsultacje mają zapewnione w systemie publicznym. Zapewnione i sfinansowane. Opieka koordynowana jest remedium na słabość systemu publicznego, który musi być wspierany przez system prywatny – i to działa i działać będzie, o ile znajdą się pieniądze. A ponieważ z pieniędzmi, a raczej ich niedostatkiem, mamy i mieć będziemy problemy (i tu nie ma mowy o przejściowym charakterze), rozwój opieki koordynowanej takiej, jakiej potrzebują pacjenci i jaką projektują eksperci, będzie spowolniony. Trzeba założyć taki scenariusz jako bazowy.

**CO SIĘ NIE WYDARZY
(CHOĆ TO AKURAT DOBRZE)**

Nie będzie przestrzeni do pojawienia się pomysłów na przewroty w ochronie zdrowia, na przykład na stronę finansowania jej całkowicie z budżetu państwa, choć – prawdopodobnie – zdekompresowany finansowo system będzie w coraz większym stopniu uzależniony od dotacji budżetowych. Nie zostanie zakwestionowane – w głównym nurcie życia publicznego – bezpieczeństwo i skuteczność szczepień. Wakcynoseptycy pozostaną na obrzeżach nie tylko sceny politycznej, ale też opinii społecznej, co przecież nie jest normą (przykład to Stany Zjednoczone, ale też Słowacja). Polski rząd w 2025 r. nadal będzie wsłuchiwał się w głos naukowców i ekspertów, choć nie ma wątpliwości, że mogłoby to robić z jeszcze większą atencją, nie tylko w obszarze szczepień.

Nie pogorszy się znacząco jakość legislacji w ochronie zdrowia. Pesymiści powiedzą, że nie może. Optymiści, przeciwnie. Ale realiści wiedzą, że choć zawsze może być gorzej, w tym przypadku margines zmiany jest naprawdę wąski.

Poza tym zdaniem ekspertów możemy odetchnąć z ulgą, bo:

- nie zostaną cofnięte zmiany w psychiatrii i nie będzie rezygnacji z Centrów Zdrowia Psychicznego. Pojawiają się takie postulaty, jednak jest spora szansa, że reforma, chociaż powoli, będzie kontynuowana;
- nie pojawią się nowe uzasadnienia dla wstrzymywania koniecznej gruntownej reformy ochrony zdrowia. Nie będzie pandemii, nowych konfliktów zbrojnych w naszym regionie świata oraz innych czarnych łabędzi. Nie będzie kolejnych wyborów na horyzoncie, co może ośmielić do mówienia trudnych prawd;
- nie otworzą się nowe kierunki lekarskie. Przy niemal 10 tys. miejsc na pierwszym roku i tak będziemy kształcić tylu lekarzy, ile Niemcy, kraj o dwa razy większej populacji. A już też część miejsc pozostaje niewykorzystana;
- nie dojdzie do upadku publicznego systemu ochrony zdrowia, który jest zadziwiająco efektywny wobec niskiego odsetka PKB przeznaczanego na zdrowie.

**W PROFILAKTYCE
BEZ (WIĘKSZYCH) ZMIAN**

– Nie ulegnie poprawie zgłaszalność na badania przesiewowe i szczepienia. Profilaktyka to systemowe dziecko niechciane i nicyje. Nie ma wizji, strategii, koncepcji, koordynacji. Nie ma instytucji, która by wzięła odpowiedzialność za realizację tych zadań – mówi Dorota Korycińska. Przedstawicielka organizacji pacjentów trafia w sedno, bo choć zapowiedzi są szumne, nie ma

Polska wśród krajów unijnych wydaje
na profilaktykę i prewencję niemal
najmniejszy odsetek swojego ograniczonego
budżetu na zdrowie

żadnych podstaw by twierdzić, że rok 2025 okaże się przełomowy, jeśli chodzi o wzrost znaczenia prewencji i profilaktyki. Choć nieśmiało zwiastuny chęci zmian są.

Procedowane zmiany dotyczące umożliwienia farmaceutom wystawiania recept refundowanych na szczepionki zalecane mogą okazać się boosterem szczepień przeciw grypie (przede wszystkim), w mniejszym zakresie – przeciw pneumokokom. Podobnie rzecz się ma z zapowiedziami dotyczącymi zakończenia realizacji programu Profilaktyka 40 Plus i poszerzenia w zamian panelu badań wykonywanych w ramach medycyny pracy. Trudno jednak zakładać, że w obszarze, który powinien być podstawą piramidy świadczeń, nastąpią jakieś znaczące zmiany. Choćby dlatego że nie przewiduje ich plan finansowy NFZ, a Polska ciągle wydaje wśród krajów unijnych na profilaktykę i prewencję niemal najmniejszy odsetek swojego niezwykle ograniczonego budżetu na zdrowie.

**REDUKCJA MIEJSC
NA KIERUNKACH LEKARSKICH**

– Liczę, że ulegnie zmianie ustawa Prawo o szkolnictwie wyższym,

regulująca kryteria umożliwiające prowadzenie kierunku lekarskiego, oraz zostaną poprawione standardy kształcenia określające warunki, jakie mają spełniać już istniejące kierunki – nie kryje Sebastian Goncerz, przewodniczący Porozumienia Rezydentów OZZL. To nie tyle prognoza, co wyraz nadziei. Zapowiedzi w tej sprawie pojawiły się przecież już w pierwszych tygodniach 2024 r., ale słowo nie stało się ciałem. Decyzje, jakie zapadły w obszarze kształcenia w mijającym roku, pozwalają na realistyczny, ostrożny optymizm. Tym bardziej że przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia mówią wprost o koniecznym nie tylko wyhamowaniu, ale wręcz redukcji liczby miejsc na kierunkach lekarskich, by Polska uniknęła scenariusza nadprodukcji lekarzy. Przede wszystkim jednak wyzwaniem jest jakość (a więc i standardy). Brak zgody na prowadzenie kierunku lekarskiego w pięciu szkołach wyższych nie wystarczy, by to wyzwanie można było uznać za zrealizowane (z sukcesem).

Jednak, jak przyznaje Sebastian Goncerz, i tu odrębnych głosów ekspertów trudno się doszukać.

– Żadnej rewolucji nie należy się spodziewać. Nie będzie głębokiego cięcia liczby miejsc na kierunkach lekarskich. Nie będzie decyzji o zamknięciu kierunków lekarskich w tych szkołach, które otrzymały w bieżącym roku negatywną ocenę PKA i nie dostały zgody na nowy nabór. Mimo że ta ocena oznacza, że nie można na nich osiągnąć efektów uczenia się, mimo licznych obietnic resorty boją się zamknąć te kierunki – ubolewa lider PR OZZL.

PRZEPISY ABORCYJNE

Kampania przed wyborami prezydenckimi nie będzie mieć znaczenia dla samego systemu ochrony zdrowia. Jednak w sprawach dotyczących szeroko rozumianych praw reprodukcyjnych kobiet może mieć znaczenie bardzo duże, podobnie jak sam wynik wyborów. Jeśli w Pałacu Prezydenckim nastąpi zmiana, jakiej można się spodziewać (czyli wyborów nie wygra kandydat PiS albo kandydat bloku konserwatywno-narodowego,

bo i takie możliwości są brane pod uwagę), droga do zmian przepisów dotyczących choćby dostępności bez dodatkowych formalności tzw. antykoncepcji awaryjnej będzie otwarta. Podobnie jak do liftingu przepisów ustawy antyaborcyjnej. Liftingu, bo na legalizację aborcji do 12. tygodnia ciąży (co jest stałym postulatem i obietnicą Koalicji Obywatelskiej i Lewicy) większości w tym Sejmie nie ma. Patrząc zaś na sondaże, może nie być również w następnym, choć o tym akurat przekonać się będziemy mogli dopiero za jakiś czas.

Z punktu widzenia lekarzy zmiany te nie są obojętne. W tej chwili trwa widoczne gołym okiem (żadnej kuli nie potrzeba) przeciąganie liny i próba zrzucania odpowiedzialności za fatalny stan prawny na lekarzy – a to specjalistów w dziedzinie ginekologii i położnictwa, a to specjalistów w dziedzinie psychiatrii. Z punktu widzenia kobiet zmiany są istotne, bo w tej chwili wiele z nich – tych, które mogłyby poddać się legalnie zabiegowi aborcji – znajduje się w prawnym tunelu próżniowym. Ani wynik wyborów 15 października, ani wydawane przez Ministerstwo Zdrowia rekomendacje, ani nawet instrukcje dla prokuratorów przygotowane przez resort sprawiedliwości nie poprawiają znacząco ich sytuacji.

SYSTEM NO FAULT

– Jeszcze nigdy nie byliśmy tak blisko wprowadzenia klauzuli wyższego dobra. Po ostatnim spotkaniu prezesa NRL Łukasza Jankowskiego z ministrem sprawiedliwości Adamem Bodnarem po stronie rządzących widać zrozumienie i potrzebę zmian – mówił na początku września podczas Forum Ekonomicznego w Karpaczu wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej Klaudiusz Komor.

Jest zrozumienie, jest świadomość potrzeby zmian, ale projektu (jeszcze) nie ma. Jest cały czas szansa, a może po prostu nadzieja, że w 2025 r. ziści

się jeden z głównych postulatów, które środowisko lekarzy i lekarzy dentystów zgłasza pod adresem decydentów od lat, tym bardziej donośnie, im większe były z drugiej strony zakusy wprowadzania restrykcyjnych wobec lekarzy zapisów w Kodeksie karnym. Lekarze nie mogą się bać podejmowania decyzji terapeutycznych, nie mogą się też bać konsekwencji

niezawinionych błędów. Politycy obecnie sprawujący władzę są bardziej skłonni uznać te oczywiste racje, i to jest dobra wiadomość. Gorsza jest taka, że decyzje ciągle są w sferze obietnic. ●

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

reklama

TEMAT NUMERU

Jak zapamiętamy rok 2024 w ochronie zdrowia

MAŁGORZATA SOLECKA
DZIENNIKARKA

Chaos, i to na wielu polach: legislacji, działań w obszarze zdrowia i praw reprodukcyjnych kobiet, nakładów finansowych na ochronę zdrowia. Są jednak i pozytywne aspekty, choćby przełom w kwestiach związanych z odpowiedzialnością kamą lekarzy czy pierwsze decyzje w zakresie kształcenia przeddyplomowego.

Rok 2024 nie należał do łatwych. Kończy się trudno, a najlepsze słowo na jego podsumowanie to chaos, choćby w legislacji. *Crème de la crème* to projekt nowelizacji ustawy o świadczeniach zdrowotnych, o którym w połowie listopada minister zdrowia Izabela Leszczyna mówiła, że został zaakceptowany przez cały rząd, ale jednocześnie skierowany do ponownych konsultacji publicznych z powodu wprowadzenia w nim daleko idących w stosunku do wersji pierwotnej zmian. Pytanie, „czy leci z nami pilot”, nigdy nie było chyba bardziej zasadne. Nie chodzi przecież o pierwszy lepszy, techniczny projekt, ale o ustawę, która na lata – w założeniach – ma zmienić nie tylko obraz polskiego szpitalnictwa, ale wręcz całego systemu (jest kluczowym elementem reformy przewidującej odwracanie piramidy świadczeń). Więcej, od uchwalenia tej ustawy zależy kilkanaście miliardów złotych z KPO dla polskiej ochrony zdrowia.

Przykładów legislacyjnych niedoróbek można zresztą wskazać o wiele więcej. I to zarówno w ustawach, jak i rozporządzeniach (choćby osławione rozporządzenie dotyczące zmian w rehabilitacji).

ANTYKONCEPCJA I ABORCJA

Chaotyczne są też posunięcia w obszarze flagowym dla obecnego rządu, czyli zdrowia i praw reprodukcyjnych kobiet. W dużym stopniu wynika to z jakości legislacji (choć nie tylko, w grę wchodzi bowiem układ sił w parlamencie i na scenie

politycznej). Wiosną Ministerstwo Zdrowia forsowało – wbrew rozsądkowi – tezę, że rozporządzeniem można zmienić jedną z podstawowych zasad wynikających z ustawy o prawach pacjenta, czyli możliwość korzystania ze świadczeń zdrowotnych przez osoby niepełnoletnie tylko za zgodą rodzica/opiekuna prawnego. Chodziło o możliwość samodzielnego korzystania z porady farmaceutycznej przez nieletnie nastolatki w celu możliwości zakupienia antykoncepcji awaryjnej.

Chaotyczne są też działania w obszarze dostępu do zabiegów aborcji, a rząd posunął się do tego,

konsyliów, przysługuje również wtedy, gdy kobieta zgłasza się do szpitala i lekarza na zabieg aborcji. W trakcie roku na świadczeniodawców nałożono już pierwsze kary finansowe. Dopiero wyroki sądów, jeśli zapadną, rozstrzygną, czy były ku temu podstawy prawne.

PRZED RZECZYWISTOŚCIĄ UCIEC SIĘ NIE DA

Chaos i niepewność eksplodowały w obszarze finansów ochrony zdrowia. Trudno uznać to za zaskoczenie. Już w pierwszych tygodniach urzędowania Izabeli Leszczyny prezes Naczelnej Rady Lekarskiej – najpierw podczas spotkania w NIL w końcówce poprzedniego roku, następnie kilka tygodni później, podczas konferencji „Priorytety w ochronie zdrowia 2024”, apelował do nowej minister zdrowia, by rozpoczęła urzędowanie od „stanięcia w prawdzie”. Chodziło o doprowadzenie do wykreślenia z ustawy 7 proc. PKB na zdrowie kłamliwej metodologii n-2, odnoszącej wydatki na zdrowie do PKB sprzed dwóch lat. Minister odmówiła, uzasadniając swoje stanowisko tym, że nie przejdzie do historii jako minister, który doprowadził do obniżenia wskaźnika wydatków na zdrowie (!). Obiecała, że będzie za każdym razem – mówiąc o nakładach w kontekście PKB – przypominać o fałszującej rzeczywistość metodzie wynikającej z ustawy.

Skoro dynamicznie rosną nakłady na ochronę zdrowia, skąd niezapłacone nadwykonania czy odmowy przyjmowania nowych pacjentów do programów lekowych?

by publicznie ogłaszać „otwieranie furtek” w obecnych przepisach i sugerować ograniczenie prawa lekarza do konsultowania decyzji z innymi specjalistami. Z dużej chmury mały deszcz. Minister zdrowia musiała wycofać się z zapowiedzi karania lekarzy i podmiotów leczniczych, którym nie wystarczałaby jedna opinia o wskazaniach do aborcji, przyznając publicznie, że prawo do konsultacji, łącznie z organizacją

► Izabela Leszczyna obiecała, że za każdym razem – mówiąc o nakładach w kontekście PKB – będzie przypominać o fałszującej rzeczywistość metodzie wynikającej z ustawy

Nawet jeśli Izabela Leszczyna słowa dotrzymała, jej partia – przeciwnie. Jesienią przy okazji zbliżającej się rocznicy wyborów parlamentarnych Koalicja Obywatelska wypuściła cykl grafik odnoszących się do obietnic wyborczych, a na jednej z nich umieściła (dez)informację, jakoby w przyszłym roku na zdrowie miało zostać przeznaczonych 6,5 proc. PKB. Bez gwiazdki i dopowiedzenia, że chodzi o PKB z 2023 r.

Ani prezesowi samorządu lekarskiego, ani ekonomistom, którzy w pierwszych miesiącach 2024 r. również rekomendowali „oczyszczenie” ustawy przychodowej z wadliwej metodologii, nie chodziło tylko, a na pewno nie przede wszystkim, o przekonanie, że sprawy publiczne powinny być wolne od kłamstwa. Finanse są fundamentem systemu i ustawa przychodowa również pełni rolę absolutnie fundamentalną. Trudno sobie wyobrazić stabilną budowlę opartą na fundamentach przygotowanych na sfalszowanych, niedających rękojmi materiałach. Eksperti od dłuższego czasu, a w ostatnim roku kilkakrotnie, wskazywali, jak ogromne konsekwencje, również dla planowania wydatków, ma utrzymywanie wprowadzającej w błąd reguły n-2. Wzmacnia ona fikcję i pozwala podtrzymywać tezę – fałszywą – o dynamicznym wzroście nakładów. Jeśli zaś nakłady dynamicznie rosną, skąd się biorą problemy, niezapłacone nadwykonania, opóźnienia w finansowaniu świadczeń nielimitowanych, odmowy przyjmowania nowych pacjentów do programów lekowych?

Bez fałszywej metodologii wiedzielibyśmy – czarno na białym – w jakim miejscu jesteśmy i jak niewiele w gruncie rzeczy pod względem realnego wzrostu nakładów na zdrowie wydarzyło się w ostatnich kilku latach. Nakłady wzrosły, ale wzrosły też bez porównania koszty. Po raz kolejny przekonaliśmy się w ochronie zdrowia, że choć przed rzeczywistością można uciekać, uciec się nie da.

REFUNDACJA I ODPOWIEDZIALNOŚĆ KARNA

Nie można przyjąć, że z punktu widzenia ochrony zdrowia rok 2024

zasługuje tylko na zapomnienie. Powoli (dużo wolniej niż oczekują pacjenci i lekarze) postępują zmiany w obszarze refundacji leków. Nie została zrealizowana obietnica automatyzacji refundacji, choć prace w tym zakresie można uznać za zaawansowane. Niewątpliwie dobrą zmianą jest rozszerzenie uprawnień do wystawiania recept „S” i „Dz” (w listopadzie projektem zajął się Sejm). Środowisko lekarskie od lat powtarzało i powtarza, że refundacja jest prawem pacjenta i do pacjenta powinna być przypisana. Nie jest to ani obowiązek, ani przywilej lekarza.

Zmiana polityczna zmieniła też – przynajmniej w pewnym stopniu – nastawienie wobec lekarzy. Niestety, nie w obszarze zarobków. Festiwal insynuacji dotyczących tego tematu trwa od końca pandemii, niezależnie od tego, kto rządzi – konstatacja smutna, ale prawdziwa. Natomiast bez wątpienia rok 2024 przyniósł duży przełom w kwestiach związanych z odpowiedzialnością karną lekarzy. Likwidację specjalnych zespołów prokuratorskich do spraw tzw. błędów medycznych można traktować jako pierwszy duży krok w kierunku

ku wprowadzenia do Kodeksu karnego klauzuli wyższego dobra, czyli takiego systemu *no fault*, jakiego lekarze od lat oczekują.

KIERUNKI LEKARSKIE

Pozytywnie, choć bez euforii, można ocenić też pierwsze decyzje w obszarze kształcenia przeddyplomowego, które zapadły między Ministerstwami Zdrowia oraz Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Brak zgody na nabór na pierwszy rok studiów w pięciu z dziewięciu skontrolowanych szkołach, które uruchomiły kierunek lekarski bez pozytywnej oceny PKA, może wydawać się krokiem niewystarczającym. Zasadna jest wątpliwość, czy szkoły te są w stanie jakościowo wykształcić studentów, którzy naukę rozpoczęli w poprzednim roku akademickim. Uwzględniając jednak kontekst prawny, trzeba docenić szybkość ścieżkę i konsekwencję ministrów, którzy byli (co jest tajemnicą poliszynela) poddawani naciskom, by takich decyzji nie podejmować.

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



foto: Aleksander Zieliński Kancelaria Sejmu

TEMAT NUMERU

Musimy nadrobić wieloletnie zaniedbania w stomatologii

Niskie wyceny świadczeń wykonywanych w ramach kontraktu z NFZ, brak nowoczesnych metod diagnostyki i leczenia w koszyku świadczeń gwarantowanych czy niedoskonały system zdobywania specjalizacji. Lista problemów polskiej stomatologii jest długa, a wymienione przykłady to czubek góry lodowej.

To nie jest łatwy proces, ale robimy wszystko, by wyrwać polską stomatologię z zapaści. Doprowadziliśmy do tego, że nasze opinie i postulaty trafiają we właściwe miejsce i są brane pod uwagę, a zjednoczenie środowiska lekarzy dentyków i mówienie jednym głosem znacznie ułatwiają wymuszanie koniecznych zmian – mówi Paweł Barucha, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej. – Od początku tej kadencji Naczelna Rada Lekarska oraz ja osobiście postawiliśmy sobie za cel, aby wreszcie coś w tej kwestii zmienić.

Wieloletnie zaniedbania sprawiły, że w niektórych dziedzinach system opieki stomatologicznej zatrzymał się w czasach PRL. Ale dzięki staraniom samorządu lekarskiego latem 2022 r. przy resorcie zdrowia powstała Rada ds. Rozwoju Stomatologii – organ pomocniczo-doradczy ministra.

Do zadań Rady należy proponowanie rozwiązań i zgłaszanie postulatów w zakresie: kształcenia przeddyplomowego na kierunku lekarsko-dentystycznym, kształcenia przeddyplomowego w innych zawodach mających zastosowanie w stomatologii, kształcenia podyplomowego lekarzy dentyków ze szczególnym uwzględnieniem szkolenia specjalizacyjnego i umiejętności przeznaczonych dla lekarzy dentyków, rozwoju zawodowego, w tym nabywania nowych kwalifikacji, zasad wykonywania zawodu lekarza dentydy oraz prowadzenia działalności leczniczej, w tym w szczególności praktyki zawodowej oraz zakresu i wyceny świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

ARTUR PEDRYC



HISTORYCZNE OSIĄGNIĘCIE

W radzie zasiadają konsultanci krajowi w dziedzinach stomatologicznych, przedstawiciele Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych, NFZ, AOTMiT oraz trzech departamentów resortu zdrowia.

– Powstanie Rady samo w sobie jest wielkim osiągnięciem samorządu lekarskiego. Do lipca 2022 r. (wtedy powstała Rada ds. Rozwoju Stomatologii – przypis red.) nie mieliśmy w Ministerstwie Zdrowia przedstawiciela, który reprezentowałby środowisko lekarzy dentyków. To bardzo ważne, bo problemy stomatologów różnią się od tych ogólnomedycznych. Wcześniej nawet jeśli mieliśmy spotkania z ministrem, to nasze problemy ginęły wśród tych zgłaszanych przez onkologów, kardiologów, pediatrów czy psychiatrów dziecięcych – stwierdza prof. dr. hab. Dorota Olczak-Kowalczyk, konsultant krajowa w dziedzinie stomatologii dziecięcej, członek Rady ds. Rozwoju Stomatologii.

Podobnie uważa prof. dr hab. Teresa Sierpińska, konsultant krajowa

w dziedzinie protetyki stomatologicznej. – Do tej pory nie było w Polsce miejsca, gdzie moglibyśmy mówić wyłącznie o stomatologii w tak szerokim gronie. Można tu rzeczowo dyskutować o problemach i podejmować ważne decyzje wpływające na obecną sytuację, ale także gwarantujące właściwy kierunek działań w przyszłości – stwierdza prof. Sierpińska, która również znalazła się wśród członków Rady.

WICEPREZES NRL PONOWNIE PRZEWODNICZĄCYM

Niestety Rada ma także mankamenty. Jednym z nich jest rotacyjność na stanowisku przewodniczącego – zmiana następuje co sześć miesięcy. W ostatnim czasie Radą kierowała osoba wskazana przez resort zdrowia, co „zaowocowało” brakiem jakiegokolwiek aktywności tego organu. Od 19 kwietnia do późnej jesieni nie odbyło się ani jedno posiedzenie.

W październiku przewodniczącym ponownie został Paweł Barucha, wiceprezes NRL, a już 18 października Rada zebrała się, by rozmawiać na temat możliwości

finansowania uczelni kształcących na kierunku lekarsko-dentystycznym oraz podmiotów biorących udział w kształceniu podyplomowym lekarzy dentystów.

– Chcę, żeby Rada znowu była miejscem intensywnej pracy na rzecz rozwoju stomatologii w Polsce. Będziemy organizować spotkania systematycznie, a nasza współpraca z nowymi konsultantami krajowymi oraz przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia na pewno przyniesie korzystne efekty – mówi przewodniczący Barucha.

LEPSZE METODY DIAGNOSTYKI I LECZENIA

Mimo iż Rada ds. Rozwoju Stomatologii jest tylko organem doradczym i na dodatek działa od zaledwie dwóch lat, już może się pochwalić wymiernymi osiągnięciami.

– Udało się poprawić wyceny procedur wykonywanych przez lekarzy dentystów w ramach kontraktu z NFZ. To ważne, bo za część świadczeń płacono poniżej kosztów – mówi prof. dr hab. Teresa Sierpińska. – Ponadto podjęliśmy działania zmierzające do wprowadzenia do koszyka świadczeń gwarantowanych nowych procedur. W przypadku mojej dziedziny chodzi między innymi o zdjęcia pantomograficzne na potrzeby diagnostyki oraz protezy typu overdenture. Wkrótce znikną z koszyka procedury, które są już nierealizowane, a zostaną zastąpione tymi, które się obecnie stosuje. Chcemy przecież leczyć zgodnie z aktualnymi standardami, a nie pozostawać w zaścianiu – dodaje ekspertka.

– Obecnie zgłaszamy bardzo dużo uwag w kwestii szkolenia podyplomowego. Istnieje kilka obszarów, które wymagają wyjaśnienia i próbujemy to robić. Dziś mamy do czynienia z sytuacją, w której wiele miejsc specjalizacyjnych pozostaje „zamrożonych”. Dzieje się tak, dlatego że młodzi lekarze dentyści zapisują się na kilka różnych specjalizacji jednocześnie. Wybierają jedną, ale pozostałe, jeśli dostali się na kilka, są zablokowane. Problem od jakiegoś czasu narasta, a my nie możemy sobie pozwolić na coś takiego. Nie dość, że mamy niewiele miejsc specjalizacyjnych, to jeszcze nie są one wykorzystane w odpowiedni sposób. Myślę, że wkrótce także ten problem zostanie rozwiązany – mówi prof. Sierpińska.

PANTOMOGRAM DLA DZIECI I DOROSŁYCH

Dzięki działaniom Rady spore zmiany mają od nowego roku nastąpić także w stomatologii dziecięcej.

– Już wcześniej wywalczono refundację pantomograficznych zdjęć dla dzieci i młodzieży w celu diagnostyki zmian

rozwojowych i zmian infekcyjnych w niektórych grupach pacjentów. Teraz w projekcie rozporządzenia uzyskaliśmy pozytywną ocenę na pantomogram dla pacjentów dorosłych. Oznacza to, że i chirurg, i lekarz stomatologii zachowawczej czy protetyk będą mogli zaplanować leczenie w oparciu o to ważne narzędzie diagnostyczne – tłumaczy prof. dr hab. Dorota Olczak-Kowalczyk.

NFZ wkrótce zapłaci za wizytę profilaktyczną w trzecim roku życia dziecka, która umożliwi ocenę parafunkcji i warunków zgryzowych, a także wdrożenie profilaktyki ortodontycznej oraz za co najmniej dwie wizyty adaptacyjne w trzecim roku życia w przypadku dzieci odczuwających lęk związany z zabiegiem stomatologicznym.

– W nowym koszyku znajdzie się również prawidłowe unieruchomienie zębów złamanych czy zwichniętych. Do tej pory refundowana była tylko procedura unieruchomienia zębów szyną drucianą, czego u dzieci nie wolno stosować, bo jest to bardzo traumatyczne dla przyzębia, dla tkanek. Wreszcie fundusz będzie płacił także za szyny elastyczne – informuje prof. dr hab. Dorota Olczak-Kowalczyk.

Ponadto w nowym koszyku znajdzie się PRR (Preventive Resin Restoration) – czyli nowoczesne wypełnienie zapobiegawcze. – Szczególnie cieszy mnie fakt, że dzięki staraniom całego naszego zespołu w nowym koszyku świadczeń gwarantowanych znajdzie się procedura lakierowania zębów mlecznych. To bardzo ważna forma profilaktyki dla dzieci – mówi, nie kryjąc satysfakcji, konsultant krajowa w dziedzinie stomatologii dziecięcej.

Ta tym nie koniec zmian. W koszyku świadczeń gwarantowanych ma się znaleźć także możliwość wykonania zabiegów stomatologicznych w znieczuleniu ogólnym u dzieci, które bardzo się boją, nie współpracują z lekarzem. Do tej pory takie leczenie było możliwe tylko w przypadku dzieci z niepełnosprawnością. Co do tego aspektu sprawności mają pewne obiekcje.

– Obawiam się, że znajdą się rodzice, którzy będą żądać wykonania zabiegu w znieczuleniu ogólnym, mimo iż ich dziecko może się zaadaptować i może być leczone

normalnie. Ewentualna decyzja o odmowie i potencjalne nieprzyjemne sytuacje z tym związane mogą spaść na lekarza dentyستę – obawia się prof. Olczak-Kowalczyk.

JEDNOLITE STANOWISKO KLUCZEM DO SUKCESU

Z tego, co dotychczas zdziałała Rada do spraw Rozwoju Stomatologii, zadowolony jest jej obecny przewodniczący Paweł Barucha. – Najbardziej cieszę się z tego, że wreszcie w Ministerstwie Zdrowia jest organ, który zajmuje się wyłącznie stomatologią. To daje nam platformę do rozmów z kompetentnymi i odpowiedzialnymi za poszczególne dziedziny osobami. Po drugie lekarze dentyści zaczęli wreszcie mówić jednym głosem – informuje wiceprezes NRL.

Pytany o konkretne działania wymienia: – Zablockowaliśmy projekt, w którym chciano zezwolić na wykonywanie pewnych procedur przez higienistki i asystentki stomatologiczne bez nadzoru lekarza dentysty. Wywalczyliśmy wyższe wyceny na niektóre zabiegi stomatologiczne i staramy się podobne zmiany przełamać w przypadku kolejnych. Dzięki wspólnym działaniom Naczelnej Rady Lekarskiej i Rady do spraw Rozwoju Stomatologii udało się zablokować niekorzystne zmiany w BDO (Baza Danych Odpadów – przypis red.). Gdybyśmy tego nie zrobili, w gabinetach trzeba by zatrudniać asystentów do spraw BDO. Samorząd się nie ugiął mimo presji, dzięki czemu lekarze nie mają dodatkowych obostrzeń oraz kosztów. Z kolei przy okazji wprowadzania „ustawy Kamilkowej” też musieliśmy uświadomić decydentom, że gabinet dentystryczny nie jest miejscem, gdzie może dochodzić do krzywdzenia dziecka, bo przecież proces leczenia musi być przeprowadzany w obecności rodzica lub opiekuna. Natomiast gabinet dentystryczny często właśnie jest tym miejscem, w którym ujawnia się przemoc wobec dzieci – przekazuje Paweł Barucha. Dodaje przy tym, że ma świadomość, jak wiele jeszcze zostało do zrobienia, i składa konkretną deklarację: – Mogę zapewnić, że zarówno samorząd lekarski, jak i członkowie Rady działającej przy ministrze zdrowia, której obecnie przewodniczę, robią wszystko, by jak najszybciej nadrobić wieloletnie zaniedbania w polskiej stomatologii. ●

SAMORZĄDOWE PODSUMOWANIE 2024 ROKU

Przywracamy status zawodu

Naczelna Rada Lekarska rozpoczęła XI kadencję pod hasłem „Samorząd przyszłości – słuchać, angażować, działać skutecznie”. Nadzwyczajny XVI Krajowy Zjazd Lekarzy był dowodem wprowadzenia tej maksymy w życie. Dzięki wsłuchaniu się w głos środowiska skutecznie przeprowadzono ważne zmiany w Kodeksie Etyki Lekarskiej i w regulaminie wyborczym.

Cel, jaki postawiła sobie NRL, to przywrócenie należnego statusu, na jaki zasługuje zawód lekarza. Prestiż, godność i atrakcyjność zawodu nigdy dotąd nie stały tak wysoko, o czym świadczą coraz lepsze warunki, w jakich lekarze funkcjonują na co dzień. Taki stan to głównie efekt działań podejmowanych w obecnej kadencji.

ETYKA I SOLIDARNOŚĆ

Kodeks Etyki Lekarskiej, opracowany w 1991 r. i nowelizowany w 1993 r. oraz w 2003 r., przez ponad dwie dekady nie został dostosowany do lekarskiej codzienności w kwestiach wykonywania zawodu, wymogów czy nowych narzędzi. Stąd Komisja Etyki Lekarskiej NRL od początku obecnej kadencji pracowała nad przygotowaniem nowelizacji. Nowy kodeks jest bardziej jednoznaczny i lepiej dostosowany do obecnych realiów, aktualnych wyzwań i oczekiwań w obszarze medycyny.

– To olbrzymi sukces i epokowe wydarzenie dla całego lekarskiego środowiska, które pokazało zjednoczenie samorządu w najważniejszych kwestiach, takich jak etyka zawodowa – zaznacza wiceprezes NRL Mateusz Kowalczyk.

Samorząd lekarski po tragedii, która dotknęła południową część Polski, włączył się także w pomoc lekarzom, którzy ucierpieli w związku z powodzią. W skoordynowane działania pomocowe zaangażowały się Naczelna Izba Lekarska, Fundacja Lekarze Lekarzom i okręgowe izby lekarskie.

Solidarność i zjednoczenie samorządu lekarskiego przejawiało się też w postawie wobec najbardziej palących problemów ochrony zdrowia. Na początku 2024 r. 22 prezesów okręgowych rad

lekarskich podzieliło się historią swojej codzienności w rzeczywistości polskiego systemu ochrony zdrowia, domagając się lepszych warunków leczenia dla pacjentów i swoich kolegów lekarzy w ramach kampanii „Jestem lekarzem, jestem człowiekiem”.

O poczuciu solidarności i zjednoczeniu świadczy także umacnianie relacji Naczelnej Izby Lekarskiej z izbami okręgowymi, które regularnie odwiedza prezes NRL. – By

Obrona lekarzy i lekarzy dentystów przed nadużyciami i dbanie o ich dobre imię jest jednym z zadań samorządu lekarskiego

zapoznać się z potrzebami i specyfiką funkcjonowania środowiska lekarskiego w różnych regionach Polski oraz przekazać najważniejsze sprawy dla NIL, nie widzę innej możliwości, jak rozmowa twarzą w twarz z naszymi kolegami z okręgowych izb lekarskich. To mój obowiązek – komentuje Łukasz Jankowski.

RZETELNOŚĆ I WIEDZA

Naczelna Izba Lekarska zabiega także o zapewnienie jak najlepszych warunków kształcenia przyszłych lekarzy i lekarzy dentystów. W mijającym roku doprowadziło to do wydania przez Polską Komisję

Akredytacyjną negatywnej oceny kierunków lekarskich na Akademii Nauk Stosowanych w Nowym Targu, Akademii Nauk Stosowanych w Nowym Sączu, Akademii Nauk Stosowanych im. Księcia Mieszka I w Poznaniu oraz Społecznej Akademii Nauk z siedzibą w Łodzi.

Już w listopadzie 2022 r. prezes NRL skierował pismo do Komisji Europejskiej w sprawie interpretacji przepisów dotyczących minimalnych wymogów kształcenia lekarzy. NRL niejednokrotnie zabierała głos w sprawie jakości kształcenia na nowych kierunkach lekarskich podczas obrad Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych. Nie zbrakło także spotkań prezesa NRL z szefem PKA, rozmów dotyczących jakości kształcenia z ministrami i parlamentarzystami oraz szeroko zakrojonych działań medialnych NIL, w których samorząd przedstawiał swoje diagnozy i rekomendacje związane ze wzmacnianiem kadrowym systemu ochrony zdrowia.

– Nie jesteśmy przeciwni żadnej uczelni medycznej, ale zależy nam na tym, by kierunki lekarskie były w stanie zagwarantować wysoką jakość kształcenia. Musimy mieć pewność, że nasze koleżanki i koledzy będą posługiwać się tym samym językiem medycznym, co pozostali lekarze. Stąd po stronie NRL szereg działań na rzecz jakości kształcenia – mówi przewodniczący Komisji Kształcenia Medycznego NRL Damian Patecki.

W obecnym systemie – obwarowanym biurokracją i obciążonym

► Jedno z zainaugurowanych
w 2024 roku śniadań
prasowych w siedzibie NIL

brakiem regulacji dotyczących bezpieczeństwa – lekarze nie mogą w pełni wykorzystać swojego potencjału wiedzy i doświadczenia. Stąd forsowana w 2024 r. przez samorząd lekarski klauzula wyższego dobra, czyli zmiana w Kodeksie karnym wprowadzająca zwolnienie od kary za niezawinione błędy medyczne – poza przypadkami, kiedy lekarz popełnił błąd pod wpływem alkoholu lub innych środków odurzających albo dopuścił się rażącego zaniedbania. Po kilku spotkaniach prezesa NRL Łukasza Jankowskiego z ministrem sprawiedliwości Adamem Bodnarem po stronie rządzących widać zrozumienie i potrzebę zmian.

Na straży jakości oraz medycyny opartej na zasadach najnowszej wiedzy medycznej stoi Rada Ekspertów powołana pierwszy raz w obecnej kadencji NRL. 28 wybitnych specjalistów świata medycznego skupionych w tym gremium opiniuje najważniejsze doniesienia dotyczące stosowanych współcześnie terapii i przeciwdziała dezinformacji. Szczególnie głośnym echem odbiły się stanowiska rady, w których sprzeciwiała się stosowaniu metody ILADS w leczeniu boreliozы czy konfrontowała się z poglądami zniechęcającymi do szczepienia się przeciw HPV.



foto.: Karolina Bartyzel

OCHRONA LEKARZY

Obrona lekarzy i lekarzy dentystów przed nadużyciami i dbanie o ich dobre imię jest jednym z zadań samorządu lekarskiego, co unaoczniała opinia publiczna sytuacja, gdy NIL stanęła w obronie lekarza, którego dane wrażliwe dotyczące przyjmowanych leków i wystawionej recepty upublicznił ówczesny minister zdrowia. Natychmiast po publikacji prezes NRL zawiadomił premiera o całkowitej utracie zaufania środowiska lekarskiego do ministra oraz zwrócił się do prokuratury, Urzędu Ochrony Danych Osobowych, Rzecznika Praw Obywatelskich i Rzecznika Praw Pacjenta

w związku z naruszeniem przepisów dotyczących danych osobowych. Prokuratura Okręgowa w Warszawie skierowała akt oskarżenia przeciwko byłemu ministrowi.

– Powołany w reakcji na to nadużycie Zespół ds. Monitorowania Naruszeń w Ochronie Zdrowia, który zajmuje się przeciwdziałaniem zagrożeniom szkodzącym bezpieczeństwu pacjentów i lekarzy oraz utrudniającym sprawne funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia, obecnie rozpatruje ok. 110 zgłoszeń nie tylko lekarzy – informuje Jakub Kosikowski, rzecznik prasowy NIL.

Wymierny wpływ na jakość i bezpieczeństwo wykonywania zawodu lekarzy mają rozmowy prezesa NRL z ministrem sprawiedliwości. Dzięki nim udało się przełamać likwidację specjalnych wydziałów zajmujących się sprawami błędów medycznych w prokuraturach regionalnych. Zmiana ma na celu uproszczenie procedur i skupienie się na rozwiązywaniu problemów w ramach systemu ochrony zdrowia. To wyraźne zbliżenie do prac nad nowymi regulacjami dotyczącymi wprowadzenia wspomnianej klauzuli wyższego dobra.

Efektywne rozmowy samorządu lekarskiego z decydentami doprowadziły do wydania NFZ przez minister zdrowia zalecenia do zawarcia ugód sądowych z niesłusznie ukaranymi lekarzami za przepisywanie najmłodszym pacjentom preparatu mlekozastępczego. NIL od dawna działa na rzecz zmiany



◀ Prezes Łukasz
Jankowski na
spotkaniu w resorcie
zdrowia

foto.: archiwum



◀ Autorytet samorządu w najbardziej palących kwestiach ochrony zdrowia potwierdza obecność mediów podczas spotkań w NIL

foto: Karolina Bartyzel

przepisów nakładających na lekarzy obowiązek określania na receptach poziomu refundacji. NRL powołała także zespół niezależnych ekspertów ds. merytorycznej oceny preskrypcji preparatów mlekozastępczych, który jednogłośnie uznał, że istniały medyczne wskazania do przepisywania tych środków w rozpatrywanych sprawach.

– Za nami długa i trudna droga, w którą NIL zaangażowała wiele osób, by udowodnić, że kary za tzw. nieadekwatną refundację w takiej formie i wysokości były przez NFZ nałożone niesłusznie. Trwa etap indywidualnego ustalania ugód z NFZ. W jednym przypadku zawarto ugodę, w trzech NFZ już wycofał pozwy. To ważny krok dla bezpieczeństwa najmniejszych pacjentów potrzebujących wspomnianych preparatów oraz lekarzy, którzy dla ratowania ich zdrowia i życia wystawiali potrzebne recepty – komentuje Maria Kłosińska, kierownik Działu Komunikacji NIL.

Dzięki samorządowi lekarskiemu 2024 r. przyniósł zmiany w dostępności znieczuleń podczas porodów naturalnych. Z początkiem lipca w ramach rozporządzenia prezesa NFZ wprowadzono premie finansowe dla placówek, które podniosą odsetek zastosowań znieczuleń zewnątrzoponowych lub podpajęczynówkowych w ogólnej liczbie porodów naturalnych.

– Samorząd lekarski wielokrotnie apelował do rządzących o zainicjowanie działań, aby zapewnić każdej kobiecie dostęp do znieczulenia w czasie porodu. Liczymy, że wycena tego świadczenia będzie sukcesywnie rosła, aby podnosić

jakość polskiej opieki okołoporodowej – ocenia Damian Patecki.

Jednym z zadań samorządu lekarskiego jest także egzekwowanie poprawności wykonywania zawodu przez organy odpowiedzialności zawodowej, które w ramach działalności izb lekarskich rozpatrują sprawy zgłaszane przez pacjentów i lekarzy. W 2024 r. NRL opracowała nowy portal prawomocnych orzeczeń sądów lekarskich, który został stworzony w celu poprawy transparentności procesu wydawania orzeczeń.

– Dzięki udostępnieniu zanonimizowanych treści orzeczeń zarówno opinia publiczna, jak i sami lekarze będą mieć możliwość zapoznania się z decyzjami sądów lekarskich w sposób łatwy i szybki – przypomina Grzegorz Wrona, sekretarz NRL.

KEL, WYBORY, INNOWACJE

W znowelizowanym Kodeksie Etyki Lekarskiej znalazł się artykuł regulujący zasady korzystania ze sztucznej inteligencji. Tegoroczny NKZL wprowadził również zmiany w regulaminie wyborów. Jedną z najważniejszych nowelizacji jest umożliwienie elektronicznego oddania głosu członkom samorządu. Realizując projekt elektronicznych wyborów, NIL kładzie nacisk na wygodę całego procesu, co może podnieść frekwencję i zachęcić do głosowania tych lekarzy, którzy do tej pory z różnych przyczyn nie mogli wziąć udziału w wyborach

w siedzibie danej okręgowej izby lekarskiej.

Ważnym krokiem w cyfryzacji profesji lekarza było także wprowadzenie rozporządzenia dotyczącego możliwości posiadania dokumentu Prawo Wykonywania Zawodu lekarza i lekarza dentystry w aplikacji mObywatel. To spełnienie postulatu samorządu lekarskiego. Na początku kwietnia Prezydium NRL pozytywnie oceniło projekt rozporządzenia ministra zdrowia i zwróciło uwagę na konieczność oznaczenia dokumentów o ograniczonym zakresie oraz ujednolicenia terminologii i kolorystyki. NRL zauważyła potrzebę uwzględnienia prawa wykonywania zawodu lekarza na czas nieokreślony przyznawanego cudzoziemcom. Wskazania te spotkały się ze zrozumieniem ministerstwa, dzięki czemu e-PWZ otwiera nowe możliwości cyfryzacji zawodu.

Miniony rok pokazał, że NIL odgrywa kluczową rolę jako lider i ambasador innowacyjności w systemie ochrony zdrowia. Powołana Sieć Lekarzy Innowatorów NIL IN aktywnie wspierała wykorzystanie i rozwój nowych technologii w medycynie oraz propagowanie wiedzy na temat innowacji i telemedycyny wśród medyków. Podjęta w tym roku współpraca z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji poszerza możliwości NIL IN.

– Rola NIL IN w kształtowaniu świadomości na temat innowacji medycznych wzrasta, co potwierdza również fakt tegorocznego współtworzenia koalicji na rzecz cyberbezpieczeństwa, w której skład weszły: Fundacja Healthcare Poland, Centralny Ośrodek Badań, Innowacji i Kształcenia NIL, Polska Federacja Szpitali oraz Krajowa Izba Domów Opieki – mówi wiceprezes NRL Paweł Barucha.

MEDIA I INTEGRACJA

Za sprawą zainaugurowanych w tym roku śniadań prasowych, które odbywały się w siedzibie NIL cyklicznie, samorząd lekarski sygnalizował najważniejsze dla polskiej ochrony zdrowia problemy, prezentując jednocześnie systemowe diagnozy. Ekspertki NIL dementowały publicznie powielane stereotypy dotyczące m.in. kształcenia, wskazywali na potrzebę wysokiej jakości

► Obrady Nadzwyczajnego
Krajowego Zjazdu Lekarzy

opieki nad pacjentem czy optymalizacji pracy lekarzy. Obecność mediów podczas porannych spotkań w NIL potwierdza autorytet samorządu w najbardziej palących kwestiach związanych z systemem opieki zdrowotnej.

Ważnym głosem lekarskich potrzeb były częste spotkania prezesa NRL Łukasza Jankowskiego z członkami rządu, dzięki czemu proces rozwiązywania spraw ważnych dla lekarzy nabrał tempa. Spotkania i rozmowy te zaowocowały m.in. wycofaniem przez ministra sprawiedliwości i prokuratora generalnego złożonego przez poprzedniego szefa resortu sprawiedliwości wniosku do Trybunału Konstytucyjnego, który podważał zasady funkcjonowania samorządu lekarskiego.

Prezes NRL zwracał się również do premiera Donalda Tuska w reakcji na wypowiedzi polityków uderzające w godność zawodu – jak w przypadku wypowiedzi ministra Jerzego Szafrańciewicza czy posła KO Przemysława Witka, insynuujących, że zły stan finansów w ochronie zdrowia leży po stronie zbyt wysokich pensji lekarzy.

– W końcu to także wyegzekwowanie głośno omawianej w mediach kwestii sześciuosobowego składu zespołu powołującego dyrektora CMKP, do którego należeć będzie dwóch członków samorządu lekarskiego, oraz



fot.: Karolina Bartyzel

możliwość przyznawania certyfikatów umiejętności zawodowych przez samorząd, co wcześniej było zarezerwowane jedynie dla towarzystw naukowych i instytutów badawczych. Ta zmiana znacząco ułatwi lekarzom rozwój zawodowy w zakresie zdobywania nowych umiejętności. Zgłaszany przez wiele lat postulat NIL znalazł zrozumienie wśród decydentów dopiero podczas obecnej kadencji samorządu lekarskiego – podkreśla Łukasz Jankowski.

Praca dla środowiska lekarskiego to także integracja. Organizacja

Igrzysk Lekarskich 2024 po raz pierwszy w całości przez NIL i odbyte w ich trakcie posiedzenie Naczelnej Rady Lekarskiej przejdą do historii.

– Tegoroczne Igrzyska Lekarskie przeszły do historii również za sprawą rekordowej frekwencji. Niemal 800 lekarzy sportowców przez cztery dni rywalizowało w kilkunastu dyscyplinach na obiektach Centralnego Ośrodka Sportu w Cetniewie. To efekt, który motywuje do kontynuowania tej inicjatywy w przyszłości – przypomina Klaudiusz Komor, wiceprezes NRL.



fot.: Maria Kłosińska

◀ Ceremonia
wręczenia medali
podczas Igrzysk
Lekarskich
w Cetniewie**PRZED SAMORZĄDEM...**

W 2024 r. udało się wiele osiągnąć, nie oznacza to jednak, że starania samorządu lekarskiego o jak najlepszą kondycję ochrony zdrowia i poprawę warunków, w jakich pracują lekarze, oraz umacnianie środowiskowej integracji ustaną. Przed przedstawicielami NIL walka o wprowadzenie automatycznego systemu określania stopnia refundacji, zmniejszenie wymogów biurokratycznych wobec lekarzy, poprawę i dofinansowanie systemu. Samorząd będzie też kontynuował rozmowy i starania o wprowadzenie do polskiego prawodawstwa przepisów o klauzuli wyższego dobra, która przełoży się na zwiększanie bezpieczeństwa i jakości leczenia pacjentów. •

Materiał przygotował Dział
Komunikacji NIL

AKTUALNOŚCI

Czy prezydencja w UE wyjdzie nam na zdrowie?

MARIUSZ TOMCZAK

DZIENNIKARZ

Historia się nie powtarza, lecz rymuje. Polska stoi u progu objęcia prezydencji w Radzie Unii Europejskiej, co ponownie przypadnie na okres rządu premiera Donalda Tuska. Jak wykorzystamy ten czas?

1 stycznia 2025 r. Polska przejmie na pół roku prezydencję w Radzie Unii Europejskiej, czyli głównym organie decyzyjnym UE, który składa się z ministrów reprezentujących rządy wszystkich państw członkowskich. Rada m.in. koordynuje politykę krajów należących do wspólnoty i przyjmuje akty prawne. Zawiera umowy między UE a innymi krajami lub organizacjami międzynarodowymi, a także wspólnie z Parlamentem Europejskim przyjmuje plan roczny całej Unii.

Mimo że Polska jest od ponad 20 lat członkiem UE, wiedza na temat jej funkcjonowania jest niewielka. Ale to nie tylko nasza specyfika. Wystarczy zapytać Niemca, Czecha, Francuza czy Hiszpana np. o to, jaka jest różnica między Radą UE a Radą Europejską i Komisją Europejską, a podobnie jak wielu naszych rodaków szeroko wybałuszy oczy ze zdziwienia. Część być może pomyli ją nawet z Radą Europy. A przecież media często relacjonują efekty prac tego organu, poświęcając mu czasami znaczną część czasu antenowego lub dużo miejsca na pierwszej stronie w gazecie.

NA KONKRETY TRZEBA ZACZEKAĆ

Prezydencja oznacza przede wszystkim kierowanie pracami Rady UE nad ustawodawstwem oraz dbanie o ciągłość działań Unii, porządek procedur legislacyjnych i jak najlepszą współpracę

państw członkowskich, co w praktyce oznacza szukanie kompromisu w ramach procesu podejmowania decyzji przez 27 państw członkowskich. To także reprezentowanie Rady w kontaktach z innymi instytucjami unijnymi i organami, zwłaszcza z Komisją Europejską i Parlamentem Europejskim. Państwo przewodniczące pracom powinno pełnić rolę bezstronnego mediatora i arbitra.

Kancelaria Prezesa Rady Ministrów informuje, że priorytety prezydencji Polski będą oficjalnie

Prezydencja to nic innego jak szukanie kompromisu w ramach procesu podejmowania decyzji przez 27 państw członkowskich

przedstawione w miesiącu poprzedzającym jej objęcie. Nieoficjalnie dowiedziałem się, że prawdopodobnie dojdzie do tego w połowie grudnia i dopiero od tego momentu wszystko będzie jasne. Od dawna w debacie publicznej toczy się szeroka dyskusja nad zagadnieniami, jakie UE powinna wywiesić na swój sztandar, w czasie gdy Polska

obejmie prezydencję. Zgłoszono mnóstwo pomysłów.

BEZPIECZEŃSTWO PRZED WSZYSTKIM

– Naszym głównym przesłaniem jest bezpieczeństwo w siedmiu filarach: militarne, energetyczne, żywnościowe, ekonomiczne, zdrowotne, informacyjne i cywilne – powiedziała w niedawnej rozmowie z „Rzeczpospolitą” Magdalena Sobkowiak-Czarnecka, podsekretarz stanu w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów w pionie ds. Unii Europejskiej, zapytana, co Polska będzie chciała osiągnąć, stając przez pół roku na czele Unii. Priorytetem będzie bezpieczeństwo militarne, co mało kogo dziwi w kontekście inwazji Rosji na Ukrainę, która trwa już blisko trzy lata, ma krwawy przebieg i niesie ze sobą bardzo negatywne konsekwencje dla naszego sąsiada.

Rośnie świadomość, że w związku z zaostrzającą się sytuacją międzynarodową wygasa tzw. renta pokojowa. Jest to coraz powszechniej obecne także wśród najważniejszych urzędników w Brukseli, którzy mówią, że epoka pokoju na Starym Kontynencie skończyła się w lutym 2022 r. wraz z rozpoczęciem rosyjskiej inwazji na Ukrainę, za czym muszą pójść większe wydatki na szeroko rozumiane bezpieczeństwo.

► Państwo przewodniczące
pracom Rady UE powinno pełnić rolę
bezbstronnego mediatora

– Rosja sprowadziła z powrotem wojnę do Europy. Zagrożenie zbrojnym atakiem na państwo członkowskie Unii Europejskiej jest wyższe niż kiedykolwiek wcześniej od zakończenia zimnej wojny – oceniła w połowie listopada przewodnicząca Komisji Europejskiej Ursula von der Leyen podczas forum współpracy fińsko-szwedzkiej w Espoo. Zwróciła też uwagę na kwestie związane z zabezpieczeniem produkcji szczepionek i strategicznych surowców, nie tylko medycznych.

JAKIE BĘDĄ PRIORYTETY ZDROWOTNE?

W listopadzie Ministerstwo Zdrowia przekazało redakcji „Gazety Lekarskiej”, że główne priorytety zdrowotne na okres prezydencji obejmują:

- cyfrową transformację opieki zdrowotnej,
- promocję zdrowia i profilaktykę chorób,
- zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży.

Z nieoficjalnych informacji, które uzyskałem z kręgów rządowych, wynika, że lista ta nie powinna już ulec większym zmianom. Oficjalnie potwierdził to także resort zdrowia: „Na obecnym etapie, z uwagi na stan zaawansowania przygotowań, nie jest możliwa zmiana priorytetów. Trwa proces doprecyzowania poszczególnych tematów realizowanych w ramach wydarzeń prezydencji”. Z drugiej strony w świecie polityki nigdy nie ma nic pewnego i jeśli dojdzie do jakiejś korekty, nie należy być zaskoczonym.

Resort zdrowia zapewnia, że od dawna jest w stałym kontakcie z Komisją Europejską i Sekretariatem Głównym Rady UE na szczeblu ministerialnym i poziomie eksperckim. Urzędnicy mówią o wsparciu priorytetów prezydencyjnych w obszarze zdrowia zarówno ze strony Komisji, jak i Sekretariatu Głównego Rady.

„Z uwagi na cykl instytucjonalny UE obecnie prezentowane są kolejne listy tematów kluczowych oraz priorytetów w ramach portfolio m.in. przewodniczącej Komisji Europejskiej oraz poszczególnych kandydatów na komisarzy. Wiele tematów planowanych w obszarze zdrowia pokrywa się z priorytetami wyznaczonymi przez Ministerstwo



foto: Mauro Bottaro

Zdrowia do zrealizowania podczas sześciomiesięcznego przewodnictwa w Radzie UE oraz w ramach trio prezydencji” – poinformował resort na początku listopada.

WSPÓLNIE Z DANIA I CYPREM

System trio prezydencji oznacza bliską współpracę trzech państw kolejno po sobie sprawujących 6-miesięczne przewodnictwo w Radzie UE. Przygotowują one wspólnie

Prezydencja daje możliwość
wzmocnienia pozytywnego wizerunku
Polski na arenie międzynarodowej oraz
stanowi okazję do przełamywania
stereotypów

z Komisją Europejską 18-miesięczny program pracy, na podstawie którego każde z trzech państw opracowuje własny, bardziej szczegółowy program, obejmujący pół roku. Kadencja przypada co 13,5 roku.

Obecne trio składa się z Hiszpanii, Belgii i Węgier. Do 31 grudnia 2024 r. Radzie UE przewodniczą Madziarzy. Wśród siedmiu głównych priorytetów prezydencji węgierskiej są kwestie dotyczące konkurencyjności, polityki obronnej, polityki rozszerzenia, nielegalnej migracji, polityki spójności i rolnictwa. Ich poprzednicy, Belgowie, za jeden z priorytetów – choć niejedyny – uznali wzmocnienie odporności UE na przyszłe zagrożenia w obszarze zdrowia. Z kolei w czasie prezydencji hiszpańskiej sprawy związane z ochroną zdrowia nie znalazły się na pierwszym planie.

Polska będzie tworzyć trio wspólnie z Danią i Cyprzem, czyli identycznie jak w drugiej połowie 2011 r., gdy po raz pierwszy objęliśmy rotacyjne przewodniczenie Radzie UE. Wtedy szefem rządu był także Donald Tusk. W tym okresie w naszym kraju odbyły się 452 spotkania, w tym 20 posiedzeń unijnych ministrów, 30 konferencji na szczeblu ministerialnym i ponad 300 spotkań eksperckich, a w Brukseli miało miejsce aż 1940 różnych spotkań pod przewodnictwem Polski.



◀ *Priorytety prezydencji
Polski będą oficjalnie
ogłoszone w grudniu*

foto: Krystian Maj/KPRM

CO ZAPROPONOWAŁ PREZES NRL

Przez ostatnie kilkanaście miesięcy w debacie publicznej pojawiło się wiele propozycji dotyczących priorytetów w obszarze ochrony zdrowia na czas polskiej prezydencji. Pół roku temu, podczas Europejskiego Kongresu Gospodarczego w Katowicach, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Łukasz Jankowski powiedział, że na tle innych państw mamy udane doświadczenia, m.in. we wdrażaniu e-recept i e-zwolnień, dlatego warto postawić na promowanie cyfryzacji w ochronie zdrowia oraz rozwój i wdrażanie innowacji w medycynie. W jego ocenie ważnym polem do dyskusji powinny być także sprawy dotyczące medyków, a zwłaszcza troska o wysoką jakość kształcenia i ograniczenie braków kadrowych. Prezes NRL zaproponował, aby rozważyć stworzenie „europejskiego systemu kształcenia kadr medycznych”.

– W nowej prezydencji trzeba mieć odwagę, aby wezwać UE do podniesienia podatków zarówno na alkohol, jak i na tytoń. To samo dotyczy napojów słodzonych. W wielu krajach takie prawo już obowiązuje, ale przepisy nie są w pełni zharmonizowane. Przed Polską stoi duże wyzwanie – mówiła kilka tygodni temu dr Nino Berdzuli, dyrektor biura Światowej Organizacji Zdrowia

(WHO) w Europie, podczas jednej z branżowych konferencji.

Prof. Jarosław Pinkas, do niedawna konsultant krajowy w dziedzinie zdrowia publicznego, wiele razy apelował, by listę priorytetów polskiej prezydencji ograniczyć do najważniejszych kwestii, a przede

Przewodnictwo w Radzie UE umożliwia
wypracowanie sobie opinii merytorycznego
partnera na długie lata

wszystkim do obszaru zdrowia publicznego i medycyny stylu życia. Z kolei z ankiety przeprowadzonej przez redakcję „Rynku Zdrowia” wynika, że w kontekście ochrony zdrowia najistotniejszymi zagadnieniami są: poprawa dostępu do nowoczesnych terapii i leków, rozwój cyfryzacji systemów ochrony zdrowia oraz wzmocnienie profilaktyki zdrowotnej.

NIWYKORZYSTANY POTENCJAŁ

W ostatnich miesiącach pojawiały się też apele o wzmocnienie

bezpieczeństwa lekowego, w tym wsparcie produkcji substancji czynnych i leków gotowych, co wydaje się bardzo ważne z uwagi na to, że unijny rynek leków jest podatny na kryzysy, a medykamenty dostępne w europejskich aptekach są sprowadzane głównie z Azji. – W ostatnich latach w Unii Europejskiej zwiększyły się około 20-krotnie braki lekowe niektórych popularnych leków – powiedział Krzysztof Kopec, prezes Polskiego Związku Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego.

W czasie styczniowej konferencji poświęconej priorytetom zdrowotnym polskiej prezydencji, zorganizowanej przez Instytut Rozwoju Spraw Społecznych, dr Igor Radziejewicz-Winnicki, były wiceminister zdrowia, a od niedawna prezes PZU Zdrowie, zwrócił uwagę na wiodącą pozycję Polski jako producenta leków w Europie Środkowej. – To jest wielkie wyzwanie dla polskiej prezydencji, by w jak największym stopniu uzyskać korzyści pod postacią wzrostu produkcji substancji czynnych i wzmocnienia siły polskiego przemysłu farmaceutycznego – powiedział.

CO JEST NAJWAŻNIEJSZE

– Zdrowie jest najważniejsze, dlatego powinno być priorytetem prezydencji. W Unii Europejskiej jest bardzo mało krajów, które są zadowolone z funkcjonowania opieki zdrowotnej i nie chciałyby nic poprawić. W całej Unii powinniśmy bardziej skoncentrować się na profilaktyce, która jest inwestycją w zapobieganie chorobom i dzięki której da się sporo zaoszczędzić na kosztach leczenia – mówi Klaudiusz Komor, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej.

W jego ocenie należy kłaść większy nacisk na zapobieganie chorobom układu sercowo-naczyniowego i chorobom onkologicznym, które są „głównymi zabójcami” w całej UE, także w Polsce. I to powinno znaleźć się w unijnej agendzie przez najbliższe pół roku. Ta opinia nie powinna dziwić, bowiem pochodzi od ordynatora Oddziału Kardiologii i Kardiologii Beskidzkiego Centrum Onkologii – Szpitala Miejskiego im. Jana Pawła II w Bielsku-Białej, który doskonale zna skalę problemu.

– Profilaktyka w tym obszarze powinna być traktowana priorytetowo. Jest udowodnione ponad wszelką wątpliwość, że profilaktyka ogranicza liczbę zachorowań i śmiertelność, a w kardiologii i onkologii pozostaje jeszcze bardzo wiele do zrobienia – podkreśla dr Klaudiusz Komor. I dodaje, że Polska powinna promować sprawy związane ze zdrowiem, ponieważ jest jednym z najliczniejszych państw w UE, wiedza naszych lekarzy jest na wysokim poziomie, a naukowcy z Polski są znani i cenieni za granicą. – Możemy wnieść cenny wkład w promocję zdrowia w UE – uważa.

POLSKI PRZEKAZ PÓJDZIE W ŚWIAT

Prezydencja wiąże się z długimi i żmudnymi przygotowaniami oraz wieloma obowiązkami i wyzwaniem. Ten czas przyczynia się do zwiększenia wpływu na decyzje podejmowane w UE i pozwala współkształtować kierunek rozwoju całej wspólnoty. Ale to coś więcej niż tylko szansa na bycie usłyszonym, ponieważ przewodnictwo w Radzie UE umożliwia wypracowanie sobie opinii merytorycznego partnera na długie lata. Instytucje państwowe i zatrudnieni w nich urzędnicy mają szansę podnieść poziom kompetencji, co może przełożyć się na skuteczność w zabieganiu o realizację interesów

Rzeczypospolitej w przyszłości. Postulatów w obszarze zdrowia też.

Prezydencja daje możliwość wzmocnienia pozytywnego wizerunku Polski na arenie międzynarodowej oraz stanowi okazję do przełamywania stereotypów, które drzemią zarówno wśród innych narodów, jak i wśród nas, np. z powodu burzliwej historii i bycia przez ostatnie pokolenia po biedniejszej stronie Starego Kontynentu. Okazji ku temu jest naprawdę sporo,

Zdrowie jest najważniejsze,
dlatego powinno być
priorytetem prezydencji Polski
w Unii Europejskiej

m.in. dlatego że kraj sprawujący prezydencję organizuje wiele formalnych i nieformalnych posiedzeń. Są one okazją do rozmów w kuluarach – ważnych, choć nie zawsze docenianych.

WZMOCNIĆ „GŁOS ZDROWOTNY”

W ramach prezydencji Polska będzie gospodarzem wielu narad, spotkań i konferencji z udziałem przedstawicieli wszystkich państw członkowskich UE, które nie ograniczą się tylko do wydarzeń organizowanych przez administrację centralną. „Chcemy, aby cele naszego przewodnictwa były dyskutowane znacznie szerzej: na wydarzeniach organizowanych przez różnorodne grono instytucji, m.in. samorządy, organizacje obywatelskie, przedsiębiorców, think tanki, szkoły etc.” – napisano na stronie internetowej Kancelarii Prezesa Rady Ministrów.

A w jaki sposób Polska zamierza promować tematykę związaną z szeroko rozumianą ochroną zdrowia w czasie prezydencji? Ministerstwo Zdrowia zapowiada, że w pierwszym półroczu 2025 r. planuje organizację wielu spotkań, konferencji i wydarzeń międzyresortowych na szczeblu eksperckim i ministerialnym, które będą okazją do promowania zdrowia w UE i na świecie.

„Wydarzenia polskiej prezydencji w zdrowiu będą koncentrowały się m.in. wokół tej tematyki, zwracając uwagę państw członkowskich na to zagadnienie. Należy podkreślić, że czas sprawowania przewodnictwa w Radzie UE pokrywa się z przewodnictwem w Grupie Wyszehradzkiej oraz pierwszą od blisko 30 lat kadencją w Radzie Wykonawczej WHO, co przyczyni się do wzmocnienia głosu zdrowotnego Polski na świecie” – podkreśla resort.

EUROPEJSKA UNIA ZDROWOTNA

Bruksela nie posiada wyłącznych kompetencji w obszarze polityki zdrowotnej. Za organizację opieki medycznej są odpowiedzialne poszczególne państwa członkowskie UE. Nie stało to jednak na przeszkodzie, by pod koniec 2020 r. została utworzona Europejska Unia Zdrowotna. Do jej powstania przyczyniły się pierwsze doświadczenia związane z pandemią, ale za podejmowaniem wspólnych decyzji w obszarze ochrony zdrowia przemawia nie tylko potrzeba zapobiegania i reagowania na kryzysy zdrowotne, takie jak ten związany z COVID-19.

„Europejska Unia Zdrowotna ma na celu podniesienie w skali UE poziomu ochrony, profilaktyki, gotowości i reagowania na zagrożenia dla zdrowia ludzkiego” – czytamy na stronie Komisji Europejskiej. Chodzi o poprawę jakości życia obywateli i wzmocnienie systemów opieki zdrowotnej, a mówiąc dokładniej, m.in. o wspieranie nowoczesnej polityki zdrowotnej, wspólne doskonalenie metod zapobiegania, leczenia i opieki chorób, dążenie do zapewnienia wszystkim obywatelom szybkiego i równego dostępu do przystępnych cenowo leków oraz rozwój cyfryzacji opieki zdrowotnej.

W ramach polskiej prezydencji zagadnienia związane z Europejską Unią Zdrowotną nie znalazły się na liście priorytetów i raczej nie będą zbyt głośno podnoszone przez nasze władze w pierwszej połowie 2025 r. „Niemniej tematyka ta wpisuje się w jeden z ogólnych wymiarów prezydencji, jakim jest bezpieczeństwo zdrowotne. Można spodziewać się, że również ten obszar znajdzie odzwierciedlenie w pracach prowadzonych podczas polskiej prezydencji” – poinformował resort zdrowia. ●

AKTUALNOŚCI

Raport OECD: medyczne kadry się starzeją

MAŁGORZATA SOLECKA
DZIENNIKARKA

Rozwiązanie problemów związanych z kadrami w sektorze opieki zdrowotnej jest jednym z głównych wyzwań, któremu będą musiały sprostać systemy opieki zdrowotnej w krajach UE w najbliższej dekadzie – to najważniejszy wniosek z dokumentu „Health at a Glance. Europe 2024”.

Polska w unijnym ogonie wydatków na ochronę zdrowia, ale w czołówce zarobków jej pracowników – w ten sposób większość mediów podsumowała raport, który 18 listopada opublikowały Komisja Europejska i OECD. Czy ta teza się broni? Tak, jeśli chodzi o wydatki. Nie do końca, mówiąc ogólnie, jeśli chodzi o drugą część zdania.

CORAZ MNIEJ MŁODYCH

Tegoroczny raport „Health at a Glance. Europe 2024” dotyczący krajów europejskich (przede wszystkim UE) jest dla kadr medycznych wyjątkowy, bo to właśnie im jest poświęcony jeden z dwóch pierwszych rozdziałów. W każdej edycji autorzy podejmują różne zagadnienia oprócz analizy stałych parametrów, takich jak zasoby systemu, nakłady, dostępność do świadczeń. Co z tych danych wynika?

OECD i Komisja Europejska szacują, że deficyt kadr medycznych – lekarzy, pielęgniarek i innych profesjonalistów – wynosi w tej chwili ok. 1,2 mln osób, zaś w przyszłości będzie się pogłębiać na skutek starzenia się społeczeństw i zwiększania potrzeb zdrowotnych oraz bliźniaczego procesu starzenia się kadr medycznych. Autorzy raportu wskazują trzy strategie redukowania niedoborów kadrowych w perspektywie krótko- i długoterminowej. Pierwsza to zwiększanie liczby absolwentów kierunków i szkół medycznych. Druga, która może

przynieść efekty dużo szybciej, to poprawa warunków pracy, co pozwoli zatrzymać większą liczbę pracowników już przeszkolonych. Trzecia to wspieranie innowacji w celu skuteczniejszego wykorzystania czasu i kwalifikacji pracowników.

W rozdziale poświęconym kadr medycznym jak mantra wraca prosty przekaz: decydenci powinni zrobić wszystko, by jak najdłużej

W skali całej Europy widać zmniejszanie zainteresowania młodych ludzi zawodami medycznymi, jest to szczególnie widoczne wśród młodych mężczyzn

utrzymać w systemie ochrony zdrowia profesjonalistów już pracujących. Choćby dlatego że, jak wskazują autorzy raportu, w skali całej Europy widać stopniowe zmniejszanie zainteresowania młodych ludzi zawodami medycznymi – jest to szczególnie widoczne wśród młodych mężczyzn.

Przyspiesza też feminizacja zawodów medycznych, w tym zawodu lekarza – a to również przekłada się na zmniejszanie się – w perspektywie długookresowej – dostępności lekarzy. Raport przywołuje tylko jeden twardy wskaźnik, średni tygodniowy

czas pracy lekarzy obu płci – kobiety pracują ok. 3 godzin mniej niż mężczyźni.

PÓŁ UNIJNEJ ŚREDNIEJ

Co oznacza „zrobić wszystko” w polskich warunkach? Wydatki na zdrowie w 2022 r. wyniosły w Polsce łącznie 6,4 proc. PKB, co daje nam czwarte miejsce od końca, przed Rumunią, Irlandią i Luksemburgiem. Średnia unijna to 10,4 proc.

Jeśli chodzi o wydatki publiczne, cóż – nie przekroczyliśmy nawet 5 proc. PKB (przy średniej UE blisko 9 proc.). Pozostały one na poziomie z lat wcześniejszych, 4,7-4,8 proc. Jak to możliwe, skoro działa ustawa 7 proc. PKB na zdrowie? Nie chodzi tylko o metodologię n-2, która całkowicie fałszuje dyskusję o publicznych wydatkach, ale również kategoryzację wydatków. Eurostat, na którym opiera się raport, nie uwzględnia np. wydatków na kształcenie kadr medycznych, które przy jednej z nowelizacji ustawy przychodowej zostały włączone do katalogu wydatków bieżących. Można wręcz stwierdzić, że polskie wydatki publiczne na zdrowie w odniesieniu do PKB wynoszą połowę unijnej średniej.

Z medialnych doniesień mogłoby wynikać, że przy tak ogromnej mizerii finansowej mamy niezwykle rozbuchane wydatki płacowe, których beneficjentami są wszyscy

► Deficyt kadr medycznych wynosi ok. 1,2 mln, a w przyszłości będzie się pogłębiać na skutek starzenia się społeczeństwa

pracownicy ochrony zdrowia. Jednak już lektura źródłowego tekstu depeszy PAP, na której opiera się większość tych doniesień, koryguje ten pogląd: chodzi wyłącznie o zarobki pielęgniarek. Rzeczywiście, raport OECD podaje, że Polska i Belgia zajmują pierwsze miejsce, jeśli chodzi o zarobki pielęgniarek w odniesieniu do średniej krajowej – w obu krajach wskaźnik wynosi 1,6 (przy średniej UE 1,2).

Również inne dane, dotyczące dynamiki wzrostu wynagrodzeń tej grupy zawodowej w ostatnich latach, wskazują, że pielęgniarki nad Wisłą już nie zarabiają źle. Jeśli jednak weźmie się pod lupę zestawienie średnich zarobków w euro (z uwzględnieniem siły nabywczej), Polska odstaje od liderów zestawienia (Luksemburg 79 tys. euro, Belgia 72 tys.), choć kwota nieco ponad 42 tys. euro jest nieco wyższa niż średnia UE (39 tys. euro).

A CO Z LEKARZAMI?

Polscy specjaliści na etatach zarabiają... 1,6 średniej krajowej. Wyższe są zarobki lekarzy, których OECD kwalifikuje jako GP – 2,3 średnie krajowe. Polska nie raportuje danych na temat lekarzy pracujących na podstawie kontaktów, co robi wiele krajów Europy Zachodniej. Rzut oka na dane dotyczące specjalistów zatrudnionych na etatach wystarczy, by stwierdzić, że poza Polską poniżej dwóch średnich krajowych na etatach zarabiają tylko lekarze w Norwegii. Rekordowo dużo na umowach o pracę zarabiają natomiast lekarze na Węgrzech (5,1) – w tym kraju w ciągu kilku ostatnich lat zarobki lekarzy wzrastały w ujęciu rocznym o kilkanaście procent. Jeśli chodzi o zarobki samozatrudnionych, najwyższe w przypadku specjalistów są w Belgii (5,7), Niemczech (5,6) i Austrii (4,5).

Jeśli chodzi o liczbę lekarzy w przeliczeniu na wielkość populacji, wskaźnik 3,5, co prawda, odbiega od unijnej średniej (4,2), ale warto zwrócić uwagę, że jest ona „nieco” zachwiana przez cztery kraje: Grecję (6,6), Austrię, Portugalie i Cypr (powyżej 5). Pozostałe kraje mają 4,6 (Malta), ale zdecydowanie większą wagę ma wskaźnik 4,5 – Niemcy, Dania i 3 – Luksemburg. Na tym tle Polska nie wygląda źle, w przeciwieństwie do liczby pielęgniarek – wskaźnik w tej grupie zawodowej mamy jeden z najniższych w UE (5,7).

Autorzy raportu zwracają uwagę, że lekarze i pielęgniarki to kluczowi,



foto: Freepik.com

ale niejedyni pracownicy ochrony zdrowia. Średnio w UE w systemie ochrony zdrowia (łącznie z sektorem wsparcia społecznego) zatrudnionych jest już 11 proc. ogółu pracujących. Samodzielnym rekordzistą jest Norwegia, gdzie już więcej niż co piąty zatrudniony pracuje w ochronie zdrowia. Więcej niż 15 proc. notują jeszcze Dania, Holandia i Finlandia. Polska (6,8 proc.) zajmuje piąte miejsce od końca.

Zasadne jest pytanie, w jaki sposób decydenci chcą wzmacniać system, wprowadzając do niego elementy opieki koordynowanej, która zakłada pracę na rzecz pacjenta całego zespołu terapeutycznego, wspieranego pracownikami pomocniczymi, administracyjnymi, przy tak mikrych zasobach kadrowych i finansowych.

ZMIANA POKOLENIOWA

Kolejną informacją, która powinna dać decydentom do myślenia, jest zmniejszenie się w ciągu zaledwie dekady średniej liczby godzin pracy lekarzy – mężczyźni pracują o ponad godzinę krócej tygodniowo, kobiety – o pół godziny (w 2012 r. było to odpowiednio 44,3 oraz 40 godzin). Zmniejszenie intensywności pracy lekarzy to z jednej strony przejaw zmian

pokoleniowych, z drugiej – efekt starzenia się kadr medycznych. Nie bez znaczenia są też odłożone w czasie skutki pandemii COVID-19. Co prawda, jak podkreśla raport, nie ma twardych dowodów potwierdzających migrację pracowników ochrony zdrowia do innych sektorów gospodarki w związku z pandemią (takie tezy były stawiane w latach 2021-2022), ale pracownicy medyczni odczuwają skutki pandemii zarówno w obszarze zdrowia psychicznego (stany lękowe, syndrom wypalenia zawodowego), jak i somatycznego (long-COVID).

POLSKA ZWIĘKSZA LICZBĘ STUDENTÓW

Jedną z rekomendowanych przez ekspertów OECD strategii radzenia sobie z kryzysem kadrowym, również w grupie lekarzy, jest zwiększanie liczby kształconych lekarzy.

Większość krajów UE podjęła kroki w celu zwiększenia liczby studentów na kierunkach medycznych i pielęgniarskich już przed pandemią, co znajduje odzwierciedlenie w rosnącej liczbie absolwentów kierunków medycznych i pielęgniarskich w ciągu dekady, od 2012 do 2022 roku. Jest to jeden z głównych powodów, dla których w tym okresie w większości krajów wzrosła liczba lekarzy i pielęgniarek – zauważają autorzy raportu. Wzrost liczby absolwentów kierunków lekarskich jest kilkakrotnie wyższy niż w przypadku studiów pielęgniarskich (3,5 proc. vs. 0,5 proc.).

Zmiany obrazują m.in. dane z Polski w porównaniu z Niemcami, Francją i Włochami, a więc krajami o znacząco większej od nas populacji. Polska w 2012 r. miała najniższą w tej grupie liczbę miejsc na pierwszym roku studiów na kierunku lekarskim: nieco ponad 5 tys. W 2022 r. zbliżyliśmy się do 10 tys. miejsc. W tym samym czasie Niemcy (populacja dwukrotnie większa), startując z poziomu 12 tys., zwiększyły liczbę miejsc tylko o 2 tys. Kształcenie jako strategia długofalowa nie zażegna kryzysu. Stąd rekomendacja: trzeba robić wszystko, by utrzymać pracowników, którzy już w systemie są.

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

WAŻNE SPRAWY

SOR-y: resortowi zdrowia chodzi tylko o pieniądze

Zaopatrzenie w nocnej i świątecznej pomocy jest usługą tańszą dla NFZ niż zaopatrzenie w szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) – mówi **prof. Dariusz Timler**, prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej, kierownik Zakładu Medycyny Ratunkowej i Medycyny Katastrof Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, w rozmowie z Lucyną Krysiak.

Ministerstwo Zdrowia zapowiada zmiany w funkcjonowaniu szpitalnych oddziałów ratunkowych.

Czego należy się spodziewać?

Środowisko medyczne zrzeszone w Polskim Towarzystwie Medycyny Ratunkowej (PTMR) od dłuższego już czasu dostrzega konieczność reorganizacji tego sektora ochrony zdrowia i konsekwentnie zgłasza uwagi mające na celu poprawę sytuacji medycyny ratunkowej w Polsce. Jesteśmy więc zgodni z resortem zdrowia co do tego, że zmiany są niezbędne. Uważamy jednak, że powinny być one poprzedzone konsultacjami społecznymi przed ogłoszeniem projektu. Powinny także uwzględniać postulaty naszego Towarzystwa.

A nie uwzględniają?

Jest wiele postulatów dotyczących zmian w systemie funkcjonowania ratownictwa medycznego, które od lat proponujemy, ale nie są one realizowane. Przykładowo środowisko PTMR zgłasza konieczność doprecyzowania minimalnej liczby personelu w zależności od obciążenia SOR-u. Istnieje takie rozwiązanie legislacyjne w przypadku oddziałów intensywnej terapii, ale nie ma w przypadku SOR-u, gdzie opieramy się na ogólnikach różnie interpretowanych.

Resort zdrowia proponuje przeorganizowanie m.in. systemu kwalifikowania pacjentów zgłaszających się na SOR-y. Jeśli ich stan nie zagraża życiu, powinni

być odsyłani do podstawowej opieki zdrowotnej lub nocnej i świątecznej opieki, które miały powstać przy SOR-ach. Co zrobiono w tym kierunku?

Resort założył zmianę sposobu kwalifikowania pacjentów zgłaszających się na SOR na podstawie systemu segregacji medycznej, tzw. triage (ESI wersja 4). Niestety, jest to błędne założenie. Triage służy kwalifikacji chorych do różnych katego-

W nocnej i świątecznej pomocy często pracują młodzi, niedoświadczeni lekarze, którzy nie mają kompetencji lekarzy medycyny ratunkowej

rii priorytetów działania, a nie do decyzji odnoszących się do wymogu hospitalizacji. Oczywiście, z reguły wyższy priorytet jest związany z koniecznością hospitalizacji, ale nie oznacza, że niższy priorytet taką hospitalizację wyklucza. Dodatkowo nie wszędzie powstały ośrodki nocnej i świątecznej opieki i trudno się spodziewać, że powstaną w najbliższym czasie. Projekt wymaga więc w tym zakresie dopracowania i uszczegółowienia.

Kto miałby dokonywać segregacji pacjentów?

W założeniach pracy SOR-u triage w Polsce dokonuje ratownik medyczny lub pielęgniarka/pielęgniarska. Ale wiąże się z tym wiele innych punktów spornych dotyczących reorganizacji, których w praktyce należałoby się obawiać. Pragnę jeszcze raz podkreślić, że triage nie ocenia ani nie weryfikuje stanu zdrowia pacjenta co do potrzeby leczenia szpitalnego, ale jedynie dzieli pacjentów na różne priorytety zaopatrzenia. Nie można więc na podstawie triage odsyłać chorego do różnych placówek, jak to zakłada w reformie SOR-ów resort zdrowia. Z punktu widzenia medycyny jest to błąd, który może mieć poważne konsekwencje, ponieważ spowoduje tzw. zgony do uniknięcia. Dodatkowo taka reorganizacja obniża jakość świadczonych usług. W nocnej i świątecznej pomocy często pracują młodzi, niedoświadczeni lekarze, którzy nie mają kompetencji lekarzy medycyny ratunkowej uzyskanych w czasie pięciu lat kształcenia specjalizacyjnego. Obawiam się, że zmiana, którą proponuje resort, ma przede wszystkim wymiar finansowy. Zaopatrzenie w nocnej i świątecznej pomocy (NiŚP) jest usługą tańszą dla NFZ niż zaopatrzenie w szpitalnym oddziale ratunkowym – SOR.

Jak zapowiedź zmian przyjęło środowisko medyków związanych z medycyną ratunkową?

Środowisko nie podważa faktu, że potrzebna jest zmiana organizacji pracy w tych oddziałach, ale zauważa, że istnieje wiele rozwiązań, które należy przedyskutować i ewentualnie wprowadzić. Proszę pamiętać, że w Polsce SOR jest tzw. wentylem bezpieczeństwa ochrony zdrowia. Przykładowo wielu pacjentów zgłasza się do tych oddziałów, gdyż są odsyłani z poradni specjalistycznych pomimo posiadania skierowania i nie mają dokąd się udać po pomoc. Należałoby ocenić skalę zjawiska i znaleźć rozwiązanie, które przeciwdziałałoby takiemu mechanizmowi postępowania. Nie możemy dyskutować o medycynie ratunkowej w Polsce bez oceny ochrony zdrowia jako całości, która funkcjonuje przecież na zasadach naczyń połączonych.

Pierwotnie termin reorganizacji SOR-ów był wyznaczony na styczeń 2024 r. Jednak przesunięto go o rok, ale na razie niewiele mówi się na ten temat. Czy to jest cisza przed burzą?

O kształcie i terminach wprowadzania zmian w ochronie zdrowia zawsze decyduje kalendarz polityczny. Odsyłanie pacjenta z SOR-ów do NiŚP czy do lekarza rodzinnego może spowodować opóźnienie w udzielaniu pomocy medycznej i w konsekwencji powikłania lub zgony, których można było uniknąć. Dodatkowo spowoduje to niezadowolone pacjentów, którzy stanowią również elektorat. Pamiętajmy, że mamy starzejące się społeczeństwo i znaczna część tych pacjentów to osoby po 65. roku życia, dla których dotarcie do NiŚP może być poważnym problemem.

Czy można przewidzieć, co będzie w styczniu 2025 r., czy medycynie ratunkowej grozi chaos?

Niezależnie od okoliczności medycyna ratunkowa przetrwa. Personel medyczny zatrudniony w tym sektorze ochrony zdrowia pracuje jednak w stresie i w dużym obciążeniu. Ta niepewność jutra nie sprzyja jakości świadczonych usług. Liczę jednak na to, że w konsekwencji znajdziemy optymalne rozwiązanie, nawet jeśli po nowym



foto: archiwum prywatne

roku będziemy musieli zmierzyć się z chaosem.

Zgodnie z założeniami resortu zdrowia szpitalnymi oddziałami ratunkowymi powinni kierować lekarze ze specjalizacją z medycyny ratunkowej, a wielu z nich nie posiada takiej specjalizacji. Czy SOR-om, które kadrowo nie byłyby w stanie spełnić tego wymogu, grozi likwidacja?

SOR, który kierowany jest przez lekarza bez specjalizacji z medycyny ratunkowej, powinien być przekształcony w izbę przyjęć,

Zmiany w medycynie ratunkowej powinny być dostosowane do potrzeb pacjentów i realiów funkcjonowania ochrony zdrowia jako całości

a nie likwidowany. Nie można nazywać oddziału szpitalnego SOR-em, gdy nie ma ani jednego specjalisty w tej dziedzinie. Brnięcie w utrzymanie tego rozwiązania obniża też jakość leczenia. Aby ukazać absurd tej sytuacji, wystarczy posłużyć się przykładem innych oddziałów. Czy może funkcjonować oddział

◀ Prof. Dariusz Timler twierdzi, że niezależnie od tego, co się wydarzy, medycyna ratunkowa przetrwa

kardiologii, neurochirurgii czy urologii w sytuacji, kiedy nie ma tam ani jednego specjalisty w każdej z tych dziedzin? Odpowiedź nasuwa się sama.

Czyli należy się liczyć z tym, że w związku z niespełnieniem wymogów stawianych przez resort zdrowia dotyczących specjalizacji z medycyny ratunkowej od stycznia 2025 r. wiele SOR-ów stanie się izbami przyjęć.

Można się tego spodziewać i jest to dobre rozwiązanie, bo pacjenci przestaną być wreszcie wprowadzani w błąd. Jeśli w oddziale nie ma lekarza specjalisty medycyny ratunkowej, a pomocy medycznej udziela np. chirurg, pediatra czy ortopeda, to nie można mówić, że gwarantuje się choremu odpowiednią jakość leczenia. Tak samo lekarz ze specjalizacją medycyny ratunkowej nie może zastąpić chirurga czy pediatry. PTMR, wychodząc naprzeciw problemom kadrowym, proponowało wprowadzenie obowiązku dla kierownika SOR, który nie jest specjalistą medycyny ratunkowej, jej rozpoczęcie. Pozwoliłoby to w przyszłości spełniać wymogi dotyczące posiadania specjalizacji w tej dziedzinie, a przy okazji rozwiązałyby problemy z tym związane.

PTMR zajęło zdecydowane stanowisko w tej sprawie i w maju 2023 r. wystosowało pismo do ówczesnego ministra zdrowia. Z jakim skutkiem?

PTMR od dawna postuluje usunięcie funkcjonującego w ratownictwie medycznym fikcyjnego terminu „lekarz systemu”. Nie ma takiej terminologii nigdzie na świecie, a w Polsce wprowadzono ją ustawą z 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Zezwala ona, by „lekarzem systemu” mógł być lekarz posiadający specjalizację lub tytuł specjalisty z medycyny ratunkowej,

który ukończył co najmniej drugi rok specjalizacji w tej dziedzinie albo który ukończył co najmniej drugi rok specjalizacji w anestezjologii i intensywnej terapii, chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii lub pediatrii. Termin wymyślony lata temu jest najbardziej szkodliwym pomysłem, z jakim mamy do czynienia w ochronie zdrowia w ostatnich latach. Niestety, nikt nie przeanalizował skutków tej regulacji prawnej. A szkoda, bo wprowadzając reformę SOR-ów, można by się odnieść do tych analiz, by dalej nie popełniać tych samych błędów i nie utrzymywać fikcji.

Jest jeszcze sprawa dostępności SOR-ów do lądowisk. Jaki jest aktualny stan rzeczy?

W wielu miejscach wciąż są trudności z budową lądowisk. Ministerstwo Zdrowia okresowo dotuje ich budowę i możemy w chwili obecnej powiedzieć, że warunek dostępności do lądowiska jest już spełniony dla wielu SOR-ów. Jednak potrzebne są dalsze dotacje i wsparcie w tym zakresie.

Wobec zapowiadanych zmian dla SOR-ów najważniejsze jest być albo nie być. Równie ważna jest jednak jakość świadczonych tam usług, o co usilnie zabiega Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej. W jaki sposób?

Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej przede wszystkim konsekwentnie postuluje o godne warunki pracy na SOR-ach. Po ponad 20 latach od powstania tych placówek medycznych mamy już doświadczenie w tym zakresie i jako środowisko możemy być partnerem dla Ministerstwa Zdrowia w poszukiwaniu optymalnych rozwiązań, ponieważ dobrze poznaliśmy realia ochrony zdrowia w Polsce. Wymaga to jednak dobrej woli środowisk politycznych i wysłuchania naszych postulatów. Nie martwimy się o medycynę ratunkową. Coraz więcej krajów dostrzega znaczenie tej specjalności medycznej i wprowadza podstawową specjalizację w tej dziedzinie (Hiszpania, Portugalia, Holandia). Pandemia SARS-CoV-2 jednoznacznie udowodniła potrzebę istnienia SOR i specjalistów medycyny ratunkowej, którzy w czasie największego zagrożenia stanowili pierwszą linię obrony w wielu krajach.

PTMR ma bardzo bogatą ofertę, jeśli chodzi o konferencje. Czy ma to związek z podnoszeniem kwalifikacji lekarzy medycyny ratunkowej i dążeniem do wyrównywania standardów opieki lekarskiej z krajami Europy Zachodniej?

PTMR organizuje konferencje w celu ustawicznego doskonalenia naszych członków. Jest to niezbędne, aby zachować wysoki poziom wiedzy i umiejętności. Natomiast nie wszystkie standardy opieki krajów Europy Zachodniej powinniśmy bezkrytycznie przenosić na grunt Polski. Europa Zachodnia w wielu obszarach leczenia ma także swoje problemy i nie powinniśmy bezkrytycznie dążyć do wprowadzania wszystkich tamtejszych rozwiązań, gdyż nie są one dostosowane do naszych realiów. Np. w Danii na SOR przyjmowani są pacjenci wyłącznie przywiezieni ambulansem. Istnieje również dodatkowy numer telefonu, oprócz 112, z którego korzystają pacjenci w cięższych przypadkach. Doświadczona pielęgniarka, która tam pracuje, 24 godziny na dobę rozwiązuje problemy, wybierając stosowną dla pacjenta wizytę u lekarza rodzinnego, wizytę w poradni specjalistycznej lub wysyłając ambulans. Koncepcje zmian w medycynie ratunkowej powinny być dostosowane do potrzeb pacjentów i realiów związanych z funkcjonowaniem ochrony zdrowia jako całości. Należy je rozpoznać i ocenić, zanim podejmie się decyzję o wyborze kierunku zmian w organizacji pracy SOR-ów.

Czego najbardziej brakuje polskiej medycynie ratunkowej?

Przede wszystkim potrzebne jest zrozumienie znaczenia medycyny ratunkowej we współczesnym świecie. Pandemia COVID-19 oraz wojna w Ukrainie pokazały, że medycyna ratunkowa jest niezbędna i jako jedyna w systemach ochrony zdrowia gwarantuje bezpieczeństwo. W wielu krajach w szpitalach buduje się nawet 200-łóżkowe SOR-y (np. w Ankarze w Turcji) i przeznaczają ogromne środki na wyposażenie oddziałów medycyny ratunkowej.

W Polsce brakuje zrozumienia znaczenia SOR-ów dla ochrony zdrowia i co się z tym wiąże – odpowiednio silnego wsparcia dla tej specjalizacji. Przykładowo medycyna ratunkowa nie znajduje się w grupie zawodów szczególnie obciążonych ciężką pracą, wymienionych przez Ministerstwo Zdrowia, co umożliwia przejście na wcześniejszą emeryturę. A jest to oczywiste chociażby z uwagi na wskaźnik liczby pacjentów na dobę. Mało jest również specjalizacji medycznych, które można realizować za pomocą tzw. krótkiej ścieżki kształcenia po medycynie ratunkowej. W niektórych krajach lekarze medycyny ratunkowej mają też przywileje, np. przysługujące im wcześniejsza emerytura, tak jak w przypadku pracy w wojsku, policji, straży pożarnej czy więziennictwie. Przed Polskim Towarzystwem Medycyny Ratunkowej stoi więc jeszcze wiele wyzwań. ●

**Dr hab. n. med.
Dariusz Timler**

Jest prezesem Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej. Ukończył studia medyczne w 1994 r. na Akademii Medycznej w Łodzi. Od 2002 r. ma tytuł specjalisty w dziedzinie chirurgii ogólnej, zaś od 2003 r. – specjalisty medycyny ratunkowej. W 2001 r. uzyskał stopień doktora nauk medycznych, a w 2017 r. – doktora habilitowanego. Obecnie pełni funkcje p.o. kierownika Zakładu Medycyny Ratunkowej i Medycyny Katastrof oraz p.o. kierownika Uczelnianego Laboratorium Dydaktyki Medycyny Stanów Nagłych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

Dr hab. D. Timler jest członkiem Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej od 2013 r., został także prezesem Łódzkiego Oddziału Terenowego PTMR.

PRAWO I MEDYCyna

Bezpieczna kotwica czy kamień u szyi?

Po reformie wymiaru sprawiedliwości jakość orzeczeń Sądu Najwyższego w sprawach kasacyjnych w zakresie lekarskiej odpowiedzialności zawodowej znacząco spadła. Niektóre z orzeczeń są wręcz niebezpieczne dla skutecznej działalności sądów lekarskich.

KRZYSZTOF LUBECKI
ZASTĘPCA NACZELNEGO
RZECZNIKA ODPOWIEDZIALNOŚCI
ZAWODOWEJ
VII, VIII I IX KADENCJI



Postępowanie sądowe przed sądami lekarskimi jest dwuinstancyjne. Od orzeczenia okręgowego sądu lekarskiego (OSL) można odwołać się do Naczelnego Sądu Lekarskiego (NSL). Orzeczenie NSL kończące postępowanie jest prawomocne, ale przysługuje od niego kasacja do Sądu Najwyższego (SN). Nie oznacza to, że SN jest swego rodzaju „trzecią instancją”. Skarga kasacyjna jest tzw. nadzwyczajnym środkiem zaskarżenia, czyli służy kontroli prawomocnych orzeczeń ze względu na ich uchybienia, a więc eliminowaniu najpoważniejszych błędów lekarskiego wymiaru sprawiedliwości.

Poza bezwzględными przyczynami odwoławczymi (których nie wymieniam), aby kasacja była skuteczna, musi być stwierdzone rażące naruszenia prawa, ale jedynie gdy mogło ono mieć istotny wpływ na treść orzeczenia. Skarga kasacyjna nie może być dyskusją z orzeczeniem NSL i nie może dotyczyć faktów. Ma dotyczyć „sposobu sądownictwa”. SN, rozpatrując kasację, w pewien sposób „ocenia jakość” sądownictwa lekarskiego.

Przez wiele lat zajmowała się tym Izba Karna SN, gdzie orzekali sędziowie o olbrzymim doświadczeniu i niekwestionowanym autorytecie. Skargi kasacyjne, składane w większości przez obrońców obwinionych lekarzy, okazywały się skuteczne w około 5 proc. Po tzw. reformie wymiaru sprawiedliwości sprzed kilku lat sprawy lekarskie przejęła Izba Dyscyplinarna, a po niej Izba Odpowiedzialności Zawodowej. Nie wchodząc w dyskusję o tzw. sposobie mianowania sędziów SN i tzw. neosędziach, należy zauważyć, że jakość orzeczeń SN znacząco spadła, a niektóre z nich są wręcz niebezpieczne dla skutecznej działalności sądów lekarskich. Sąd tytuł.

Pobłażliwość SN wykazuje szczególnie wobec tzw. „medycyny alternatywnej”. Przykład to skuteczna kasacja wniesiona przez obrońcę lekarza przeprowadzającego zabiegi tzw. „chelatacji”. Lekarz został prawomocnym wyrokiem NSL skazany na karę pieniężną w wysokości 4-miesięcznego średniego wynagrodzenia. NSL utrzymał orzeczenie OSL – tak co do winy, jak i wysokości kary. Opinie biegłych i ekspertów były jednoznaczne, materiał dowodowy bezdyskusyjny, orzeczenie uzasadnione, argumenty obrony odrzucone. Co więcej, udało się uniknąć przedawnienia postępowania, co nie jest regułą w lekarskim sądownictwie.

Od orzeczenia NSL kasację złożyła obrończyni obwinionego, zarzucając uchybienie prawu do obrony poprzez przeprowadzenie ostatniej rozprawy NSL pod jej nieobecność, jak i jednej z rozpraw OSL pod nieobecność obwinionego. Tymczasem zarówno OSL, jak i NSL kilkakrotnie odraczały rozprawy z powodu nieobecności obwinionego, mając właśnie na względzie nieuchylenie w najmniejszym stopniu prawu do obrony i wykazując nadzwyczajną tolerancję! SN uznał jednak kasację za zasadną w związku z procedowaniem NSL, w sytuacji gdy obrończyni w dniu rozprawy dostarczyła drogą mailową 2-dniowe zwolnienie lekarskie (było

to w okresie obowiązywania przepisów o COVID, 1 grudnia 2022 r.). Drugim zarzutem było procedowanie OSL pod nieobecność obwinionego, który przez cały czas rozprawy siedział przed salą posiedzeń OSL, mając przed oczami wokandę, na której była tylko jego sprawa, ale nie wszedł na salę, a potem zarzucił, iż rozprawę wywołano 30 sekund za wcześniej i nie mógł się na nią stawić!

W ocenie NSL takie działania zmierzały do przewlekłości postępowania, a w następstwie do jego przedawnienia. Dlatego ich nie uwzględnił. Mimo to zdaniem SN zarzuty obrony okazały się skuteczne! Moim zdaniem to „Bareja wiecznie żywy”. Uznając zasadność kasacji, SN nie mógł zrobić niczego innego, niż uchylić orzeczenie NSL – i w następstwie sprawę umorzyć wobec przedawnienia karalności, które nastąpiło 20 lutego 2024 r.! Wyrok SN zapadł 4 września 2024 r. Wyczekano z nim do przedawnienia. A to czytelnia wskazówka dla obrońców: dążyć za wszelką cenę do odraczenia i przewlekłości postępowania, a jeśli sąd lekarski nie da sobie jej narzucić – skarżyć do SN, zarzucając uchybienie prawu do obrony!

PS Na rozprawie kasacyjnej nie stawił się ani obwiniony, ani jego obrończyni. SN nie spostrzegł w tym naruszenia prawa do obrony...

PRAWO I MEDYCYNĄ

Prosty sposób, by zabezpieczyć prywatny majątek lekarzy

ALEKSANDER PETRYS

ADWOKAT W ZESPOLE PRIVATE CLIENTS KANCELARII WKB LAWYERS

Fundacja rodzinna pozwala nie tylko na ochronę majątku i zaplanowanie jego sukcesji, ale także na profesjonalne i zorganizowane zarządzanie zgromadzonymi aktywami.

Według raportu amerykańskiego portalu Medscape co drugi lekarz w USA na pewnym etapie swojej kariery zawodowej będzie musiał zmierzyć się z potencjalnymi zarzutami za błąd medyczny. Zjawisko pozywania pracowników ochrony zdrowia obserwujemy również w Polsce. Dlatego coraz więcej z nich poszukuje skutecznych sposobów zabezpieczenia prywatnego majątku przed potencjalnymi konsekwencjami takich roszczeń. Fundacja rodzinna, wprowadzona do polskiego porządku prawnego na początku ubiegłego roku, jest instytucją zapewniającą ochronę prywatnego majątku przed coraz częstszymi i wciąż rosnącymi kosztami roszczeń odszkodowawczych ze strony pacjentów. Gwarantuje m.in. rozdzielenie majątku prywatnego od majątku przekazanego fundacji.

Celem niniejszej publikacji jest przedstawienie czterech kluczowych powodów, dla których fundacja rodzinna stanowi odpowiednią formę zabezpieczenia prywatnego majątku, szczególnie dla lekarzy prowadzących indywidualną praktykę lekarską lub podmiot leczniczy w formie spółki. Zanim jednak przejdziemy do analizy korzyści związanych z ustanowieniem fundacji rodzinnej, warto zwrócić uwagę na kilka podstawowych elementów wyróżniających tę formę prawną.

Fundacja rodzinna nie jest fundacją charytatywną, ponieważ jej celem nie jest działalność pożytku publicznego ani działalność filantropijna. Źródeł powołania fundacji rodzinnej należy upatrywać w potrzebie zabezpieczenia prywatnego

Fundacja rodzinna pozwala realizować długoterminowe cele fundatora, jak finansowanie edukacji jego potomków czy kontynuowanie rodzinnych przedsięwzięć biznesowych

go majątku oraz zarządzania nim w zgodzie z określoną w statucie fundacji rodzinnej wolą fundatora. Fundacja rodzinna to nowy typ osoby prawnej, powoływany przez fundatora/rów na czas określony lub nieokreślony, z siedzibą w Polsce.

Warunkiem ustanowienia fundacji rodzinnej jest przede wszystkim utworzenie statutu, tj. dokumentu określającego wszystkie najważniejsze zasady jej funkcjonowania i zarządzania majątkiem rodzinnym, cele powołania oraz zasady wypłaty świadczeń dla wskazanych w nim osób (tzw. beneficjentów)

oraz wniesienie funduszu założycielskiego – min. 100 tys. zł. Fundacja rodzinna działa przez swoje organy tj.:

- zarząd – organ wykonawczy, reprezentujący fundację rodzinną,
- zgromadzenie beneficjentów – organ uchwałodawczy, składający się z wybranych przez fundatora beneficjentów mających wpływ na fundację rodzinną oraz
- radę nadzorczą – organ kontrolny, dbający o to, aby wszelkie działania prowadzone przez fundację rodzinną były zgodne z przepisami prawa, zapisami statutu oraz wolą fundatora.

Fundacja rodzinna może prowadzić działalność gospodarczą w zakresie określonym w ustawie, m.in. zbywać mienie, które zostało jej przekazane, wynajmować, dzierżawić lub udostępniać mienie, a także przystępować do spółek handlowych.

Co zatem wyróżnia fundację rodzinną na tle innych instytucji sukcesyjnych i w jaki sposób można ją wykorzystać do zabezpieczenia majątku osobistego lekarza?

PRZED WSZYSTKIM OCHRONA

Fundacja rodzinna, działając jako odrębny podmiot prawny, zapewnia bezpieczeństwo zgromadzonego majątku i chroni go przed

ewentualnymi roszczeniami. Majątek wniesiony do fundacji staje się niezależnym aktywem, co pozwala lekarzowi w obliczu roszczeń odszkodowawczych zminimalizować ryzyko utraty swoich oraz rodzinnych zasobów. Tym samym fundacja rodzinna odgrywa rolę tarczy ochronnej, zabezpieczającej nie tylko majątek prywatny lekarza, ale także jego rodziny.

Przykładem ilustrującym wspomniane zjawisko jest sytuacja, w której maksymalna wysokość orzeczonej szkody pacjenta przewyższa stawkę ubezpieczenia OC lekarza prowadzącego indywidualną praktykę lekarską. Innym przypadkiem jest sytuacja, w której placówka medyczna posiada roszczenie regresowe wobec personelu medycznego za błąd w sztuce. W takich przypadkach istnieje realne niebezpieczeństwo, że lekarz będzie narażony na ryzyko finansowej odpowiedzialności zawodowej. Aby temu zapobiec, należy rozważyć wniesienie osobistego majątku do fundacji rodzinnej, co zabezpieczy go przed przyszłym zajęciem lub egzekucją.

PLANOWANIE SUKCESJI

Lekarze prowadzący prywatne gabinety lub kliniki prędzej czy później będą musieli zmierzyć się z wyzwaniem przekazania swojego biznesu kolejnemu pokoleniu. Fundacja rodzinna pozwala dokładnie zaplanować komu, co oraz w jaki sposób zostanie przekazane, zapobiegając rozdrobnieniu rodzinnego majątku i unikając potencjalnych sporów spadkowych. To efektywne narzędzie do zarządzania majątkiem i sukcesji, zwłaszcza gdy zstąpi nie kontynuują zawodowej tradycji swoich rodziców. Aby lepiej zobrazować to zjawisko, przeanalizujemy najczęstsze warianty, z którymi spotykamy się w praktyce.

Podmioty wykonujące działalność leczniczą często wybierają formę jednoosobowej działalności gospodarczej ze względu na łatwość zarządzania, szybkość rejestracji i niskie koszty. Takie rozwiązanie niesie jednak ze sobą szereg negatywnych konsekwencji, takich jak ryzyko odpowiedzialności za zobowiązania własnym majątkiem oraz brak możliwości zaplanowania sukcesji, ponieważ wraz ze śmiercią lekarza „umiera” także prowadzona przez niego praktyka lekarska. Rozwiązanie to z pewnością nie realizuje długoterminowych celów rodziny.

Drugi wariant, czyli prowadzenie podmiotu leczniczego w formie spółki z o.o., zmniejsza co do zasady ryzyko odpowiedzialności za zobowiązania spółki prywatnym majątkiem. Nie stanowi jednak skutecznego zabezpieczenia przed rozdrobnieniem rodzinnego majątku pomiędzy spadkobierców. Najczęściej po śmierci właściciela jego udziały są dzielone pomiędzy spadkobierców, co uniemożliwia akumulację rodzinnego majątku i w dłuższej perspektywie prowadzi do sprzedaży odziedziczonych udziałów.

Rozwiązaniem tego problemu jest fundacja rodzinna, do której lekarz może wnieść swoje udziały w spółce z o.o. Dzięki temu w przypadku jego śmierci fundacja bez przestojów wynikających z postępowań spadkowych nadal może czerpać zyski ze spółki, a następnie wypłacać je beneficjentom, np. małżonkowi lub dzieciom. Takie rozwiązanie zapobiega rozdrobnieniu majątku rodzinnego i sprzyja budowaniu wielopokoleniowego kapitału.

INWESTOWANIE I ZARZĄDZANIE

Natłok codziennych obowiązków zawodowych i wynikający z tego braku czasu sprawiają, że przedstawiciele zawodów medycznych często rezygnują z aktywnego zarządzania swoim majątkiem i jego dalszego inwestowania. Jednym z głównych celów fundacji rodzinnej jest natomiast pomnażanie rodzinnego majątku. Fundacja może powołać lub zatrudnić profesjonalnych menedżerów, którzy będą zarządzać zgromadzonym kapitałem oraz reinwestować go zgodnie z wolą fundatora. Zławsza gdy aktywa fundacji są zróżnicowane (np. udziały w spółkach, nieruchomości, środki pieniężne), obecność profesjonalnych menedżerów pozwala fundatorowi skoncentrować się na pracy zawodowej, jednocześnie upewniając go, że majątek jest bezpieczny i zarządzany zgodnie z jego oczekiwaniami. Fundacja rodzinna jest znakomitym narzędziem do realizacji długoterminowych celów określonych przez fundatora w statucie, takich jak finansowanie edukacji jego potomków, wspieranie

wybranej organizacji charytatywnej czy kontynuowanie rodzinnych przedsięwzięć biznesowych.

OPTIMALIZACJA PODATKOWA

Najczęściej powtarzanym argumentem za powołaniem fundacji rodzinnej jest ten dotyczący korzystnych rozwiązań podatkowych, z jakimi wiąże się ustanowienie oraz prowadzenie fundacji rodzinnej. Aby fundacja rodzinna mogła realizować swoje cele związane z gromadzeniem rodzinnego majątku oraz zarządzaniem nim w interesie beneficjentów, ustawodawca wyposażył tę instytucję w szereg optymalnych rozwiązań fiskalnych.

Jednym z najistotniejszych jest neutralność podatkowa przy wnoszeniu mienia do fundacji rodzinnej. Oznacza to, że wniesienie majątku do fundacji rodzinnej nie będzie generować obowiązku podatkowego na gruncie podatku PIT, CIT oraz PCC. Co więcej, podatek dochodowy od osób prawnych (CIT) jest odroczony do momentu wypłaty świadczenia beneficjentom fundacji. Dopóki fundacja nie wypłaci świadczenia swoim beneficjentom, pozostanie zwolniona z obowiązku zapłaty podatku CIT. Takie rozwiązania podatkowe sprzyjają efektywnemu zarządzaniu majątkiem rodzinnym oraz jego długoterminowej ochronie. •

NIE TYLKO DLA ZAWODÓW MEDYCZNYCH

Fundacja rodzinna to atrakcyjna forma zabezpieczenia prywatnego majątku, szczególnie dla osób wykonujących zawód lekarza. Pozwala ona nie tylko na ochronę majątku i zaplanowanie jego sukcesji, ale także na profesjonalne i zorganizowane zarządzanie zgromadzonymi aktywami. Fundacja rodzinna cieszy się coraz większym uznaniem wśród polskich rodzin, co świadczy o rosnącym zaufaniu do tej instytucji jako skutecznego narzędzia do ochrony majątku i planowania sukcesji.

Miała być wyższa kwota wolna. Na razie nie ma

Dochód do 60 tys. zł rocznie miał być nieopodatkowany. Takie były obietnice. Po roku rządów obecnej koalicji nic nie wskazuje na to, by miały zostać szybko zrealizowane. A to oznacza jedno: nieprędko zapłacimy niższe podatki.

O tym, że obietnic lepiej dotrzymywać, przekonał się minister finansów. W interpelacji poselskiej nr 5493 zapytano go, czy dotrzyma obietnicy dotyczącej radykalnej obniżki podatków poprzez podniesienie kwoty wolnej od PIT do 60 tys. zł. Odpowiedź nie jest jednoznaczna. Minister twierdzi, że zrobi to, gdy będą dogodne warunki geopolityczno-budżetowe. A to może jeszcze potrwać.

To nie pierwsza sytuacja, gdy politycy obiecują coś przed wyborami, a po nich zapal do wprowadzania zmian słabnie. Tak jest i w tym przypadku. Zasłanianie się wysokimi kosztami zmiany nie przekonuje, bo już na etapie składania obietnicy wiadomo było, że będzie się to wiązało z wydatkami, i to wysokimi. Nie przekonują również argumenty o tym, że tworzenie prawa nie jest prostym procesem (w tym wypadku nie potrzeba trudnych ani komplikowanych aktów prawnych). Mówienie o konieczności pogłębionych analiz jest, owszem, argumentem. Ale takie analizy powinny być zlecone, jeszcze zanim pomysł podnoszenia kwoty wolnej się pojawił, a ostatecznie zaraz po wyborach.

Obecnie kwota wolna od PIT wynosi 30 tys. zł. To nic innego, jak roczny dochód, od którego nie płacimy podatku. Z kwoty wolnej korzystają przede wszystkim pracownicy, zleceniobiorcy, przedsiębiorcy (czyli lekarze na samozatrudnieniu płacący podatek według skali), lekarze emeryci rozliczający się według skali. Ile mogliby zyskać na podwyżce kwoty wolnej z 30 do 60 tys. zł? Okazuje się, że wielu z nich zaoszczędziłoby na obiecanej podwyżce nawet 3,6 tys. zł rocznie.

•
awa

Remont lub wigilia zapewnią oszczędności

Grudzień to ostatni dzwonek na podjęcie niektórych strategicznych decyzji, które pozwolą w kwietniu przyszłego roku zapłacić niższą daninę dla fiskusa.

Chociaż do kwietnia przyszłego roku jeszcze daleko, warto już teraz zainteresować się rocznym rozliczeniem. Jest jeszcze cały miesiąc, aby maksymalnie zredukować podatek do zapłaty lub w niektórych przypadkach zwiększyć ewentualny zwrot z urzędu skarbowego.

Samozatrudnieni lekarze rozliczający się na podstawie skali podatkowej lub stawką liniową, jeśli zauważą, że osiągnęli spory przychód, mogą zastanowić się nad wymianą lub uzupełnieniem wyposażenia gabinetu lekarskiego. Gabinet można też odświeżyć i przeprowadzić jego remont,

np. pomalować ściany czy wymienić podłogę. Trzeba jednak pamiętać, że jednorazowo do kosztów podatkowych będzie można wrzucić wydatki do 10 tys. zł. Jeśli będą wyższe, trzeba będzie je rozliczać poprzez odpisy amortyzacyjne.

Inne rozwiązanie to zorganizowanie spotkania wigilijnego dla zatrudnionych pracowników (to sprawdzi się raczej w przypadku właścicieli prywatnych przychodni, gdzie gabinetów lekarskich jest kilka). Takie spotkanie nie tylko wzmocni relacje między lekarzami, ale też zwiększy koszty podatkowe, a tym samym obniży podatek.

W grę wchodzi również wzięcie nowego samochodu w leasing. Opłata wstępna i pierwsza rata leasingowa będą kosztem jeszcze w tym roku. •

awa

Niższa składka zdrowotna to niższy podatek

Samozatrudnieni lekarze na skali oraz liniowym PIT zapłacą niższą składkę zdrowotną.

Rząd przyjął we wtorek 19 listopada dwa projekty zmian w składce zdrowotnej.

Od 1 stycznia 2025 r. zmieniają się zasady liczenia składki zdrowotnej dla opodatkowanych według skali (stawki 12 i 32 proc.) oraz podatkiem liniowym (stawka 19 proc.). W ten sposób rozliczają się również lekarze. Liczą składkę od dochodu z działalności. U tych „na skali” wynosi ona 9 proc., u tych, którzy płacą podatek liniowy – 4,9 proc.

Co się zmieni? Dla części podatników dużo, bo minimalna składka nie będzie liczona od całego wynagrodzenia, ale od 75 proc. W 2025 r. minimalne wynagrodzenie wyniesie

4666 zł. A to oznacza, że najniższa składka wyniesie 314,96 zł (4666 zł x 75 proc. x 9 proc.) i będzie niższa o 104,98 zł miesięcznie w porównaniu ze składką, która obowiązywałaby, gdyby zmian nie było (podatnicy zapłacą 314,96 zł, zamiast 419,94).

Bez zmian będą rozliczać się ryczałtowcy, czyli spora grupa lekarzy. Dla nich zmiany w zasadach płacenia składki mają być dopiero od 2026 r. Zapłacą do poziomu 3-krotności przeciętnego wynagrodzenia – stałą składkę wynoszącą 9 proc. od 75 proc. minimalnego wynagrodzenia, a powyżej 3-krotności przeciętnego wynagrodzenia – dodatkową składkę w wysokości 3,5 proc. przychodów. •

awa

PODATKI I FINANSE

IKZE: ryczałt się opłaca

MARIUSZ TOMCZAK
DZIENNIKARZ

Nie warto zwlekać z założeniem indywidualnego konta zabezpieczenia emerytalnego.
Pod koniec grudnia bezpowrotnie przepadnie coroczny limit wpłat.

Indywidualne konto zabezpieczenia emerytalnego (IKZE) jest przeznaczone do oszczędzania i inwestowania w długim terminie. Pozwala w prosty sposób płacić fiskusowi mniej i w pełni legalnie, bo na mocy przepisów obowiązujących od wielu lat. Z danych Komisji Nadzoru Finansowego (KNF) wynika, że na koniec czerwca 2024 r. prowadzono 526 tys. takich kont, na których zgromadzono łącznie 10,34 mld zł.

DWIE PIECZENIE NA JEDNYM OGNIU

Inwestowanie w ramach IKZE pozwala uniknąć zapłaty podatku od zysków kapitałowych oraz odliczyć wpłatę na konto od podstawy opodatkowania podatkiem dochodowym od osób fizycznych. W pierwszym przypadku nie trzeba nic robić, a w drugim – należy zadeklarować kwotę w formularzu PIT. Brak podatku Belki jest najbardziej korzystny dla osób osiągających największe zyski. Odliczenie wpłat od dochodu jest uzależnione od indywidualnej sytuacji podatnika, ale co do zasady im wyższe płaci daniny, tym większe korzyści może odnieść.

Niestety, w ramach IKZE nie unikniemy całkowicie zapłaty podatków. Jeśli po osiągnięciu wieku 65 lat i dokonaniu wpłat co najmniej w pięciu latach kalendarzowych zdecydujemy się wypłacić zgromadzone środki, to zarówno kapitał, jak i wypracowany zysk zostaną opodatkowane zryczałtowanym podatkiem w stawce 10 proc. I nie ma znaczenia, czy będziemy chcieli dokonać wypłaty od razu, czy w ratach. Jednak nasze pieniądze nie są „zamrożone” aż do osiągnięcia tego wieku. Z IKZE można „wyjąć” środki

wcześniej, choć tylko w całości, ale jest to nieopłacalne, ponieważ podlega opodatkowaniu PIT według skali podatkowej. To oznacza, że słono zapłacimy za wcześniej użyte korzyści.

LIMIT WPŁAT CORAZ WYŻSZY

W 2024 r. limit wpłat na IKZE dla osób zatrudnionych na umowę o pracę wynosi 9388,80 zł, a dla prowadzących działalność gospodarczą 14 083,20 zł. W 2025 r. te kwoty będą wyższe (powinniśmy je

IKZE mogą oferować fundusze inwestycyjne, podmioty prowadzące działalność maklerską, zakłady ubezpieczeń na życie, banki oraz dobrowolne fundusze emerytalne

poznać lada dzień), ponieważ pod uwagę bierze się przeciętne prognozowane wynagrodzenie miesięczne w gospodarce narodowej. Można wpłacać mniej, ale warto wykorzystywać limity w maksymalnej wysokości, bo im więcej środków trafi na nasze konto, tym więcej zaoszczędzimy i prawdopodobnie więcej zyskamy w długim terminie.

IKZE mogą oferować fundusze inwestycyjne, podmioty prowadzące działalność maklerską, zakłady ubezpieczeń na życie, banki oraz dobrowolne fundusze emerytalne. Niestety, nie brakuje rozwiązań drogich i mało elastycznych.

Niektóre biura i domy maklerskie dają możliwość założenia IKZE w formie rachunku maklerskiego. Osoby niemające doświadczeń z rynkiem finansowym te słowa mogą przyprawić o gęsą skórę, ale samodzielne inwestowanie nie jest tak straszne, jak niektórzy je malują. Prawdą jest jednak i to, że nie ma zysku bez ryzyka.

Z MYŚLĄ O SOBIE I BLISKICH

IKZE ułatwia gromadzenie środków na „prywatną emeryturę”, ale można je wykorzystać również z myślą o swoich dzieciach czy wnukach. Stanowią one własność prywatną, a w razie śmierci posiadacza konta podlegają dziedziczeniu. Bliscy zmarłego nie zapłacą podatku od spadków i darowizn, ale jeśli zdecydują się na wypłatę środków, to nie ominie ich zryczałtowany podatek w wysokości 10 proc. Jest to jednak opłacalne w porównaniu z inwestowaniem w ramach standardowo oprocentowanego rachunku. Odziedziczone środki da się przenieść na swoje IKZE, co odracza zapłatę wspomnianego podatku.

Dodatkowe informacje są dostępne na stronie Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. W razie wątpliwości warto sięgnąć do niedawno ogłoszonego tekstu jednolitego ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o indywidualnych kontach emerytalnych oraz indywidualnych kontach zabezpieczenia emerytalnego. Praktyczne porady znajdują się także w rankingach dostępnych w internecie. ●

Jak utrzymać wysoki poziom wiedzy

Zwiększenie wpływu samorządu na proces szkolenia podyplomowego było postulatem niezmiennie pojawiającym się i omawianym na kolejnych zjazdach krajowych.

PAWEŁ BARUCHA
WICEPREZES NACZELNEJ
RADY LEKARSKIEJ



Stomatologia w Polsce stoi na bardzo wysokim poziomie. Lekarze dentyści dysponują najnowszymi urządzeniami służącymi do diagnostyki, profilaktyki i leczenia. Mamy również świetnie wyszkolonych specjalistów, choć ich liczba powinna być większa. Ogólna liczba lekarzy dentyistów jest jednak wystarczająca do zaspokojenia potrzeb społeczeństwa.

Dlaczego więc choroby związane z jamą ustną są tak powszechne? Być może dlatego, że stomatologia kojarzy się obecnie większości społeczeństwa nie z nauką o zdrowiu, ale z białymi, równymi zębami. Nie jest postrzegana jako dynamicznie rozwijająca się dziedzina medycyny, mająca związek ze zdrowym organizmem, tylko z higieną. Tymczasem badania jednoznacznie wskazują na ścisły związek licznych chorób ogólnych ze stanem zdrowia jamy ustnej. Sanacja jest niezbędna w chorobach nowotworowych, układu krążenia, chorobach oczu czy też autoimmunologicznych. Bez stomatologii nie ma zdrowego społeczeństwa, a lekarz dentyista jest obecny w życiu pacjentów od dzieciństwa do późnej starości.

W utrzymaniu wysokiego poziomu wiedzy pomagają szkolenia prowadzone przez samorząd. W ostatnim czasie pojawiła się nowa szansa – zgodnie z poprawkami zgłoszonymi do ustawy, która przeszła przez Sejm, izby będą miały uprawnienia do certyfikowania umiejętności. Obecnie jest to niemożliwe. Zwiększenie wpływu samorządu na proces szkolenia podyplomowego było postulatem niezmiennie pojawiającym się i omawianym na kolejnych zjazdach krajowych. Teraz po raz pierwszy będziemy mogli to robić.

Dlaczego to tak istotne? Bo otwiera mnóstwo nowych możliwości: począwszy od bezpłatnej certyfikacji umiejętności, a skończywszy na pojawieniu się nowych szkoleń i umiejętności w zależności od potrzeb. W stomatologii może to być szczególnie potrzebne, zważywszy na trudności związane z uzyskaniem specjalizacji. W przypadku braku możliwości wykonywania zawodu lekarza dentyisty uzyskanie umiejętności pozwoli nadal funkcjonować, być potrzebnym i służyć naszym pacjentom. Warto podkreślić, że izby mają możliwość szkolenia swoich członków całkowicie bezpłatnie. •

Trudno się dziwić zwiększonemu zainteresowaniu. W końcu technologie cyfrowe nie tylko przyspieszają proces leczenia, ale także zwiększają jego precyzję, jednym słowem: podnoszą stomatologię na wyższy poziom.

STAW SKRONIOWO-ŻUCHWOWY

Cyfryzacja w stomatologii najczęściej odnosi się do diagnostyki. W zaburzeniach czynnościowych układu ruchowego narządu żucia ma ona kluczowe znaczenie, ponieważ mają one podłoże wieloczynnikowe. Przykładowo przemieszczenie krążka stawowego z możliwością repozycji charakteryzuje się jego transpozycją, która może wywoływać objawy akustyczne i ból przy prawidłowym zakresie ruchów żuchwy, podczas gdy bez repozycji obejmuje trwałe przemieszczenie krążka, ograniczające ruchy żuchwy, powodujące dyskomfort.

Od precyzyjnie postawionej diagnozy przy użyciu urządzeń cyfrowych zależy więc właściwy wybór metody leczenia i jej skuteczność. Prof. Małgorzata Pihut, kierownik Katedry i Poradni Protetyki Stomatologicznej oraz Pracowni Zaburzeń Czynnościowych Narządu Żucia CM UJ w Krakowie, omawiając wykorzystanie nowoczesnych urządzeń w diagnostyce i leczeniu zaburzeń skroniowo-żuchwowych (istotnym narzędziem jest rezonans magnetyczny), zwróciła uwagę na znaczenie wczesnej diagnozy i terapii w progresji choroby i dla jakości życia pacjentów. Ponieważ staw skroniowo-żuchwowy cechuje się złożoną anatomią, diagnostyka decyduje o tym, czy lekarz dentyista wybierze np. jedno-, czy dwuetapowe leczenie, jakie rodzaje aparatów zastosuje w leczeniu protetycznym, a także jak będzie monitorować postępy leczenia.

Przedstawiając zastosowanie cyfryzacji w neurognatologii, dr n. med. i dr n. dent. Wojciech Drobek podkreślił, że korzystając z dobrodziejstw cyfryzacji, nie należy zapominać o badaniu przedmiotowym pacjenta i skrupulatnie zebranym wywiadzie. Wszystko po to, by oceniając wyniki badań uzyskanych za pomocą urządzeń cyfrowych, mieć pełny obraz stanu zdrowia pacjenta i jego wpływu na

PRAKTYKA LEKARSKA

Technologie cyfrowe w gabinecie

LUCYNA KRYSIAK
DZIENNIKARKA

Forum naukowe poświęcone stomatologii cyfrowej towarzyszyło w tym roku Środkowoeuropejskiej Wystawie Produktów Stomatologicznych CEDE 2024. Tematyka ta cieszy się wśród lekarzy dentyków coraz większym zainteresowaniem.

procesy chorobowe zachodzące w stawie skroniowo-żuchwowym.

TO TYLKO NARZĘDZIA

Prof. Jan Pietruski, założyciel i wiceprezydent Polskiej Akademii Stomatologii Estetycznej, mówiąc o cyfryzacji w stomatologii rekonstrukcyjnej, jej zaletach i ograniczeniach, zaznaczył, że choć nowe technologie cyfrowe oszczędzają wiele pracy i czasu, są coraz bardziej wyszukane i znacząco wpływają na proces terapeutyczny, poczynając od diagnostyki, a kończąc na docelowych rekonstrukcjach, to nadal odpowiedzialność za sukces terapeutyczny ponosi lekarz. – Komputery, oprogramowanie, urządzenia – to są tylko narzędzia w rękach lekarza, które mu pomagają, ale nie gwarantują sukcesu. Warunkiem osiągnięcia przewidywalnych efektów leczenia jest znajomość tych samych co kiedyś zasad funkcjonowania narządu żucia i ich respektowanie podczas procedur terapeutycznych – mówił prof. Jan Pietruski.

Lek. dent. Elżbieta Krężlik, ekspertka w dziedzinie chirurgii stomatologicznej, implantologii i stomatologii zachowawczej, przedstawiając wpływ rozwoju technologii i materiałów uzupełnień implantoprotetycznych w zaawansowanej atrofii bezzębnych łuków zębowych, skupiła się na zmianie sposobu rekonstrukcji pełnych łuków zębowych na przestrzeni lat oraz kluczowych aspektach pracy w protokole cyfrowym. Wykładowczyni tłumaczyła, jak zasady

efektywnego planowania leczenia w implantoprotetyce ułatwiają komunikację z pacjentem, laboratorium protetycznym oraz jak

Od precyzyjnie postawionej diagnozy przy użyciu urządzeń cyfrowych zależy właściwy wybór metody leczenia i jej skuteczność

sprawdzone cyfrowe protokoły postępowania w rekonstrukcjach All-on-X czy dobór uzupełnień pozwalają uzyskać przewidywalne rezultaty odbudowy protetycznej.

TEORIA POPARTA PRAKTYKĄ

Sesja naukowa towarzysząca targom CEDE 2024 poświęcona cyfryzacji w stomatologii miała charakter edukacyjny. Lekarze dentyści szczególnie docenili wymiar praktyczny wykładów, dzięki którym zdobyte informacje mogą wykorzystać w swoich gabinetach.

Dr n. med. Oskar Armata, specjalista w zakresie endodoncji mikroskopowej i stomatologii zachowawczej z Łodzi, dokonując porównania wartości diagnostycznej różnych metod radiologicznych w codziennej praktyce, zwrócił uwagę, że diagnostyka stomatologiczna oprócz badania przedmiotowego opiera się na obrazowaniu

radiologicznym, a konwencjonalne zdjęcie RTG jest dwuwymiarowym cieniem trójwymiarowych struktur. Powstający obraz utrudnia rozpoznanie szczegółów z powodu nakładania się elementów budowy anatomicznej oraz obecności artefaktów, dlatego skuteczność diagnostyki zależy nie tylko od budowy anatomicznej, ale w dużym stopniu od geometrii projekcji i umiejętności wykonującego zdjęcie RTG. Oskar Armata zauważa, że te i inne ograniczenia powodują trudności z postawieniem właściwej diagnozy i podjęciem na czas odpowiedniego leczenia. Technologia, która umożliwi ukazanie struktur w trzech płaszczyznach oraz wyeliminowanie głównych ograniczeń konwencjonalnych radiogramów, jest tomografia komputerowa wiązki stożkowej (Cone-Beam Computed Tomography – CBCT), która pozwala na szybkie uzyskanie danych, możliwość ustawienia wielkości pola obrazowania oraz znaczną redukcję dawki promieniowania. Ograniczenie wielkości skanowanego obszaru do pojedynczych zębów sprawia, że tomografy CBCT są coraz częściej wykorzystywane w diagnostyce stomatologicznej oraz że cyfryzacja oferuje nowe możliwości.

Tegoroczne Forum Stomatologii Cyfrowej CEDE 2024 odbyło się w dniach 7-9 listopada w Łodzi. ●

PRAKTYKA LEKARSKA

Senior to szczególny pacjent

Ogólny stan zdrowia jamy ustnej Polaków w wieku 65-74 lata utrzymuje się na niezadowalającym poziomie, czego potwierdzeniem jest stosunkowo niska liczba zachowanych zębów, redukcja funkcji żucia, próchnica, szczególnie korzeni zębów, oraz choroby dziąseł i przyzębia – mówi **dr hab. Barbara Kochańska**, prof. GUMed, prezes Polskiego Towarzystwa Stomatologii Geriatrycznej, kierownik Katedry i Zakładu Stomatologii Zachowawczej, w rozmowie z Lucyną Krysiak.

Polskie Towarzystwo Stomatologii Geriatrycznej (PTSG) to jedno z najmłodszych stomatologicznych towarzystw naukowych, istnieje dopiero sześć lat. Co zdecydowało o jego powołaniu?

Zebranie założycielskie, na którym zdecydowano o powołaniu Towarzystwa, odbyło się we wrześniu 2018 r. w Warszawie. Jego inicjatorami byli stomatolodzy związani m.in. z Gdańskim Uniwersytetem Medycznym, Warszawskim Uniwersytetem Medycznym, Uniwersytetem Medycznym w Lublinie i Uniwersytetem Jagiellońskim. Rejestracja PTSG w KRS odbyła się w maju 2019 r., a w maju 2021 r. podpisaliśmy porozumienie o współpracy z Okręgową Izbą Lekarską w Warszawie i Komisją ds. Lekarzy Dentystów OIL w Warszawie. Od początku staraliśmy się uczestniczyć w działaniach samorządu lekarskiego na rzecz promocji zdrowia jamy ustnej w populacji senioralnej, ponieważ zgodnie ze statutem Towarzystwa właśnie osoby w wieku starszym i podeszłym miały być i są w kręgu naszego zainteresowania. Nasze społeczeństwo się starzeje i ten trend jest obserwowany na całym świecie. Stąd tak dynamiczny rozwój gerostomatologii – dziedziny stomatologii skupiającej się na problemach zdrowotnych układu stomatognatycznego osób w starszym i podeszłym wieku. Powołanie PTSG było więc podyktowane m.in. zmianami demograficznymi i rosnącymi potrzebami zdrowotnymi tej grupy pacjentów.

Obserwuje się stały wzrost populacji osób starszych i w podeszłym wieku. Jaki to ma związek z rosnącą rolą gerostomatologii?

W 2019 r. liczba ludności w Polsce wynosiła 38,4 mln, w tym około 25 proc. stanowiły osoby w wieku 60 lat i więcej. Najliczniejszą grupą – prawie 1/3 – stanowiły osoby w wieku 60-64 lata, natomiast 1,7 mln osób było w wieku 80 lat i więcej. Jeżeli te trendy się utrzymają, to zgodnie z prognozami demograficznymi w 2050 r. liczba osób w wieku 60+ w Polsce przekroczy 40 proc.

Naturalną odpowiedzią na starzenie się społeczeństwa i wzrost odsetka seniorów w polskiej populacji jest gerostomatologia,

Lekarz dentysta ma możliwość wczesnego wykrywania chorób jamy ustnej, ale też schorzeń ogólnoustrojowych

która – mam nadzieję – przyczyni się do lepszego ukierunkowania opieki zdrowotnej w odniesieniu do tej grupy pacjentów. Istnieje np. wyraźna potrzeba intensyfikacji działań profilaktycznych i edukacyjnych skierowanych do osób starszych. Niezbędne jest uświadamianie pacjentom, jak ważna jest np. higiena jamy ustnej oraz że seniorzy objęci stałą opieką stomatologiczną mają szansę na większą samodzielność, lepszą jakość życia i dłuższe życie w zdrowiu. Wyniki badania stanu zdrowia jamy ustnej osób w wieku 65-74 lat z 2019 r. (program MZ „Monitorowanie

stanu zdrowia jamy ustnej populacji w roku 2019”) wskazywały na wzrost odsetka osób (do 27,1 proc.), które zachowały co najmniej 20 zębów własnych, jednocześnie odsetek osób bezzębnych stanowił ok. 19 proc. spośród badanych. Mimo odnotowanej poprawy wymienionych parametrów ogólny stan zdrowia jamy ustnej Polaków w wieku 65-74 lata utrzymuje się wciąż na niezadowalającym poziomie, czego potwierdzeniem jest stosunkowo niska liczba zachowanych zębów, redukcja funkcji żucia, próchnica, szczególnie korzeni zębów, oraz choroby dziąseł i przyzębia.

Jak PTSG realizuje swoje cele statutowe?

Nasze Towarzystwo ma charakter interdyscyplinarny, jest otwarte dla wszystkich zainteresowanych problematyką gerostomatologii, a także gerontologii i geriatrii. Chcemy zapewnić dostęp do tej wiedzy nie tylko lekarzom dentystom, ale także lekarzom różnych specjalności oraz osobom wykonującym inne zawody medyczne. Ponieważ średnia życia się wydłuża i seniorów będzie przybywać, a wraz z nimi problemów zdrowotnych związanych z wiekiem, Towarzystwo chce wpływać na jakość opieki stomatologicznej i medycznej osób starszych. W ramach działalności edukacyjnej zorganizowało i współorganizowało konferencje i sesje, które dotyczyły szeroko pojętej tematyki związanej ze stomatologią geriatryczną.

Pierwsza Konferencja PTSG na temat problemów współczesnej stomatologii geriatrycznej, współorganizowana z OIL w Warszawie i Komisją ds. Lekarzy Dentystów, była poświęcona m.in. stomatologii zachowawczej, endodoncji, implantologii, chirurgii stomatologicznej i szczękowo-twarzowej, periodontologii oraz ortodoncji. Członkowie PTSG wzięli udział w ogólnopolskiej kampanii edukacyjnej „Zdrowie seniorów”. Jesteśmy młodym Towarzystwem, ale bardzo aktywnym. We wrześniu 2022 r. we współpracy z Polskim Towarzystwem Stomatologii Dziecięcej oraz – tradycyjnie już – z OIL i Komisją ds. Lekarzy Dentystów w Warszawie zorganizowaliśmy II Konferencję na temat międzypokoleniowych problemów współczesnej stomatologii. W czerwcu 2023 r. zaś sesja gerostomatologiczna odbyła się w ramach VII Mazowieckich Spotkań Stomatologicznych w Serocku i obejmowała m.in. zagadnienia z zakresu leczenia zachowawczego i endodontycznego osób starszych i w podeszłym wieku. Dużym echem w środowisku odbiła się sesja gerostomatologiczna, pt. „Na styku medycyny i gerostomatologii – wspólne obszary działań”, która odbyła się w czerwcu tego roku w ramach VIII Mazowieckich Spotkań Stomatologicznych. Zależy nam, aby gerostomatologia rozszerzała swój interdyscyplinarny charakter i takie konferencje sprzyjają temu.

Coraz częściej podkreśla się, że choroby ogólnoustrojowe wpływają na stan zdrowia jamy ustnej, z kolei problemy z uzębieniem torują drogę chorobom ogólnoustrojowym. Jak to jest u seniorów?

Wraz z postępującym procesem starzenia obserwuje się nasilenie problemów zdrowotnych, w tym także problemów stomatologicznych. Współistnienie chorób ogólnoustrojowych z jednej strony wpływają negatywnie na stan zdrowia jamy ustnej, a z drugiej patologie toczące się w obrębie jamy ustnej wpływają negatywnie na ogólny stan zdrowia. Lekarz dentysta pełni więc często rolę lekarza pierwszego kontaktu. Ma możliwość wczesnego wykrywania chorób jamy ustnej, ale też schorzeń ogólnoustrojowych, które się w niej manifestują.

Pacjenci bezwzględnie nie są zwolnieni z obowiązku okresowych wizyt u lekarza dentysty. W populacji osób starszych jest bowiem podwyższone ryzyko wystąpienia w jamie ustnej chorób



foto.: Paweł Sudara, GUM-ed

potencjalnie złośliwych oraz nowotworów. Światowa Organizacja Zdrowia uważa zdrowie jamy ustnej za jeden z najważniejszych elementów „aktywnego starzenia”, który zapewnia odpowiednią jakość życia. Kładzie szczególny nacisk na działania profilaktyczne i lecznicze realizowane w populacji senioralnej w oparciu o następujące zasady: zdrowie jamy ustnej wpływa na zdrowie całego organizmu; zdrowie jamy ustnej determinuje jakość życia; zdrowie jamy ustnej i zdrowie całego organizmu stanowią integralną całość.

Jakie zmiany zachodzą w jamie ustnej u pacjentów w wieku senioralnym?

Wraz z wiekiem w układzie stomatognatycznym człowieka dochodzi do szeregu zmian, które spowodowane są samym procesem starzenia, jak również nakładaniem się różnorodnych czynników patologicznych, które ten proces mogą nasilać i modyfikować. Są to m.in. różne, często współwystępujące choroby przewlekłe, zaburzenia hormonalne, zaburzenia odżywiania, wchłaniania oraz ograniczenia funkcji psychoruchowych. Gorsza sprawność manualna obniża skuteczność zabiegów higienicznych w obrębie jamy

◀ **Zdaniem dr hab. Barbary Kochańskiej seniorzy objęci stałą opieką stomatologiczną mają szansę na dłuższe życie w zdrowiu**

ustnej, co może zaostrzyć objawy chorobowe. Z kolei ograniczona sprawność motoryczna stwarza problem z dotarciem do gabinetu i korzystaniem ze świadczeń stomatologicznych.

Choroby jamy ustnej towarzyszące starzeniu to m.in. zaburzenia wydzielania śliny, próchnica zębów, w tym próchnica korzenia, a także ubytki niepróchnicowego pochodzenia, przewlekłe zapalenia tkanek przyzębia, choroby nowotworowe, stomatopatie protetyczne, kandydoza błony śluzowej. Szczególnym problemem w wieku senioralnym jest wielochorobowość, która często pociąga za sobą wielolekowość i polipragmatyzację, co może spowodować interakcje między lekami a chorobą, dając nieoczekiwane niekorzystne skutki. Wielochorobowość utrudnia prowadzenie leczenia stomatologicznego, ponieważ w przypadku każdej z występujących patologii należy niezależnie rozważyć wskazania i przeciwwskazania do poszczególnych rodzajów terapii i wszystkie je uwzględnić w przygotowywanych schematach postępowania.

Zmiany w jamie ustnej zachodzące wraz z wiekiem są naprawdę poważne.

Tak, i mogą dotyczyć wszystkich struktur wchodzących w skład układu stomatognatycznego. Postępująca, często nasilana przez różne niekorzystne czynniki degradacja i dysfunkcja tego układu prowadzi nie tylko do obniżenia jakości życia, ale też do pogorszenia ogólnego stanu zdrowia. Dysfunkcja układu stomatognatycznego ma wpływ na sposób odżywiania, generuje niedobory pokarmowe oraz problemy w obrębie stawu skroniowo-żuchwowego. Brak działań profilaktycznych i zaniechanie leczenia stomatologicznego skutkuje stopniową utratą zębów, zaburzeniami zżarcia, patologicznym starciem uzębienia

resztkowego, a w perspektywie prowadzi do bezżeczności i związanych z tym istotnych konsekwencji zdrowotnych. Do niedawna głównym celem gerostomatologii było odtworzenie funkcji narządu żucia. Obecnie gerostomatologia to także zabiegi z zakresu stomatologii estetycznej, endodoncji, periodontologii, implantologii czy ortodoncji. Niestety, bariera ekonomiczna często ogranicza dostęp do tego typu leczenia, a koszyk refundowanych świadczeń stomatologicznych dla seniorów nie jest bogaty.

Senior to pacjent specyficzny, choćby ze względu na wielochorobowość. Jak gerostomatologia się w nią wpisuje?

Wydłużający się okres życia i zachowanie naturalnego, nawet resztkowego, uzębienia do późnej starości powodują, że coraz częściej pacjent zgłaszający się do leczenia zachowawczego zębów to osoba w starszym i podeszłym wieku. Ma to określone konsekwencje. Populacja osób powyżej 60. r.ż. jest bardzo zróżnicowana pod względem ogólnego stanu zdrowia, kondycji psychofizycznej, obciążeń i zagrożeń zdrowotnych, które stomatolog musi brać pod uwagę, planując i prowadząc leczenie zachowawcze zębów w grupie pacjentów 60+. Heterogenność tej populacji wynika z różnych przyczyn: z indywidualnego przebiegu procesu starzenia, z występowania u każdej osoby innych przewlekłych procesów chorobowych (prowadzących do zaburzeń funkcji narządów) oraz stosowania innych leków. Dodatkowo wraz z wiekiem coraz większą rolę odgrywa czynnik psychospołeczny. Wśród osób starszych znajdują się osoby zdrowe, aktywne (głównie osoby we wczesnej starości 65-74 lata), chorzy sprawni mimo występowania licznych chorób oraz chorzy z niesprawnością funkcjonalną o różnym stopniu.

Występowanie szeregu poważnych, często przewlekłych, chorób układowych, a także stosowane leczenie farmakologiczne mogą wpływać na stan jamy ustnej pacjenta, stanowią też o bezpieczeństwie i o ograniczeniach leczenia stomatologicznego. Lekarz dentyści musi brać pod uwagę nie tylko stan uzębienia pacjenta, ale i jego obciążenia zdrowotne i związane z tym potencjalne problemy dotyczące możliwości bezpiecznego przeprowadzenia nawet standardowych procedur terapeutycznych. W zależności od tych

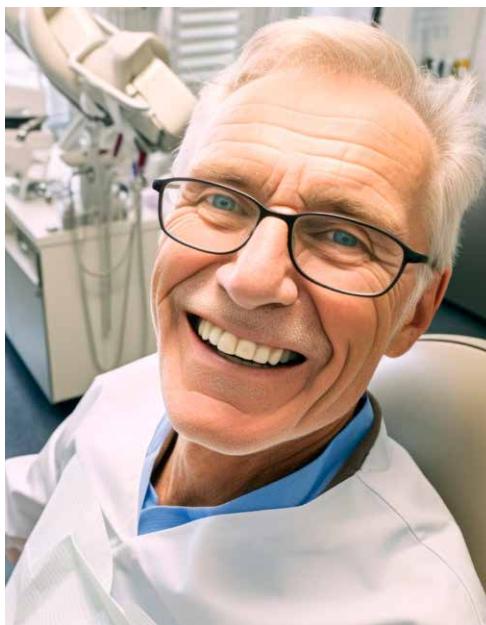


foto: Freepik.com

obciążeń należy niekiedy rozważyć konieczność modyfikacji planów leczenia, potrzebę konsultacji z lekarzem prowadzącym, a także wprowadzenie niezbędnych zmian w stosowanych procedurach stomatologicznych i używanych

Bariera ekonomiczna często ogranicza
dostęp do leczenia, a koszyk
refundowanych świadczeń dla seniorów
nie jest bogaty

w ich trakcie leków/preparatów. W planach leczenia należy też uwzględnić dokładne zebranie wywiadu ogólnego, sporządzenie spisu leków przyjmowanych przewlekłe przez pacjenta, konsultacje z lekarzem prowadzącym. Należy też pamiętać m.in. o konieczności kontrolowania przed zabiegiem, w jego trakcie i po nim podstawowych parametrów życiowych (ciśnienie, tętno, szybkość oddychania), ustaleniu najmniej obciążającej pory wizyty i czasu jej trwania, zapewnieniu wygodnej dla pacjenta pozycji fotela, redukcji stresu i lęku, zminimalizowaniu bólu.

Czy lekarze dentyści są wystarczająco przygotowani do opieki

◀ Wraz z postępującym procesem starzenia obserwuje się nasilenie problemów zdrowotnych, w tym także stomatologicznych

stomatologicznej nad pacjentem senioralnym?

Jeśli chodzi o kształcenie przed-dyplomowe zgodnie z obowiązującym standardem kształcenia na kierunku lekarsko-dentystycznym, program nauczania gerostomatologii realizowany jest w wymiarze 45 godzin ćwiczeń klinicznych na piątym roku studiów. Na tych zajęciach realizowane są skojarzone procedury z zakresu leczenia zachowawczego, chorób przyzębia i chorób błony śluzowej oraz leczenia protetycznego. Omawiane są również interakcje leczenia stomatologicznego, leczenia ogólnego i farmakoterapii. Dziś protetyka to tylko jeden z elementów leczenia starszych pacjentów. Zagadnienia dotyczące zmian w narządzie żucia związanych z procesem starzenia, chorób błon śluzowych, zaburzeń szlaków metabolicznych i dysfunkcji gruczołów ślinowych poruszane są również w ramach nauczania stomatologii zachowawczej, protetyki, periodontologii czy stomatologii zintegrowanej wieku dorosłego. Ważnym elementem szkolenia są zajęcia z komunikacji z pacjentem senioralnym.

W kształceniu poddyplomowym nowy program specjalizacji w dziedzinie stomatologii zachowawczej z endodoncją, obowiązujący od 2023 r., uwzględnia konieczność szkolenia w zakresie gerostomatologii. Do programu specjalizacji wprowadzono nowy obowiązkowy kurs, którego celem jest zapoznanie lekarza dentyści ze zmianami zachodzącymi w układzie stomatognatycznym wraz z wiekiem, ze szczególnym uwzględnieniem struktur zębów i przyzębia oraz ze specyfiką leczenia zachowawczego. Jednak niezależnie od tych programów kształcenia lekarze dentyści powinni wciąż poszerzać swoją wiedzę na temat gerostomatologii właśnie poprzez udział w konferencjach czy innych formach szkoleń oferowanych również przez nasze Towarzystwo. ●

Jesteśmy podmiotem, a nie przedmiotem

Dyżury aptek mogą być wreszcie dobrowolne i płatne. Relikt przeszłości, czyli niepłatny przymus pracy w nocy i dni wolne, odchodzi do lamusa. To najbardziej satysfakcjonująca zmiana podejścia ustawodawcy do mojej grupy zawodowej.

MARIUSZ POLITOWICZ
CZŁONEK NACZELNEJ
RADY APTEKARSKIEJ



Szybkość zmian w ochronie zdrowia jednych cieszy, innych smuci. Jedni twierdzą, że zmiany są zbyt powolne, a inni, że zbyt częste i szybkie. Jedni przytaczają przysłowie, że kto szybko daje, dwa razy daje. Inni sarkastycznie twierdzą, że pośpiech jest wskazany tylko przy łapaniu pcheł. Nie inaczej jest w polskiej farmacji, zwłaszcza aptecznej.

Pandemia COVID-19 zmieniła wszystkie dziedziny naszego życia. Także apteki, które ze „sklepów z lekami” zaczęły się stawać punktami udzielania świadczeń zdrowotnych, jak to nazwał polski ustawodawca.

Szczepienia – pierwsza i największa zmiana sposobu wykonywania zawodu przez farmaceutów. Kursy teoretyczne i praktyczne, które zakończono egzaminami, odbyło około 11 tys. farmaceutów, czyli niecała 1/3 wszystkich, ale zarazem ponad połowa pracujących w aptekach. Bardzo dużo, bo w odróżnieniu od studentów wydziału lekarskiego na farmację szły osoby „niemające w planach robienia zastrzyków”.

W szczycie pandemii działało około 2400 aptecznych punktów szczepień. Obecnie (felieton pisałem 5 listopada 2024 r.) z powodów biurokratycznych jest ich około 1100. Czyli statystycznie w co dziesiątej aptece osoby pełnoletnie mogą się zaszczepić przeciwko – uwaga, uwaga – 21 chorobom. Niestety, tylko zaledwie w trzech przypadkach NFZ pokrywa koszt szczepienia: przeciw grypie i pneumokokom (65+) oraz COVID (18+).

Warto przypomnieć, że na początku lipca 2021 r., a więc dopiero po 16 miesiącach od ogłoszenia w Polsce stanu epidemii, weszły w życie rozwiązania prawne, dzięki którym w aptekach rozpoczęto szczepienia przeciw COVID. Do zakończenia stanu epidemii farmaceuci podali 3 mln dawek.

Stała się rzecz niespotykana wcześniej. Coś, co nawet w obrębie mego zawodu kiedyś nie budziło akceptacji (eufemizm),

stało się bardzo naturalną cechą kojarzoną z farmaceutami w aptekach. Już nie „sprzedawca leków”, a ktoś, kto realnie wykorzystuje wiedzę z uczelni medycznej. Na dodatek także w dniach i godzinach, kiedy POZ-y są nieczynne. Wiem, o czym piszę, bo w czasie epidemii zdarzało mi się szczepić po godz. 21 oraz przez wiele godzin w niedzielę. Polubiłem nowy element mej pracy. Pacjenci, którzy powracają na kolejne szczepienia, nie robiliby tego, gdyby nie byli zadowoleni.

Początkowo uprawnienia farmaceutów obejmowały tylko szczepienia przeciw COVID. Trochę czasu zajęło, by decydenci zaakceptowali dość oczywisty fakt, że domięśniowe podanie szczepionki przeciw grypie niczym się nie różni od tej pierwszej. Jeszcze więcej czasu zajęło, by lista szczepień została wydłużona do wspomnianych 21. Zakładam, że czytający to profesjonaliści nie mogą wyjść ze zdziwienia.

Także i ten problem rozwiązano. Współpraca to cenna rzecz, więc podaliśmy kolejnym wyzwaniom. Jednym z nich jest recepta farmaceutyczna (RpF) na szczepionki, głównie przeciw grypie. RpF wystawia i realizuje w aptece, w której to czyni, tylko magister farmacji. Przepis mówił, że jedynie w stanach zagrożenia zdrowia. Szczepienia to profilaktyka, a nie zagrożenie, więc dopóki w 2024 r. nie zmodyfikowano przepisów, dopóty farmaceuci nie mogli wystawiać RpF

na szczepionki. Także i to utrudnienie zostało zniwelowane, choć nie do końca. Kłopot w tym, że RpF zawsze jest receptą pełnopłatną. Tak więc seniorzy 65+, którzy skorzystaliby z RpF na szczepionkę przeciw grypie, zapłaciliby 100 proc. jej wartości, choć za usługę szczepienia zapłaciliby NFZ.

Na szczęście wszystko wskazuje na to, że w najbliższych tygodniach farmaceuci będą mogli wystawiać zniżkowe recepty, także z uprawnieniem S(enior), na refundowane szczepionki. Przyniesie to efekt w postaci znaczącego skrócenia drogi pacjenta, który dziś najpierw musi trafić do POZ, a potem z receptą do apteki. Proszę zwrócić uwagę, że w przypadku szczepionek przeciw COVID nie potrzeba recepty, by ją bezpłatnie otrzymać.

Na tle szczepień, których nowa, nomen omen, fala rozpoczęła się 25 października 2024 r., wykonywanie w aptekach testów covidowych wydaje się mało istotnym epizodem z czasów epidemii. A jednak było kolejnym wyłomem w dotychczasowym postrzeganiu mego zawodu.

Od 1 stycznia 2024 r., dyżury aptek wreszcie mogą być dobrowolne i płatne. Relikt przeszłości, czyli niepłatny przymus pracy w nocy i dni wolne, często w cyklach tygodniowych (!), odchodzi do lamusa. Dla mnie osobiście jest to najbardziej satysfakcjonująca zmiana podejścia ustawodawcy do mojej grupy zawodowej. Z przedmiotu staliśmy się podmiotem. ●

PRAKTYKA LEKARSKA

Rana w ciele groźna jak zawał serca

LIDIA SULIKOWSKA
DZIENNIKARKA

Pacjenci z trudno gojącymi się ranami latami żyją w cierpieniu i są narażeni na powikłania i pilne hospitalizacje. Brakuje finansowania skutecznego leczenia, odpowiednio wykwalifikowanej kadry i wyspecjalizowanych placówek.

Tętnicze lub żylnie owrzodzenia goleń, cukrzycowe owrzodzenia stopy, owrzodzenia odleżynowe i nowotworowe, powikłania gojenia po zabiegach operacyjnych – to rany trudno gojące się, przez co stanowiące ogromne wyzwanie dla personelu medycznego. Chociaż brakuje dokładnych statystyk, na podstawie danych epidemiologicznych z innych krajów szacuje się, że w Polsce nawet milion osób może cierpieć z powodu trudno gojących się ran. W grupie wysokiego ryzyka są osoby chorujące na cukrzycę, mające niewydolność żylną, odleżyny, pacjenci onkologiczni.

CO POSZŁO NIE TAK?

Chociaż często problem zaczyna się od niewielkiego ubytku w tkance, przez brak tendencji do samoistnego gojenia stan rany się pogarsza. Bez właściwej interwencji medycznej chory jest narażony na życie w bólu, a także powikłania mogące doprowadzić do kalectwa, a nawet śmierci. Leczenie, aby było skuteczne, musi być dobrze zaplanowane i przeprowadzone zgodnie z aktualnymi standardami, w możliwie najkrótszym czasie. Niestety, na co zwracają uwagę eksperci zajmujący się leczeniem ran, polski system opieki zdrowotnej nie daje zbyt dużego wsparcia, przez co pacjenci miesiącami, a nawet latami nie są w stanie uzyskać efektywnej pomocy. A rany często wykluczają ich z aktywności zawodowej i zamykają w domu, eliminując z życia społecznego.

Dlaczego tak się dzieje? Swoistą diagnozę problemu zawiera Porozumienie na rzecz Profesjonalnej Terapii Ran – dokument opublikowany w październiku 2024 r., którego autorami są m.in. kierownik Oddziału Chirurgii Ogólnej,

Endokrynologicznej i Onkologii Gastroenterologicznej Szpitala Klinicznego im. H. Święcickiego w Poznaniu prof. Tomasz Banasiewicz, prezes Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran (PTLR) dr hab. med. Beata Mroziakiewicz-Rakowska, a także prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Mariola Łodzińska. Partnerami tej analizy zostało ponad 20 organizacji – m.in. PTLR, Polskie Towarzystwo Medy-

Trudno gojąca się rana nie jest bytem samoistnym, tylko elementem choroby podstawowej. Należy wykonać niezbędne badania i postawić rozpoznanie

cyny Rodzinnej, Polska Federacja Szpitali, Naczelna Izba Aptekarska, Polskie Towarzystwo Ortopedyczne i Traumatologiczne, Towarzystwo Chirurgów Polskich, Polskie Towarzystwo Gerontologiczne, Polskie Towarzystwo Naukowe Leczenia Ran i Organizacji Opieki, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, co pokazuje, jak wielu środowisk medycznych dotyczy ten problem.

W tym interdyscyplinarnym opracowaniu wymienia się wiele powodów niezadowolającej opieki w obszarze ran. Wśród nich wskazuje się nieoptymalne podejście do leczenia i niedostateczne finansowania świadczeń. „Aktualny standard opieki to wizyty u chirurga i lekarza

pierwszego kontaktu, gdzie zmienia się jedynie opatrunki. Tego typu nieoptymalne leczenie stosuje się miesiącami, a nawet latami. Aktualny system premiuje proste i zwykle bezowocne procedury, takie jak zmienianie najprostszych opatrunków, lecz nie docenia znaczenia szybkiego rozpoznania i efektywnego leczenia” – czytamy w dokumencie.

W opracowaniu zwraca się też uwagę na ograniczoną dostępność do nowoczesnych metod leczenia w publicznym systemie ochrony zdrowia, takich jak opatrunki specjalistyczne, terapia podciśnieniowa, przeszczepy skóry, leczenie osoczem bogatopłytkowym i fibryną, rozwiązania zwiększające utlenowanie łóżyska rany.

„W rezultacie pacjenci z powodu nieoptymalnej opieki przez długi czas borykają się z bólem i dolegliwościami ograniczającymi funkcjonowanie, aż w końcu trafiają do szpitala w trybie nagłym” – punktują autorzy Porozumienia. Z danych NFZ wynika, że w 2022 r. w Polsce było około 35 tys. hospitalizacji związanych z leczeniem owrzodzeń skóry, zmian troficznych stopy oraz amputacji, które najczęściej są wykonywane z powodu niepowodzenia leczenia ran. Większość takich pacjentów przyjmowano w trybie pilnym.

Problemem jest również niedostateczna koordynacja opieki między różnymi specjalistami i placówkami medycznymi, co utrudnia leczenie, brak wyspecjalizowanych ośrodków leczenia ran, a także niewystarczająca edukacja w kształceniu

► Rana, która jest leczona prawidłowo, najczęściej goi się w ciągu 2–3 miesięcy

przed- i podyplomowym, co skutkuje deficytem odpowiednich kompetencji personelu medycznego.

„Programy studiów medycznych i specjalizacji lekarskich nie uwzględniają wystarczająco szczegółowo zagadnień związanych z opieką nad chorymi z ranami, co skutkuje stosowaniem w praktyce klinicznej archaicznych metod i środków. Wiedza i umiejętności pielęgniarek, które w znacznie większym zakresie niż lekarze kształcone są w zakresie opieki nad pacjentami z ranami trudno gojącymi się, nie zawsze są odpowiednio wykorzystywane z powodu hierarchizacji w ochronie zdrowia i proceduralnego ograniczenia czynności, jakie pielęgniarki mogłyby wykonywać w ramach swojej zaawansowanej praktyki” – można wyczytać w Porozumieniu.

ZŁOTY STANDARD KONTRA RZECZYWISTOŚĆ

– Rany trudno gojące się leczone prawidłowo, to znaczy w sposób przyczynowy, a nie tylko opatrunkami, najczęściej goją się w ciągu 2-3 miesięcy. Zdarzają się choroby gorzej rokujące ze względu na fakt, iż przyczyna problemu leży np. w chorobie autoimmunologicznej lub cierpią oni na niewyrównane choroby metaboliczne. Trudno też skutecznie leczyć odleżyny u osób leżących, których organizm jest wyniszczony bez potencjału regeneracyjnego. Z przykrością muszę jednak stwierdzić, że wielu moich pacjentów, zanim do

fot.: Shutterstock.com



mnie trafili, latami funkcjonowało z ranami, a nie zawsze były to skomplikowane przypadki – opowiada dr n. med. Przemysław Lipiński, chirurg, sekretarz zarządu Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran i jeden z autorów Porozumienia na rzecz Profesjonalnej Terapii Ran, na co dzień praktykujący w prywatnej placówce w Łodzi.

– Przychodzą do mnie zdesperowani chorzy, którzy przez lata odbijali się od gabinetu do gabinetu. Zdarzało się, że ich rany wcale nie były oczyszczane, wypisywano tylko kolejne recepty. W dalszym ciągu gdzieś królują maści z antybiotykami i sterydami rodem z ubiegłego wieku, a także niestety wietrzenie i moczenie ran. Od takiego działania tkanka się nie zagoi – dodaje dr Lipiński.

Jak powinna wyglądać wzorcowa opieka nad chorym z raną? – Złotym standardem postępowania miejscowego jest działanie w oparciu o strategię TIME, opracowaną przez European Wound Management Association. Przede wszystkim jednak trzeba chorych badać i leczyć rany przyczynowo. Bez tego nasza praca pójdzie na marne. Trudno gojąca się rana nie jest bytem samoistnym, tylko elementem choroby podstawowej. Należy wykonać niezbędne badania i postawić rozpoznanie. Ośrodek leczenia ran powinien działać na zasadzie zespołu wielodyscyplinarnego z udziałem dermatologa, chirurga naczyniowego, diabetologa, fizjoterapeuty, dietetyka. Często trzeba zasięgnąć porady innych

specjalistów, np. reumatologa czy mikrobiologa – uczuła dr Lipiński. – Z kolei fundamentalną rolą pielęgniarek jest ich bezpośrednia praca nad raną w oparciu o plan stworzony przez lekarza. Jeśli mimo wszystko nie ma efektów leczenia, to trzeba na nowo szukać przyczyny, bo być może coś wcześniej pominięto – tłumaczy specjalista. I dodaje, że pacjenci potrafili pokazać mu całą torbę różnych specyfików, które bezskutecznie stosowali, po czym okazywało się, że zabrakło kluczowego elementu, np. kompresjoterapii. – Na obrzękniętej kończynie rana się raczej nie zagoi. Z kolei w przypadku stopy cukrzycowej nie będzie efektu leczenia, jeśli nie zlecimy odciążenia. U pacjenta z chorobą tętnic obwodowych bez leczenia przyczynowego nie uzyskamy poprawy, nawet przy stosowaniu najznakomitszych opatrunków. Takie przykłady można mnożyć. Chciałbym też podkreślić, że antybiotyk nie jest lekiem gojącym rany. Stosujemy go tylko wtedy, gdy musimy walczyć z zakażeniem rozprzestrzeniającym się poza ranę, ale to nie oznacza, że na tym powinno się kończyć leczenie – tłumaczy Przemysław Lipiński.

EDUKACJA I FINANSE

Obecnie pacjenci z ranami trudno gojącymi zazwyczaj szukają pomocy w POZ, poradniach specjalistycznych (chirurgiczne, dermatologiczne, poradnie zespołu stopy cukrzycowej). Funkcjonują nieliczne jednostki

WALKA Z ANTYBIOTYKOOPORNOŚCIĄ

Pod koniec 2023 r. Polskie Towarzystwo Leczenia Ran opublikowało stanowisko dotyczące postępowania przeciwdrobnoustrojowego w ranie skolonizowanej, z cechami infekcji i zagrożonej infekcją w erze antybiotykooporności. To aktualizacja wytycznych PTLR z 2020 r. Uzupełniono je o stanowiska międzynarodowe dotyczące stosowania substancji o działaniu bójczym w leczeniu ran trudno gojących się. Dokument jest dostępny na stronie internetowej towarzystwa.

KLUCZOWE REKOMENDACJE

Ogólnopolska kampania edukacyjna „Rany pod kontrolą” ma zwiększyć świadomość społeczną wśród profesjonalistów na temat efektywnego leczenia ran (więcej na www.ranypodkontrola.pl). Ma także odstigmatyzować problem wśród samych chorych, którzy często wstydzą się swoich ran i zwlekają z udaniem się po pomoc do specjalisty. W ramach kampanii zainicjowano Porozumienie na rzecz Profesjonalnej Terapii Ran. Na liście rekomendacji do zmian w systemie znalazły się takie postulaty, jak:

- stworzenie klarownej ścieżki opieki nad pacjentem z trudno gojącą się raną;
- interdyscyplinarna współpraca na różnych poziomach systemu (apteki, POZ, poradnie specjalistyczne, ośrodki referencyjne);
- obecność w szpitalach zespołów nadzorujących zasady profilaktyki i leczenia ran;
- zwiększenie dostępności procedur;
- edukacja zawodów medycznych związanych z opieką nad raną (na poziomie akademickim i specjalizacyjnym);
- tworzenie wyspecjalizowanych ośrodków o najwyższym poziomie referencyjności w zakresie leczenia ran.

realizujące program kompleksowego leczenia ran przewlekłych (KLRP). Z końcem lipca zakończyła się kwalifikacja pacjentów do pilotażowego programu opieki nad pacjentem z zespołem stopy cukrzycowej w SPZOZ w Szamotułach.

– Tego systemu realnie w tej chwili nie ma – ocenił prof. Tomasz Banasiewicz podczas konferencji prasowej inauguracyjnej kampanię „Rany pod kontrolą” i prezentującej szczegóły Porozumienia na rzecz Profesjonalnej Terapii Ran, która odbyła w październiku w Warszawie. Podkreślił, że z programu KLRP skorzystało w 2023 r. niecałe tysiąc osób.

Poza gorzką diagnozą na temat leczenia ran w Polsce eksperci proponują też rozwiązania na rzecz poprawy opieki nad pacjentami. Rekomendacje zawarte w Porozumieniu dotyczą zmian w organizacji systemu ochrony zdrowia, finansowaniu świadczeń oraz kształceniu lekarzy, pielęgniarek, położnych, farmaceutów i fizjoterapeutów. – Naszym celem jest wskazanie kierunków

zmian i wyznaczenie horyzontu dla dalszych prac, które mają poprawić skuteczność leczenia ran trudno gojących się, zmniejszyć liczbę zakażeń miejsca operowanego czy zmniejszyć liczbę amputacji. Istotne jest również podkreślenie znaczenia wczesnej interwencji i właściwej opieki nad raną – tłumaczy prof. Tomasz Banasiewicz. Tak aby system nie musiał koncentrować się na przypadkach pilnych, tylko aby tym ludziom można było pomóc, zanim dojdzie do zaostreżenia stanu chorobowego.

Obecna na spotkaniu prasowym dr hab. med. Beata Mrozikiewicz-Rakowska, prezes Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran, zwróciła uwagę, że pacjentem z zawałem serca zajmujemy się natychmiast, dlatego więc chorych z trudną, powikłaną raną nie traktujemy równie priorytetowo? Przecież tutaj chodzi o zawał tkanki, groźny w konsekwencjach jak zawał serca. Ekspertka dodała, że pacjent musi mieć określoną w systemie klarowną ścieżkę, po której ma się poruszać. Musi wiedzieć, do kogo się zgłosić.

Celem jest utworzenie kompleksowego systemu w ramach finansowania przez NFZ, dzięki któremu pacjent szybciej otrzyma skuteczną pomoc. Autorzy Porozumienia podkreślają, że aby taki system zafunkcjonował, trzeba poprawić i ujednolicić standardy leczenia, lepiej koordynować działania na różnych poziomach opieki, edukować personel medyczny w profesjonalnym leczeniu ran, zwiększyć dostępność procedur. Wśród rekomendacji znalazł się również punkt o powstaniu wyspecjalizowanych ośrodków, choć – na co zwrócono uwagę – głównym wyzwaniem jest profilaktyka, wczesne rozpoznanie i wczesne interwencje już na poziomie opieki farmaceutycznej i podstawowej opieki zdrowotnej, ze wsparciem poradni specjalistycznych i szpitali rejonowych. Z kolei wysoko specjalistyczne, interdyscyplinarne ośrodki leczenia ran miałyby zapewniać opiekę w trudnych przypadkach, oferując planowe leczenie chirurgiczne ran, w tym m.in.: przeszczepy skóry, operacje rekonstrukcyjne stopy cukrzycowej czy operacje plastyczne odleżyn. W dokumencie podkreślono także potrzebę aktualizacji procedur szpitalnej opieki nad raną pooperacyjną. Chodzi m.in. o stosowanie

prawidłowych antyseptyków, opatrunków specjalistycznych oraz „holistycznego podejścia do pacjenta, w tym jego żywienia, pomiaru glikemii i rehabilitacji”.

ŚWIATEŁKO W TUNELU

Czy w obecnych realiach dziury budżetowej w NFZ takie zmiany są w ogóle możliwe do wprowadzenia? Z jednej strony można stwierdzić, że nas na to nie stać. Z drugiej strony, jeśli dzięki zwiększeniu finansowania i poprawie standardów opieki pacjent będzie leczony efektywniej i krócej, stając się ostatecznie tańszym dla publicznego płatnika, może warto podjąć wyzwanie? O mniejszych kosztach zdrowotnych, w tym redukcji liczby amputacji i ograniczeniu rozwoju antybiotykooporności, nawet nie wspominając.

To, że skuteczna opieka nad ranami jest możliwa, potwierdzają efekty nowatorskiego programu kompleksowego leczenia pacjentów z zespołem stopy cukrzycowej w Szpitalu Powiatowym w Szamotułach. W 2022 r. ruszył tam wewnętrzny pilotaż pod kierunkiem dr. Piotra Liszkowskiego. Wyodrębniono miejsce na oddziale wewnętrznych oraz zapewniono opiekę specjalistów, w tym diabetologów, internistów, chirurgów i wykwalifikowany personel pielęgniarstwa. W ramach holistycznego podejścia terapia nie polega wyłącznie na leczeniu ran, w tym oszczędzającym miejscowym leczeniu chirurgicznym, ale też korygowaniu leczenia cukrzycy oraz schorzeń kardiologicznych. Dzięki skutecznym wynikom leczenia szpital zdobył finansowanie na kontynuację pilotażu na podstawie rozporządzenia wydanego przez Ministerstwo Zdrowia.

– Dotychczas spośród chorych przyjętych do programu pełny cykl leczenia ukończyło już 153 pacjentów. Wygojenie ran bez amputacji uzyskano u 123 chorych, skuteczność wyniosła 80 proc. Kilkadziesiąt osób jeszcze jest w trakcie leczenia – informuje Karolina Szeloch z SPZOZ w Szamotułach. Pilotaż potrwa do grudnia 2024 r., ale 31 lipca tego roku zakończyła się kwalifikacja do programu. Co dalej? Trwają starania o przedłużenie pilotażu i rozszerzenie go o inne szpitale. Pozostaje mieć nadzieję, że światelko w tunelu zostanie dostrzeżone. ●

PRAKTYKA LEKARSKA

Śmierć obezwładnionego i możliwe przyczyny

Dlaczego u osób zatrzymywanych przez policję czasem dochodzi do zatrzymania krążenia i zgonu, a także o roli medyków w minimalizowaniu ryzyka ich powstawania opowiada **dr n. med. Anna Smędra** w rozmowie z Lidią Sulikowską.

Co jakiś czas słyszymy w mediach o osobach, u których dochodzi do zatrzymania krążenia i zgonu w czasie interwencji policji lub niedługo po takim zdarzeniu. Kogo dotyczą te sytuacje?

Typową ofiarą jest mężczyzna, młody dorosły lub w średnim wieku, nadmiernie pobudzony, często ubrany zbyt lekko do aktualnej pogody, z objawami delirium, zachowujący się irracjonalnie, niekontrolujący swoich zachowań. Może być agresywny, niszczyć przedmioty, atakować inne osoby w swoim otoczeniu. Zazwyczaj ma przyspieszony oddech, poci się, jest podniecony i bardzo silny, ma podwyższoną temperaturę ciała, nie męczy się, ma dużą tolerancję na ból. Nie współpracuje z funkcjonariuszami policji. Stawia opór pomimo unieruchamiania za pomocą chwytów blokujących stawy, co prowadzi nawet do złamań. Czasami występuje tzw. zauroczenie lustrem/szkłem. Jego stan najczęściej wynika z zaburzeń psychicznych, szczególnie schizofrenii paranoidalnej albo choroby afektywnej dwubiegunowej w fazie manii, w momencie gdy zaprzestał terapii lub nie jest leczony prawidłowo. Powodem takiego zachowania może być też zażycie psychostymulantów – narkotyków, takich jak amfetamina, metamfetamina i kokaina, jak również dopalaczy.

Choć obecnie do takich zdarzeń dochodzi najczęściej w kontekście interwencji policyjnych, to pierwsze doniesienia o podobnych przypadkach opisywano już w połowie



fot.: Marta Rawecka

XIX wieku i dotyczyły one zupełnie innych sytuacji.

Kogo spotykały?

Pacjentów placówek psychiatrycznych unieruchamianych przez personel medyczny z powodu ich zachowania – podniecenia ruchowego w połączeniu z dezorientacją. Czasem w takich sytuacjach dochodziło do zgonów. Sytuacja poprawiła się w latach 50. XX wieku, kiedy

◀ **Dr n. med. Anna Smędra**, specjalista medycyny sądowej, adiunkt Katedry Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

pojawiły się pierwsze skuteczne leki przeciwpsychotyczne. Z kolei w latach 80. ubiegłego wieku zrobiło się głośno o zgonach podczas zatrzymań policyjnych w USA u osób pod wpływem m.in. kokainy. To były czasy, gdy ten narkotyk i inne psychostymulanty stały się popularne. Wówczas po raz pierwszy użyto pojęcia Excited Delirium, które określało przypadki nadmiernego podekscytowania ruchowego z objawami dezorientacji i zaburzeń świadomości po zażyciu substancji odurzających, a jakiś czas później Excited Delirium Syndrome (ExDS) – w przypadku zgonów u osób w takim stanie. Trzeba jednak zaznaczyć, że w klasyfikacjach ICD-10 i DSM-5 nie ma takiego rozpoznania. W Polsce najczęściej taki stan nazywamy pobudzeniem majaczeniowym albo stosujemy angielską nazwę ExDS.

Dlaczego właściwie takie osoby umierają?

Przez lata przewijały się różne hipotezy i tak naprawdę do dziś nie ma zgody w tej kwestii. Jedną z bardziej popularnych jest koncepcja katecholaminowa. Według jej założeń u osób w stanie Excited Delirium dochodzi do wzrostu adrenaliny i noradrenaliny, co powoduje tachykardię

i zwiększenie kurczliwości mięśnia sercowego. W efekcie serce potrzebuje więcej tlenu. W odpowiedzi na ten stan tętnice wieńcowe ulegają rozszerzeniu przy jednoczesnym skurczu tętnic obwodowych, co zwiększa obciążenie następne mięśnia sercowego. Do tego dochodzą mikrouszkodzenia mięśni szkieletowych, co w dalszej kolejności skutkuje wzrostem stężenia potasu we krwi. Wszyskiemu towarzyszy wzrost temperatury ciała. Gdy w takim stanie organizm gwałtownie zaprzestaje wysiłku, a dzieje się tak po obezwładnieniu zatrzymanego przez funkcjonariuszy, to ciągle wysoki poziom katecholamin prowadzi do spadku stężenia potasu, co dalej prowadzi do śmiertelnej arytmii.

Nie do każdego ta hipoteza przemawia.

Oczywiście. Podnoszona jest też koncepcja, że ci ludzie umierają w wyniku niedotlenienia spowodowanego niemożnością wykonywania ruchów oddechowych przez pozycję, w której się znajdują w czasie obezwładniania. Nie jest to nowa koncepcja, pierwsze artykuły na ten temat pojawiły się już na początku lat 90. XX wieku. Wskazywano w nich na niebezpieczeństwo unieruchamiania osób pobudzonych psychoruchowo w pozycji leżącej na brzuchu, ze skrepowanymi rękami, i związanym z nim ryzykiem wystąpienia asfiksji restrykcyjnej. Często funkcjonariusze dodatkowo przytrzymują zatrzymanego swoim ciałem, np. siadając na nim lub dociskając go kolanami do podłoża. W 2020 r. ta koncepcja odżyła po głośnej śmierci George'a Floyda, do której doszło podczas działań policji w Minneapolis (USA). Od tego czasu termin Excited Delirium znalazł się na cenzurowanym. Chociaż jego zgonu w ogóle nie tłumaczono wystąpieniem ExDS, to właśnie jego sprawa przyczyniła się do odchodzenia od używania tego terminu.

Pojawiły się zarzuty, że nadużywano terminu ExDS jako wytłumaczenia przyczyny zgonów w czasie interwencji policyjnych. Zaczęto je traktować jak rozpoznanie rasistowskie,

dotyczące głównie czarnoskórych mężczyzn, zmywające winę z policjantów.

Tak. Jednocześnie ta historia stała się przyczynkiem do głębszej analizy interwencji policyjnych i zgonów z nimi związanych. Kilka miesięcy po śmierci George'a Floyda opublikowano głośną metaanalizę przypadków Excited Delirium zakończonych zgonem. Autorzy tego badania stwierdzili, że prawdopodobnie nie samo pobudzenie majaczeniowe było

Obecnie nie ma konsensusu naukowego co do patomechanizmu zgonu zatrzymywanych pobudzonych osób

mechanizmem śmierci, ale uduszenie spowodowane obezwładnianiem w pozycji leżącej na brzuchu. Ten wniosek zgłoszili jednak stwierdzeniem, że zgon wyłącznie wskutek Excited Delirium również jest możliwy, choć dotychczasowe obserwacje nie wspierają tej tezy.

Wyjaśnienie tych zgonów asfiksją restrykcyjną ma spore luki.

To prawda. Typowo przy zgonach w wyniku niedotlenienia na ciele powinny znajdować się wybroczyny krwawe, np. w obrębie twarzy, spojówek, błon śluzowych, a sam zgon powinien być poprzedzony drgawkami, prężeniem ciała. Najczęściej jednak takich zmian nie obserwowano. Stąd badacze zaproponowali jeszcze inny mechanizm – Prone Restraint Cardiac Arrest (PRCA). Mówi on, że pozycja leżąca na brzuchu, z rękami skrepowanym z tyłu, powoduje nie tyle hipoksję, co hiperkapnię, czyli stan zwiększonego stężenia dwutlenku węgla we krwi, i dalej kwasicę metaboliczną,

co prowadzi do zatrzymania akcji serca.

W zeszłym roku pojawiły się nowe doniesienia sugerujące, że te zgony mogą mieć związek z mechanizmem podobnym jak w próbie Valsalvy. Tłumaczą one, że ucisk na ciało zatrzymywanej osoby powoduje zmniejszenie powrotu żylnego, co dalej prowadzi do zmniejszenia frakcji wyrzutowej serca, co skutkuje niedotlenieniem mózgu i śmiercią.

Oczywiście, nie mamy pewności, czy za jakiś czas nie pojawi się inna teoria tłumacząca te zgony. Na razie nie ma konsensusu naukowego w tej sprawie. Bardzo możliwe zresztą, że na patomechanizm śmierci składają się czynniki z różnych koncepcji.

Dlaczego tak trudno ustalić konkretny mechanizm śmierci w takich sytuacjach?

W przypadku tego typu zgonów nie możemy przeprowadzić żadnych badań doświadczalnych. Nasza wiedza z oczywistych przyczyn oparta jest tylko na obserwacjach zaistniałych zgonów, których jest niewiele. Z kolei do badaczy nie dochodzą informacje o osobach uratowanych. Dodatkowo proponowane mechanizmy są takimi, które nie dają wykładników możliwych do stwierdzenia podczas sekcji zwłok. Sekcje zazwyczaj nie wykazują wtedy żadnych zmian, które pozwalałyby ustalić przyczynę śmierci, a rozpoznanie stawia się z wykluczenia innych przyczyn – chorobowych i urazowych.

Pojawiają się opinie, że przy unieruchamianiu osób pobudzonych nie powinno się używać metody doprowadzającej do pozycji leżącej na brzuchu z rękami skrepowanym z tyłu.

Jest to jednak metoda z wyboru stosowana przez policję. Problemem jest nie tyle jej stosowanie, co nieprawidłowe stosowanie. Jeżeli policjant przeprowadzi interwencję prawidłowo, to będzie ona bezpieczna. Oczywiście należy pamiętać, że każdy środek przymusu bezpośredniego, w tym także siła fizyczna,

► Śmierć George'a Floyda w maju 2020 r. stała się przyczynkiem do głębszej analizy zgonów związanych z interwencjami policyjnymi

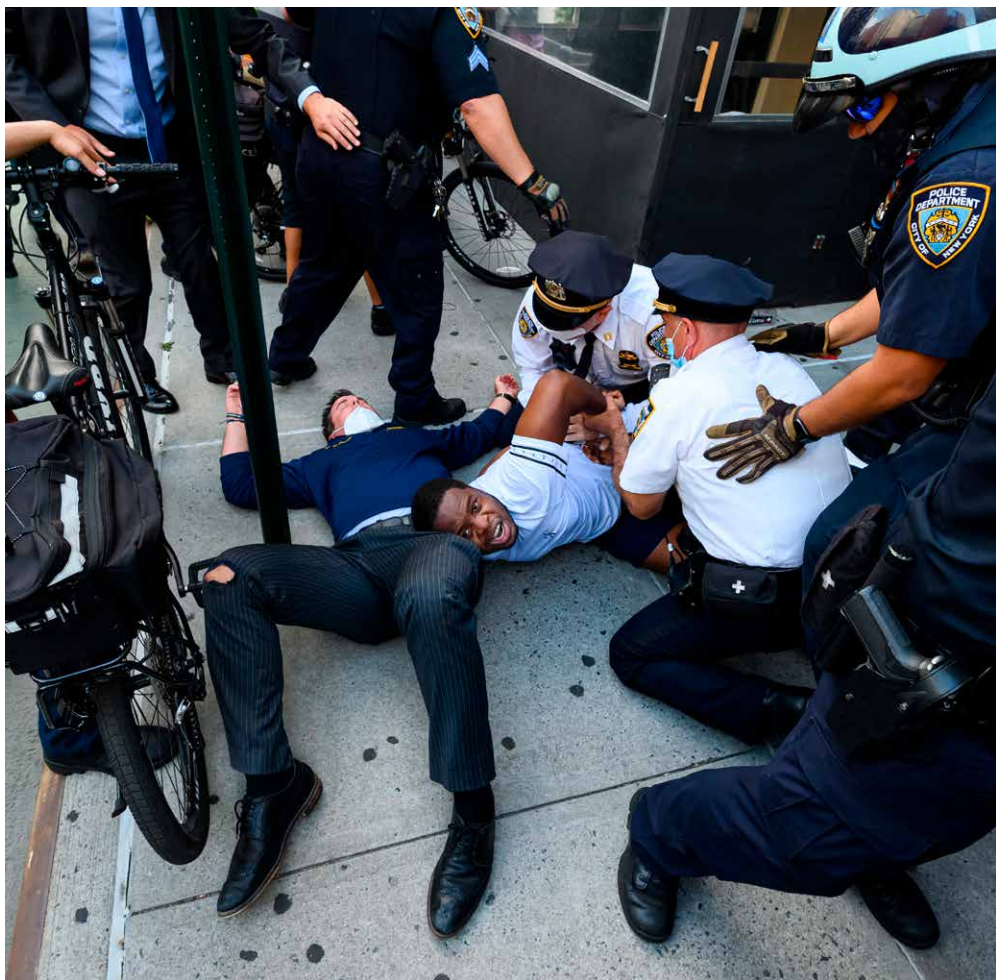
niesie pewne zagrożenia i może być zastosowany tylko w określonych i uzasadnionych sytuacjach.

Jest pani współautorką poradnika dla policjantów dotyczących interwencji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi lub niekontrolującymi swoich zachowań z innych przyczyn. Zaznaczono w nim, żeby – o ile to możliwe – wzywać zespół ratownictwa medycznego, planując zatrzymanie takiej osoby.

Tak, poradnik ten miał dwa wydania. Pierwsze z 2018 r. przeszło bez echa, ale drugie z 2021 r., można powiedzieć, że „trafiło pod policyjne strzechy”. W poradniku tym, wydanym przez Szkołę Policji w Słupsku („Interwencje wobec osób z zaburzeniami psychicznymi lub niekontrolujących swoich zachowań z innych przyczyn”, red. J. Gil), wspólnie z Jarosławem Berentem i Damianem Bartnickim zaproponowaliśmy zasady bezpiecznego prowadzenia interwencji wobec pobudzonych osób. Współdziałanie z zespołem ratownictwa medycznego jest tam także wpisane. Zasady te zostały pod koniec listopada 2021 r. zalecone przez zastępcę komendanta głównego policji do stosowania.

Jakie jest najlepsze postępowanie medyczne w przypadku takich osób?

Ważne, aby mieć świadomość, że takie sytuacje się zdarzają. Mogą się z nimi zetknąć zespoły ratownictwa medycznego, pracownicy szpitalnych oddziałów ratunkowych, psychiatry. To nie musi być sytuacja interwencji policyjnej. Może się zdarzyć, że pracownicy ochrony zdrowia będą musieli unieruchomić nadmiernie pobudzonego pacjenta. Warto wówczas mieć z tyłu głowy, że taki stan w połączeniu z unieruchomieniem może wywołać zgon. Kluczową sprawą w przypadku tych osób jest podanie leków powodujących farmakologiczne wyciszenie, zamiast



fot.: Shutterstock.com

długotrwałego unieruchomienia. Piśmiennictwo zaleca podanie w takich przypadkach midazolamu. Po wyciszeniu farmakologicznym należy taką osobę jak najszybciej przewieźć do szpitala, cały czas monitorując jej parametry życiowe, i reagować adekwatnie do innych stwierdzonych nieprawidłowości, np. jeśli pacjent doznał urazu, należy zabezpieczyć w odpowiedni sposób urażone okolice ciała, zaś jeśli ma znacznie podwyższoną temperaturę, należy go ochładzać.

Trudno określić przyczynę zgonu w przebiegu interwencji policyjnej u osób pobudzonych i halucynujących?

Jak już wspomniałam, zazwyczaj jest to rozpoznanie

z wykluczenia. Jeżeli nie stwierdzimy żadnych zmian urazowych i nie znajdziemy żadnych chorób, które by tłumaczyły zgon, ani nie odkryjemy niczego podejrzanego w badaniach toksykologicznych, to wówczas możemy podejrzewać, że za śmierć odpowiadają skutki pobudzenia psychoruchowego. Oczywiście należy zbadać okoliczności, w jakich doszło do śmierci, w szczególności dotyczące zachowania takiej osoby przed śmiercią. Niestety, nie można zaobserwować żadnych śladów w organizmie, które by jednoznacznie wskazywały na takie rozpoznanie. Nie ma patognomicznych wykładników tego stanu, dlatego posiłkujemy się metodą wykluczeniową. •

Ile kosztuje kropelka benzyny

Żeby nie zwariować i być dobrym lekarzem, albo trzeba się pogodzić i zaakceptować, że kapiemy kropelki benzyny do pełna, bo tak lubimy, albo znaleźć sposób na stawianie granic.

Jest taki żart. Przychodzi krasnoludek na stację benzynową i pyta: „Dzień dobry, ile kosztuje kropelka benzyny?” „Nic, krasnoludku” – odpowiada pan z obsługi stacji. – „To proszę mi nakapać po kropelce do pełna” – mówi krasnoludek.

Jakoś mi się to kojarzy z życiem lekarza. Jechałam niedawno na kongres z zaprzyjaźnionym lekarzem. I całą drogę, która nie była krótka, ktoś dzwonił po „kropelkę”. Pierwszy był łamiący się głos kobiety. „Czy możesz pomóc, bo tatuś trafił do was do szpitala” – mówił głos. „Ja jestem upoważniona do informowania mnie, ale wiesz. Nie wiem, gdzie zadzwonić, i nie wiem, co dalej, a ty pewnie wiesz...?”. Słowo „wiesz” dominowało, więc „wiedzący” doktor powiedział, że spróbuje. Zadzwonił do trzech osób i w końcu dostał informacje. Oddzwonił, tłumaczył. Jeszcze raz tłumaczył i jeszcze raz tłumaczył. Operacja „tatuś 1” zajęła jakieś 60 minut.

Zadzwonił drugi telefon, a właściwie doktor oddzwonił. „Słuchaj, tu mnie boli, co z tym? Mam wyniki, czekaj to ci przeczytam”. „A masz inne badania?” i tak kolejne 30 minut przeleciało. Potem był ktoś ze szpitala skonsultować, co zrobić z pacjentem, a potem jeszcze ktoś. I ktoś kolejny. Operacja „ja”, operacja „ciocia”, operacja „tatuś 2”. Każdy zadzwonił w sprawie darmowej kropelki. Każdy powiedział „dziękuję” i już go nie było.

Każdy tylko na chwilę i tylko o coś zapytać. Bo przecież to tylko porada.

Tak my, wychowani przez rodziców kształtowanych do pracy w czynnie społecznym i przekonaniu, że praca to robienie czegoś, a nie gadanie – myślimy o lekarzach, prawnikach, a nawet strategach. Co mu zależy coś poradzić. W końcu wybrał taki zawód, żeby pomagać ludziom i radzić. Nic nie zrobił, tylko powiedział coś czy zadzwonił do kolegi. Przecież to nic wielkiego, pogadał 20 minut. Tylko że te 20 minut oddał z czasu dla siebie albo dla

ANNA GOŁĘBICKA,
EKONOMISTKA, STRATEG
KOMUNIKACJI I ZARZĄDZANIA



rodziny. Autobus, który wozi ludzi, musi kiedyś zatankować, bo w końcu stanie i już nikogo nie przewiezie.

Zastanawiałam się kiedyś, dlaczego lekarze z reguły mają płytsze relacje z otoczeniem. Po wielu latach w tej branży myślę, że mimo że lekarz powie, że ma dystans, bo widzi

Samochód bez benzyny w końcu stanie.
Zmęczony lekarz popełni błąd. Coś przeoczy, pójdzie na skróty albo w zmęczeniu nie okaże wystarczającej „empatii”

życie z innej perspektywy, sądząc, że dzieje się tak również przez te kropelki. Każdy pacjent przychodzi i marzy o tym kontakcie, uwadze, obsłudze wtedy, gdy potrzebuje. Gdy nie potrzebuje, znika i zapomina. Relacja – można rzec – oparta na braniu i zapomnianiu.

Jeśli wykonujesz ten zawód i źle rozumiesz empatię, za bardzo się wkręcasz i angażujesz, możesz w krótkim czasie paść ofiarą własnej ofiary. Wypalić się, rozczarować, czuć wykorzystywanym. W tej pracy ważny jest szacunek do pacjenta, poważne traktowanie czy uważność, ale ważne są też samoświadomość i asertywność. Trzeba umieć odróżnić oddzielone cienką czerwoną linią

sytuację, gdy należy po godzinach i za darmo komuś ratować życie, od okoliczności, gdy ktoś po prostu idzie na skróty, bo skoro znalazł lekarza, to może przy aktualnym stanie ochrony zdrowia znalazł „sposób na...”. Kolejka na NFZ nigdy się nie zakończy, zawsze przyjdzie ktoś, kto chciałby, żeby tylko jeszcze jemu i tylko jeszcze dziś. Tylko samochód bez benzyny w końcu stanie. Zmęczony lekarz popełni błąd. Coś przeoczy, pójdzie na skróty albo w zmęczeniu nie okaże wystarczającej „empatii” i dostanie naganę. Albo się wypali i będzie bez pasji, radości życia burczał na każdego, kto stanie mu na drodze: nieważne, czy to pacjent, lekarz, czy takśówek.

Żeby zatem nie zwariować i być dobrym lekarzem, albo trzeba się pogodzić i zaakceptować, że kapiemy kropelki krasnoludkom do pełna, bo tak lubimy, albo znaleźć sposób na stawianie granic. Na dokładkę powiem, że ten sposób trzeba znaleźć, zanim wybuchniemy, wypalimy się, zmęczymy i rozczarujemy swoim podobno tak pięknym zawodem. Może lepszy zgorzkniały doktor niż żaden doktor, ale jeszcze lepszy doktor pozytywnie nastawiony.

Doktor z podróży powiedział na koniec dnia, że lubi pomagać i robi to z pełną świadomością kropelkę za darmo. Każdy żyje, jak chce. Szacunek dla samoświadomości. ●

PRAKTYKA LEKARSKA

Więcej nie znaczy lepiej

ZBIGNIEW WOJTASIŃSKI

Nie zawsze zastosowanie kolejnego leczenia jest najlepszą opcją.
Podobnie jak zwiększanie dawek antybiotyków lub podawanie nowych.
Zamiast klasycznej operacji czasami można zastosować zabieg małoinwazyjny.
Warto umieć o tym porozmawiać z pacjentem.

Badania specjalistów z Uniwersytetu Stanforda opublikowane przez „Annals of Internal Medicine” opisują jedną z takich sytuacji. I choć dotyczą one dializoterapii u osób starszych ze schyłkową niewydolnością nerek, mają szerszy wymiar. Można je odnieść do innych terapii, jeśli weźmiemy pod uwagę jakość życia pacjenta, a nie tylko wyniki dotyczące przeżywalności.

Analizą objęto 20 440 amerykańskich weteranów wojennych w wieku co najmniej 65 lat, których poddano dializoterapii w latach 2010-2018. Wynika z niej, że chorzy, którzy nie zostali poddani dializom, tak jak można było się spodziewać, żyli przeciętnie o 77 dni krócej w porównaniu do objętych tą terapią natychmiast. Jednak ci sami pacjenci o 14 dni dłużej mogli przebywać w domu. Główny wniosek jest zatem taki, że jeśli pacjent zostanie objęty dializami od razu, to może żyć dłużej, jednak spędzi więcej czasu na terapii w szpitalu.

Oczywiście, dla wielu chorych ważne jest przedłużenie życia, tak bardzo, jak tylko jest to możliwe. Często towarzyszy temu nadzieja, że leczenie skutkuje również większym komfortem życia. „Po operacji wrócę do siebie, odzyskam siły”. Niestety, nie zawsze tak jest i wielu pacjentów nie zdaje sobie z tego sprawy. A zaniechanie leczenia kojarzą z zaprzestaniem starań o przedłużenie życia. Narzekają, że są lekceważeni, o czym mówią sfrustrowani pacjenci w starszym wieku. Powtarzają:

„Nic mi nie zaoferowali, bo jestem stary, bo nie warto u mnie stosować kosztownej terapii”.

**DLACZEGO O TYM
NIE ROZMAWIAMY**

Z takimi opiniami muszą się mierzyć lekarze w całej opiece medycznej, ale to nie znaczy, że lepiej chować głowę w piasek i o tym nie rozmawiać. Dializoterapia jest tego dobrym przykładem. Jak pokazują wspomniane badania amerykańskie, jest to przede wszystkim te-

Dializoterapię należy rozważyć indywidualnie: o ile dla jednych jest błogosławieństwem, dla innych może być zbyt dużym obciążeniem

rapia dla ludzi będących w ogólnie dobrym stanie zdrowia. W przypadku pacjentów w starszym wieku, z wieloma chorobami, może się okazać zbyt uciążliwa i nie zawsze warta stosowania.

Z badań specjalistów z Uniwersytetu Stanforda wynika, że pacjenci, którzy otrzymali dializy, ale dłużej na nią czekali, co najmniej miesiąc, żyli krócej, lecz średnio tylko o dziewięć dni. Dłużej jednak mogli przebywać w domu aniżeli ci, których natychmiast poddawano dializoterapii. Wynikało to nie

tylko z tego, że na zabiegi trzeba było ich dowozić do odpowiedniego ośrodka. Tak jak można było tego oczekiwać – byli też bardziej narażeni na powikłania dializ, a ich leczenie wymagało hospitalizacji.

Lekarze wspólnie z pacjentem powinni ocenić, czy dializoterapia będzie dla nich najlepszą opcją, pokazując, jakie są jej wady i zalety – przekonuje jedna z autorek tych badań prof. Manjula Tamura. Z kolei główna autorka badania dr Maria Montez Rath zwraca uwagę, że „pacjenci godzą się na dializę, często nie rozumiejąc w ogóle, na czym ona polega”. Wydaje się im, podobnie jak ich rodzinom, że jest to dla nich jedyna i najlepsza opcja. Dlatego – podkreśla dr Rath – dializoterapię należy rozważyć indywidualnie: w jakim wieku jest chory i w jakiej kondycji. Bo o ile dla jednych jest faktycznie błogosławieństwem, to dla innych może być zbyt dużym obciążeniem.

NIEREALNE OCZEKIWANIA

Więcej nie zawsze znaczy lepiej, co znajduje szczególne odzwierciedlenie we współczesnej medycynie. Wiara w postęp technologiczny i farmakologiczny, jak również w umiejętności lekarzy i szpitali, jest nierzadko tak duża, że wielu chorych ma nierealne oczekiwania.

Nie zawsze zatem warto kontynuować intensywne leczenie i wdrażać kolejną, nowatorską



fot.: Freepik.com

◀ Pacjentowi należy dawać nadzieję, ale nie można powiedzieć, że się go wyleczy, jeśli nie można tego zrobić

metodę leczenia. Nie zawsze uzasadnione jest rozważanie kolejnej operacji, zwiększanie dawek antybiotyków lub podawanie nowych. Czasami lepiej odstąpić od stosowanej już metody leczenia, na przykład od ECMO. Albo zaprzestać jeszcze jednej chemioterapii.

Według raportu opublikowanego przez Lown Institute z Massachusetts (non profit think tank w obszarze medycyny) w szpitalach amerykańskich w latach 2016-2018 w ramach Medicare wykonano ponad milion niepotrzebnych badań i procedur. Tak było nawet po wybuchu pandemii COVID-19.

Jedynie od marca do grudnia 2020 r. przeprowadzono ponad 100 tys. takich wątpliwych procedur. Najczęściej było to zakładanie stentów w stabilnej chorobie wieńcowej, cementowanie kręgosłupa w osteoporozie, histerektomia przy łagodnych zmianach, zespolenie kręgosłupa, artroskopia kolana, endarterektomia tętnicy szyjnej oraz zakładanie stentu moczowodowego.

W opracowaniu tym nie wyszczególniono zbędnych zabiegów dotyczących osób starszych i schorowanych, do których najbardziej odnosi się coraz częściej powtarzane stwierdzenie, że więcej nie

znaczy lepiej. O tym, że nie są to rzadkie sytuacje, sygnalizują badania opublikowane przez „British Medical Journal”.

Tym razem analizowano 96 pacjentów leczonych w Wielkiej Brytanii, zmarłych średnio w wieku 88 lat. Jak twierdzą autorzy opracowania, poddano ich wielu niepotrzebnym badaniom obrazowym, takim jak RTG, USG oraz rezonans magnetyczny i tomograf komputerowy, do których nie było wskazań.

Od lipca do grudnia 2021 r. wykonano w tej grupie chorych 389 badań RTG, 92 badania USG, 192 CT oraz 6 MRI, w sumie 679 tego rodzaju procedur diagnostycznych. Co czwartego pacjenta poddano nawet dziesięciu takim badaniom w ciągu pół roku przed śmiercią. U 43 proc. chorych w wieku 80-85 lat wykonano co najmniej dziesięć badań obrazowych, więcej niż w jakiegokolwiek innej grupie wiekowej.

KOMUNIKACJA Z PACJENTEM

Dlaczego tak się dzieje? Czy wynika to z troski o starszych wiekiem i mocno schorowanych pacjentów?

Czasami może tak być, niektórzy lekarze starają się dopieścić swoich pacjentów albo są pod ich silną presją. Nie potrafią odmówić badania diagnostycznego, które przecież raczej nie zaszkodzi, choć nie zawsze tak jest. Czasami trudno określić rokowania, tym bardziej że zdarzają się przypadki wychodzenia z ciężkiej opresji ku zaskoczeniu nawet lekarzy.

Autorzy badania, pracujący dla Ashford and Saint Peter's Hospitals NHS Trust, zwracają uwagę, że lekarze niechętnie rozmawiają z pacjentami o końcu życia, o tym, że niewiele można im pomóc, a najlepszym rozwiązaniem byłaby medycyna paliatywna. Badacze twierdzą, że od 20 do 50 proc. badań obrazowanych nie daje żadnych korzyści, bo nie przynoszą dodatkowych informacji pozwalających poprawić stan pacjenta. A są zlecane, bo tego oczekują chorzy.

Problem ten wybrzmiał podczas konferencji naukowo-szkoleniowej „Medycyna końca życia”, która w połowie października odbyła się w Gorzowie Wielkopolskim. Rozmawiano o terapii daremnej, z którą anesteziolodzy borykają się na oddziale intensywnej terapii. Jak powiedział prof. Wojciech Szczekliki: „to nasza codzienność”. Zaznaczył, że takiego podejścia wciąż brakuje na innych oddziałach.

„Podstawą podejmowania właściwych decyzji terapeutycznych u kresu życia jest komunikacja z pacjentem. Przed tym nie uciekniemy, bez względu na to, jakie są nasze poglądy czy stan prawny w tym zakresie” – przekonywał podczas konferencji prezes elekt Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii prof. Mirosław Czuczwar, kierownik Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii Wielospecjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Gorzowie Wielkopolskim. Jego zdaniem podstawą relacji lekarza z pacjentem jest zaufanie, a chory nie może oczekiwać zaufania, gdy

się nie mówi mu prawdy. „Powiedzenie choremu, że przykro mi, ale nic więcej nie możemy zrobić, to nic przyjemnego. Nie lubię takich rozmów, ale nikt tego nie lubi. Chorzy, którym nie możemy pomóc, powinni jednak oczekiwać od nas szczerości i próby zmierzenia się z tym problemem” – mówił.

Dyskusja na temat medycyny końca życia jest wyjątkowo trudna. Nie ma gotowych schematów działania. Każdy przypadek należy traktować indywidualnie i trzeba znaleźć jakieś wyjście, nawet wtedy, gdy pacjenta nie można już uratować. „Najgorszą sytuacją jest brnąć w kłamstwo i robić rzeczy bezsensowne” – argumentował prof. Czuczwar.

Pacjentowi należy oczywiście dawać nadzieję. „Nie możemy jednak powiedzieć, że cię wylecisz, jeśli tego nie jesteśmy w stanie zrobić. Pacjentowi należy raczej powiedzieć, że ja przy tobie będę, ja się tobą zajmę, będę starał się uśmierzyć twój ból i zapewnić ci komfort, wytłumaczę, na czym może on polegać” – potwierdzał prof. Wojciech Szczeklik.

RYZKOWNA HOSPITALIZACJA

Operacja zawsze wiąże się z pewnym ryzykiem, może dojść do krwotoku, uszkodzenia narządów, infekcji i błędów w znieczuleniu albo nietypowej reakcji pacjenta. Sama hospitalizacja osoby starszej jest ryzykowna. Z badań przeprowadzonych w USA wynika, że co trzeci 70-latek i co drugi pacjent po osiemdziesiątce opuszcza szpital w gorszym stanie, niż był w chwili przyjęcia.

„Im jesteś starszy, tym gorszym dla ciebie rozwiązaniem jest pobyt w szpitalu” – ostrzega prof. Ken Covinsky z Uniwersytetu Kalifornijskiego w San Francisco. Pacjenci źle znoszą sam pobyt – dłużej leżą w łóżku, inaczej są karmieni i śpią o innych porach albo w ogóle nie mogą zasnąć.

Powinni o tym pamiętać bliscy starszego wiekiem chorego. Bo seniorzy po zbyt uciążliwej hospitalizacji gorzej się poruszają, mają większe problemy z pamięcią, przestają być samodzielni. Nic dziwnego, że w niektórych szpitalach starsi pacjenci przebywają w oddzielnych salach oraz są inaczej traktowani, by zmniejszyć obciążenie wynikające z hospitalizacji. To jednak w naszym kraju wciąż rzadkość.

Jak powiedział podczas konferencji w Gorzowie Wielkopolskim prof. Szczeklik, ważna jest identyfikacja pacjentów, u których może dojść do zastosowania

terapii nadmiernej, przedłużającej jedynie jego cierpienie. Zwykle są to chorzy z zaawansowaną niewydolnością serca, aktywną rozsianą chorobą nowotworową, przewlekłą chorobą płuc oraz niewydolnością wątroby. „Ważne, w jakim stanie zdrowia jest chory, zanim trafi do szpitala” – zaznaczył. Jedynym z istotnych wyznaczników jest tzw. stan kruchości, a także wielochorobowość oraz ciężka choroba będąca powodem przyjęcia do szpitala. Gdy stan kruchości ocenia się na 6-7 punktów, to umieralność takiego pacjenta na intensywnej terapii jest większa.

Stan zdrowia polskich seniorów jest często dość poważny, w porównaniu do innych krajów jesteśmy społeczeństwem bardziej schorowanym. Z badania PolSenior2 wynika,

Podstawą relacji lekarza z pacjentem jest zaufanie, a chory nie może oczekiwać zaufania, gdy się nie mówi mu prawdy

że wielochorobowość dotyka prawie 70 proc. osób w wieku 60-65 lat oraz 90 proc. w wieku 80-90 lat. Osoby powyżej 75. roku życia mają pięć i więcej chorób przewlekłych. Cierpią przede wszystkim na choroby układu krążenia, nowotwory, schorzenia układu oddechowego i kostno-stawowe oraz cukrzycę typu 2, zaburzenia psychiczne i zaburzenia otępienne. To główne przyczyny niepełnosprawności i przedwczesnego zgonu.

PRZYSZŁOŚĆ TO PROCEDURY MAŁOINWAZYJNE

Nie znaczy to jednak, że lepiej nie robić nic, niż zbyt dużo. Zamiast klasycznej operacji czasami można zastosować zabieg małoinwazyjny, których jest coraz więcej w kardiologii i w onkologii. Przykładem jest onkologia interwencyjna, obecna na wszystkich etapach choroby nowotworowej, pozwalająca wykonać zarówno mniej inwazyjne zabiegi terapeutyczne, jak i diagnostyczne – zapewnia radiolog interwencyjny

dr Grzegorz Rosiak z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Ta metoda nadal jednak w jest naszym kraju wykorzystywana zbyt rzadko.

Zabiegi tego typu pozwalają zmniejszyć liczbę pacjentów operowanych w celu diagnostycznym, co powinno się zdarzać niezmiernie rzadko. Za pomocą termoablacji i krioablacji można leczyć pacjentów z guzami wątroby, płuca, nerki, kości i nadnercza. Są powszechnie używane na świecie od ponad 20 lat i zalecane w międzynarodowych wytycznych onkologicznych.

Radiolodzy wykonują również wiele zabiegów zmniejszających ból u pacjentów onkologicznych. Dzięki wysokiej jakości obrazu, jaki się uzyskuje przy użyciu CT, można precyzyjnie nakłuć splot nerwowy odpowiadający za ból u danego pacjenta.

Onkologia interwencyjna pomaga leczyć powikłania po innych terapiach, np. po operacjach chirurgicznych. „Dość częstym powikłaniem operacji, zwłaszcza w jamie brzusznej, jest infekcja i ropień. W dawnych latach tacy pacjenci byli poddawani kolejnej operacji, która była obciążona znacznie większym ryzykiem. Obecnie za pomocą metod radiologii interwencyjnej można opróżnić taki zbiornik z ropy poprzez założenie drenu pod kontrolą CT. Ten bezpieczny zabieg w znieczuleniu miejscowym pozwala na uniknięcie operacji w ponad 90 proc. przypadków” – zapewnia dr Rosiak.

Lepszym rozwiązaniem niż dializoterapia może być mniej uciążliwa dializa otrzewnowa, tym bardziej że koszty są podobne. I nie jest to propozycja wyłącznie dla ludzi młodych, mogą z niej skorzystać także seniorzy, jeśli tylko się do niej kwalifikują. Chorego w obsłudze takiej asystowanej dializy może wspomóc przeszkolony opiekun.

Niestety, w Polsce dializa otrzewnowa wykorzystywana jest jedynie u nielicznych pacjentów wymagających leczenia nerko zastępczego. Korzysta z niej zaledwie 4 proc. chorych ze schyłkową niewydolnością nerek, podczas gdy w krajach skandynawskich nawet 20 proc. ●

FELIETON

O dzisiejszej młodzieży

Nie mam poczucia, że współczesnym młodym nie chce się pracować, że są za delikatni, że nie umieją przyjmować krytyki. Umieją, ale krytykować ich trzeba rozsądnie i merytorycznie.

JAKUB SIECZKO
ANESTEZIOLOG



Podobno czasy były kiedyś, teraz ich już nie ma. Tak opowiadają mi czasem koledzy i koleżanki, których kariera zawodowa zahaczyła jeszcze o późny PRL bądź wcześnie lata dziewięćdziesiąte. Bida była – owszem, to podkreślają wszyscy, ale podobno w szpitalach pracownicy byli dla siebie bardziej serdeczni, a pacjenci mieli dla medyków większy szacunek. Czasem z sentymentem i lekkim uśmiechem ci starsi opowiadają, że na dyżurze, owszem, niejednokrotnie się coś tam mocniejszego łyknęło, ale robota szła. No i przede wszystkim – była zdrowa hierarchia. Co miał w tej hierarchii robić młody, czyli taki lekarz bądź taka lekarka, który dopiero zaczynał swoje kształcenie specjalizacyjne? Z opowieści moich kolegów wynika, że miał on zapieprzać, i to w dwójnasób. Zapieprzanie w języku polskiej medycyny przełomu lat osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych oznaczało: .

- wyteżoną pracę,
- niezwłoczne udanie się do najbliższego sklepu monopolowego po odpowiednią butelkę.

Młody znalazł swoje miejsce. Był dryl, a gdy młody nie zapieprzał wystarczająco intensywnie, to był odpowiednimi mocniejszymi słowami sprowadzany do parteru. Tak w medycynie jest – mówiono – jak jesteś młody, musisz zapłacić frycowe. Jesteś tym, który musi z pokorą znosić wybuchy starszych, poniewieranie, zsyłkę do najgorszych bądź najgłupszych prac. Staniesz się potem, młody, starszym, będziesz miał swoich

młodych do znoszenia twoich stanów emocjonalnych i wysługiwania się nimi. Oto życia krąg.

Ówczesni młodzi są dziś tymi starszymi. Swoje frycowe zapłacili, są w wieku przedemerytalnym

Czasy, w których szef ma prawo wyładowywać się emocjonalnie na swoich pracownikach i przelewać na nich swoje frustracje, odchodzą, mam nadzieję, w przeszłość

bądź emerytalnym. Niektórzy (nie wszyscy!) z nich opowiadają, że wtedy było jakoś fajniej. Ze teraz to nie to samo. Młodzi jacyś gorsi. Roszczeniowi – mówią. Za delikatni – dodają. Wrażliwi tacy, asertywni, płatki śniegu i tylko by mówili o swoich prawach, a robić nie ma komu. Ile w takiej narracji sentymentu za czasami początków kariery zawodowej (które przecież każdy i każda z nas wspomina z nostalgią), upiększania wspomnień przez niechybnie upływający czas,

ile zaś prawdy? Bezspornym jest, że absolwenta kierunku lekarskiego w 2024 r. kształtowało zupełnie inne otoczenie społeczno-polityczne niż tego, kto studia ukończył w czasach, gdy pod Legnicą stacjonowały jeszcze radzieckie wojska. O zawsze zbyt szybkim tempie upływającego czasu najdobitniej świadczy, że prawo wykonywania zawodu wkrótce wydawać będziemy lekarzom i lekarzom urodzonym w XXI wieku.

Studia skończyłem ponad czternaście lat temu, od kilku lat jako specjalista przyglądam się bliżej kolegom i koleżankom, którzy zaczynają swoje lekarskie życie. Uczę ich zawodu, tak jak starsi ode mnie uczyli mnie. Jednocześnie słucham tych starszych, opowiadających niekiedy o złotych czasach swojej zawodowej młodości i mówiących, że dziś młodzież już nie ta. Podpisałiby się pewnie pod następującą opinią: „Nasza młodzież jest przywiązana do luksusów. Młodzi ludzie zostali źle wychowani, szydzą sobie z autorytetów, nie wstają na widok starszych”. W pełni zgodziliby się również ze zdaniem „Kiedy

► Świat kurczących się różnic pomiędzy nami a wymarzoną Europą Zachodnią kształtował tych, którzy kończą właśnie studia medyczne

widzę młodzież, to wątpię w przyszłość cywilizacji”.

Autorami powyższych wypowiedzi są odpowiednio Sokrates i Arystoteles. Cywilizacja szczęśliwie wciąż trwa, a utyskiwanie na młodych nie jest, jak widać, rzeczą nową.

Nie wiem, jak pracowało się w polskim szpitalu na przełomie lat osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych – byłem wtedy przedszkolakiem. Wierzę jednak w to, że relacje międzyludzkie były wówczas bliższe niż teraz. Pamiętam bowiem choćby bujne życie sąsiedzkie pokolenia moich rodziców. Ja dziś o swoich sąsiadach nie wiem prawie nic. Wyczuwam jakąś prawdę w opowieściach o tym, że jesteśmy, nie tylko jako personel medyczny, w ogóle jako społeczeństwo, od siebie dalej.

Nie zazdroszczę natomiast tym, którzy opowiadają o wesołych alkoholowych posiadówkach na dyżurach i o tym, że nawet po kilku głębszych pracowało się rzeźko i profesjonalnie. Lekarz nie powinien być w pracy pijany, i już! Tak jak pijany nie powinien być kierowca autobusu szkolnego, pilot samolotu czy żołnierz noszący karabin. Nie zapraszam do dyskusji.

A co z tymi młodymi – rzeczywistość tacy *en masse* delikatni, roszczeniowi i leniwi?

Wydaje mi się, że zupełnie nie. Chyba rośnie nam bardzo fajne lekarskie pokolenie. Ze względu na moją specjalizację bezpośrednio współpracuję z lekarzami i lekarkami prawie wszystkich dziedzin. Miałem okazję poznać i obserwować rozwój zawodowy bardzo wielu rezydentek i rezydentów. Mam poczucie, że pokolenie, które niedawno odebrało swoje dyplomy, ma kilka zalet, których starszym kolegom i koleżankom brakuje.

Przez trzydzieści pięć lat od upadku systemu słusznie minionego Polska zmieniła się tak głęboko, jak być może nigdy w historii: gospodarczo, estetycznie, społecznie. Przekroczenie zachodniej granicy RP nie jest dziś źródłem szoku kulturowego. Często ten wymarzony przez naszych rodziców



foto: Shutterstock.com

Zachód doganiamy w zaskakująco szybkim tempie. Ten świat kurczących się różnic pomiędzy nami a wymarzoną Europą Zachodnią kształtował tych, którzy kończą właśnie studia medyczne. Prawie bez wyjątku mówią po angielsku, jeżdżą na wakacje do Hiszpanii, Francji bądź Włoch. Wielu z nich dzięki programowi Erasmus spędziło pół roku bądź rok ze swoimi rówieśnikami z całego kontynentu – zaprzyjaźnili się z nimi. Zobaczyli, że ludzie są do siebie bardzo podobni, że pochodzenie z Polski nie jest raczej powodem ani do specjalnych kompleksów ani do rozbuchanej dumy. Że są w gruncie rzeczy tacy sami, jak młodzi Brytyjczycy, Czesi, Rumuni, Francuzki czy Niemki.

To zdrowe poczucie bycia częścią świata zachodniego jest jedną z wielkich zalet tego nowego pokolenia. Jeśli chcą, a warunki życiowe im na to pozwalają, mogą spakować się w kilka walizek, kupić bilet na samolot i rozpocząć lekarskie życie w Skandynawii czy na Półwyspie Apenińskim. Formalności da się załatwić w kilka dni. Które z poprzednich pokoleń miało ten luksus? Dla kogo świat (a przynajmniej Europa) stał naprawdę otworem? To pokolenie bez kompleksów.

Lubię też w nich potrzebę zdrowej równowagi życiowej. Jeszcze piętnaście czy dwadzieścia lat temu normą, a nawet powodem

do dumy, było pracowanie czterysta czy pięćset godzin w miesiącu. Mniej subtelni nazywają etos, który ukształtował III RP „kulturą zap****”. Mam poczucie, że młodych lekarzy i młode lekarki ukształtowała raczej kultura work-life balance. Wiedzą, że życie, które spędza się tylko w pracy, jest życiem kalekim, niepełnym, drogą do katastrofy. Oczywiście, można im zazdrościć komfortu finansowego, który im na taki sposób życia pozwala (młody lekarz jest dziś w dużo lepszej sytuacji materialnej niż jego kolega zaczynający pracę dwadzieścia lat temu). Umiejętne łączenie pracy z życiem osobistym to jednak dowód rozsądku, a nie lenistwa.

I nie, wcale nie mam poczucia, że współczesnym młodym nie chce się pracować, że są za delikatni, że nie umieją przyjmować krytyki. Umieją, ale krytykować ich trzeba rozsądnie i merytorycznie. Czasy, w których szef ma prawo wyładowywać się emocjonalnie na swoich pracownikach i przelewać na nich swoje frustracje, odchodzą, mam nadzieję, w przeszłość. Dzisiejsi młodzi, często z doświadczeniem obserwowania innych kultur pracy, dobrze to rozumieją. I bardzo dobrze. Trzymam za nich kciuki.

Napisz do autora:
sieczko.gazetalekarska@gmail.com



fot.: archiwum prywatne

PRAKTYKA LEKARSKA

Dziecko w rezonansie

ADAM CZERWIŃSKI

Rezonans magnetyczny to jedno z najtrudniejszych do przeprowadzenia badań u dzieci. Jest długotrwałe, odbywa się w dość nieprzyjemnej atmosferze, w klaustrofobicznych warunkach. Towarzyszy mu nieprzyjemny hałas i uczucie drżenia. Co zrobić, by mały pacjent dał się zbadać bez znieczulenia?

Jest rok 2011. Weronika ma cztery lata, niedawno zdiagnozowano u niej guza mózgu. W szpitalu, w którym się leczy, nie ma rezonansu magnetycznego (MRI). Na badania trzeba jechać.

– W szpitalu, w którym wówczas pracowałem, dzieci badaliśmy dwa razy w tygodniu – wspomina prof. Piotr Grzelak, kierownik Zakładu Diagnostyki Obrazowej w Łódzkim Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki. – Pamiętam, że przyjeżdżały karetką z anestezjologiem, bo wtedy uważało się, że badanie MRI u dzieci poniżej siódmego roku życia powinno się wykonywać w znieczuleniu ogólnym.

Jak tłumaczy prof. Grzelak, rezonans magnetyczny to najtrudniejsze do przeprowadzenia badanie obrazowe u dzieci. Jest długotrwałe, odbywa się w dość nieprzyjemnej nawet dla dorosłego atmosferze, bo w pomieszczeniu mocno

klaustrofobicznie. Pacjent leży w tubie, która wydaje mnóstwo bardzo dziwnych, głośniejszych, zmieniających się dźwięków.

– Wszystkie inne techniki radiologiczne czy obrazowe to badania krótkotrwałe, w związku z tym nie wymagają jakiegoś specjalnego zachodu – mówi radiolog. – Czasami wystarczy po prostu przytrzymanie dziecka przez rodzica, dosłownie przez chwilę. Przy rezonansie to trudne, dlatego że największym wrogiem tego badania jest ruch.

KOMPLETNIE BEZ RUCHU

W czasie badania, a przynajmniej w czasie aktywnego zbierania danych w danej sekwencji, a badanie składa się z kilkunastu sekwencji, pacjent powinien leżeć nieruchomo.

◀ W Zakładzie prof. Grzelaka pomieszczenie, w którym stoi tomograf komputerowy, wygląda, jakby zostało przeniesione z parku rozrywki

Sekwencja trwa od dwóch do trzech-pięciu minut. I wtedy trzeba leżeć kompletnie bez ruchu. – Wiem, że dla dziecka czasami może to być niewykonalne. Właśnie dlatego dzieci do badań się usypia – mówi prof. Grzelak.

W praktyce klinicznej progim, poniżej którego przez całe lata stosowano narkozę, był wiek siedmiu lat. – Pewnie dlatego że to wiek szkolny – tłumaczy prof. Grzelak. – Zakładano, że dziecko idące do szkoły jest na tyle komunikatywne i dojrzałe, że można podjąć próbę wyperswadowania mu, by przez te pół godziny leżało spokojnie.

Weronika w 2011 r. miała cztery lata. Bardzo szybko się przekonała, że nie znosi narkozy. Fatalnie się po niej czuła. A miała ją nie tylko w trakcie badania MRI, ale również w trakcie naświetlań. – Za każdym razem, gdy miała jechać na badanie, prosiła, by jej nie znieczulać – wspomina pani Joanna, mama dziewczynki.

Ale usypiane były wszystkie młodsze dzieci z onkologii. I to nie przed samym badaniem, ale przed wyjazdem ze szpitala. Wszystko dlatego że placówka miała tak małą karetkę, że nie mieścili się w niej rodzice, więc po znieczuleniu sięgano, by dzieci nie płakały.

– Weronika obiecywała, że będzie leżała nieruchomo – wspomina pani Joanna. – Chciała tylko mieć w tubie maszyny przytulankę. Jedna z pań anestezjologów dała się ubłagać i dała jej małą dawkę znieczulenia. Kiedy przed kolejnym badaniem córka powtarzała prośbę, by jej nie znieczulać, dodała, że pamięta, jak wygląda to badanie. Tego dnia jechała z innym anestezjologiem. Skończyło się znieczuleniem na całą drogę.

NAPIERW MIŚ

– Znieczulenie na pewno nie jest czynnikiem budującym zdrowie dziecka – mówi prof. Grzelak. – U wielu dzieci badanie MRI bywa powtarzane cyklicznie. Możemy więc mieć do czynienia z kumulacją pewnego niekorzystnego efektu dla dziecka, w związku z tym próbujemy obniżyć próg wieku, przy którym jesteśmy w stanie to

badanie przeprowadzić bez konieczności usypiania.

Dlatego w szpitalu prof. Grzelaka rezonans bez znieczulenia u pięciolatka to już rutyna. Ale udaje się go robić dzieciom młodszym. – Od dłuższego czasu staramy się rozwijać taki kierunek, który pozwala nam pacjentą maksymalnie odstresować i w najlepszym dla niego komforcie, jeżeli w ogóle możemy mówić tutaj o komforcie, wykonać rezonans.

Dlatego dziś do badania bez znieczulenia granicą nie jest numer PESEL, tylko stopień rozwoju dziecka. – Musi być na odpowiednim poziomie komunikatywności, wynikającym z jego rozwoju intelektualnego, czy w na tyle w dobrym stanie zdrowia, że jesteśmy w stanie nawiązać sensowny kontakt – wylicza prof. Grzelak. – Jeśli uda się nam go złapać, jest szansa, że się uda. Niestety, nie zawsze się udaje. Ale próbujemy.

Jeśli radiolodzy dojdą do wniosku, że cztero- czy pięciolatek może dać się zbadać bez znieczulenia, najpierw zaznajamiają go z pracownią. Pomagają w tym zabawki. Najważniejszy jest rezonans, oczywiście zabawkowy. Wygląda jak prawdziwy. Ale oczywiście jest mniejszy.

Technicy pokazują go dziecku i zachęcają do zabawy. Czasem proszą o pomoc psychologa. Świetnie, gdy do badań na niby uda się wciągnąć rodziców.

Prof. Grzelak: – Gdy dziecko zaczyna robić rezonans swoim zwierzątkom, maskotkom, lalkom czy innym zabawkom, pierwszy krok mamy za sobą. W ten sposób przyzwyczajamy malucha do tego, co za chwilę się stanie. I w odpowiednim momencie mówimy: już zbadałeś misia, to teraz my badamy ciebie. Dobrze? I dzieci zazwyczaj odpowiadają: Tak.

Kolejny krok do udanego badania bez znieczulenia to aktywny, rozsądny udział rodzica podczas badania. Mama lub tata dostają słuchawki, żeby nie drażnić ich cierpki dźwięk rezonansu, i idą razem z dzieckiem. To ważne, bo nie zostaje ono samo, czuje, że rodzic trzyma za rączkę czy nóżkę, w zależności od typu badania.

CHATKA SKRZATA

Kolejny element, który w ICZMP ułatwia przeprowadzenie rezonansu bez znieczulenia, to tak zwany ambient. – Ambieny dzielimy na pasywne i aktywne – wylicza prof. Grzelak.

Pasywny to wystrój pracowni. W Zakładzie prof. Grzelaka pomieszczenie, w którym stoi tomograf komputerowy, wygląda, jakby zostało przeniesione z parku rozrywki. Na ścianach są kolorowe obrazy, a sam

fot.: archiwum prywatne



tomograf wygląda jak chatka skrzata. Ma nawet ozdobny komin. Ambient aktywny jest w pracowni rezonansu magnetycznego. Został przygotowany z firmami Philips i Disney.

Prof. Grzelak: – To już kolejny, wyższy poziom, bo przechodzimy do aktywnej współpracy z dzieckiem. Pacjent dostaje specjalny zestaw, dzięki któremu wybiera kolorystykę pracowni. Można sobie dobrać kolor żółty, fioletowy, niebieski. A na specjalnym ekranie wyświetlana jest bajka, którą dziecko sobie wybiera i podczas badania ogląda.

– Jak widać, staramy się odwrócić uwagę pacjenta od wszystkiego, co może powodować dyskomfort. Oczywiście zakładamy również słuchawki wyciszające, które pozwalają nie tylko odciąć się od panującego w pracowni hałasu, ale również słuchać wyświetlanej bajki.

– Dzięki aktywnemu ambientowi udało się nam skrócić czas badania, uzyskać poprawę jakości obrazów, zmniejszyć liczbę powtórzeń sekwencji i liczbę artefaktów ruchowych. I jeszcze zebrałiśmy pochwały od dzieci i rodziców – wylicza dr Dobromiła Barańska, odpowiedzialna za realizację projektu w ICZMP. – Wniosek: jeśli dzieci są zafascynowane wyświetlanym filmem, czasami udaje się je zbadać bez znieczulenia.

GRY TO PRZYSZŁOŚĆ

Skoro wykorzystujemy bajki, dlaczego by nie sięgnąć po gry komputerowe? – uznali radiolodzy z ICZMP. I podjęli pierwsze próby. W Zakładzie zrealizowano projekt wykorzystujący gry podczas badania funkcjonalnego rezonansem magnetycznym.

◀ Rezonans bez znieczulenia u pięciolatka to już rutyna, a udaje się go robić dzieciom młodszym

Badanie fMRI rejestruje zmiany w utlenowaniu krwi w aktywowanych obszarach mózgu, które zwiększa się w czasie aktywności neurologicznej. Na podstawie zarejestrowanych zmian można dokładnie zlokalizować rejony odpowiedzialne za konkretne procesy mózgowe (np. mowę, widzenie, słyszenie) i przygotować mapę mózgu, która może być potrzebna przy planowaniu operacji.

W czasie badania w zależności od jego celu pacjent najczęściej proszony jest o wykonywanie zadań. Mogą one polegać na powtarzaniu słyszanych słów, liczeniu czy poruszeniu wskazaną kończyną.

Prof. Michał Podgórski z pracownikami Instytutu Informatyki Politechniki Łódzkiej przygotował dwie gry komputerowe, które pomagają w przeprowadzeniu badania. Pierwsza polega na kierowaniu autkiem na drodze z przeszkodami. W drugiej dziecko, ściskając specjalną gruszkę, ma tak nakreślić wirtualny samochód, by pokonał tor przeszkód.

– Oczywiście, te gry muszą być tak skonstruowane, by dziecko nie wykonywało zbyt wielu ruchów – opowiada prof. Podgórski. – Skoro badany pacjent musi leżeć nieruchomo, nie może kręcić kierownicą czy manewrować joystickiem. Ale przecież można kierować samochodem, na przykład nieznacznie ruszając paluszkami.

Udało się. Projekt łódzkich radiologów i informatyków został nawet nagrodzony w konkursie „Dziecięcy szpital przyszłości”, organizowanym przez Fundację K.I.D.S.

Prof. Grzelak: – Mamy dowód na to, że gry komputerowe to przyszłość. Widać, że jeżeli dziecko się wciągnie w taką zabawę, można zrobić każde badanie, nie tylko czynnościowe.

Weronika wygrała z rakiem. Ma 16 lat. O znieczuleniu do rezonansu dawno zdążyła zapomnieć. Kiedy jej historię nagłośniła Fundacja Gajusz, szpital, w którym się leczyła, kupił większą karetkę i skończyło się znieczulanie dzieci na długo przed badaniem. Dziś szpital nie potrzebuje już nawet tej karetki, bo ma własny rezonans.

PRAKTYKA LEKARSKA

Arteterapia – światło w tunelu ciemności

MAGDALENA ŁYCKO

Prognozy WHO wskazują, że w ciągu najbliższej dekady depresja stanie się najczęściej diagnozowaną chorobą na świecie. Jakie rozwiązania w Polsce mogą powstrzymać ten kryzys – opowiadają **Czesław Ducki**, dyrektor Mazowieckiego Specjalistycznego Centrum Zdrowia, i **Anna Mikosz**, prezes Europejskiej Fundacji Terapii Przez Sztukę.

Populacji światowej zagrażają trzy grupy chorób: onkologiczne, sercowo-naczyniowe i psychiczne...

Czesław Ducki: Jeżeli patrzymy na estymację WHO, to w ciągu dziesięciu lat depresja będzie najczęstszą chorobą na świecie. To pokazuje skalę problemu, który dotyczy całej populacji, powinniśmy więc mówić o rozwiązaniach systemowych, a nie jednostkowych. W Stanach Zjednoczonych 25-60 proc. młodych osób ma problemy natury psychiatryczno-psychologicznej. Myślę, że w Polsce zbliżamy się do tych poziomów, bo my jesteśmy teraz takim samym społeczeństwem konsumpcyjnym.

Anna Mikosz: Od dwóch lat prowadzę Europejską Fundację Terapii Przez Sztukę. Mimo że jeszcze nie można u nas korzystać z pomocy indywidualnej, to coraz częściej do mojej skrzynki mailowej wpada pytanie, gdzie można skorzystać z arteterapii.

Arteterapia jest formą pomocy, która już z nazwy brzmi łagodniej niż terapia kojarząca się z długą, trudną i bolesną pracą. W czym tkwi jej moc?

Anna Mikosz: W możliwości dotarcia do własnych emocji, lęków czy traum poprzez różne dziedziny sztuki. Poza tym arteterapia jest niestygmatyzująca. Łatwiej powiedzieć, że idzie się na zajęcia z malarstwa czy tańca niż na psychoterapię.

W szpitalu leżą chorzy ludzie. Jeżeli muszę pójść do lekarza, to znaczy, że choruję. Samo słowo „arteterapia”, mimo iż ciężar gatunkowy ma lżejszy, w pewien sposób ogranicza potencjał, który za tą dyscypliną stoi. Bardziej skłaniałabym się do edukacji zdrowotnej, kulturalnej, w której

najważniejszy jest element troski czy kształtowania. Nie terapia przez sztukę, tylko rozwój przez sztukę.

Czesław Ducki: Dodam dużą łyżkę dziegciu. Nie ma obecnie takiego zawodu medycznego jak arteterapeuta.

Przecież w Mazowieckim Specjalistycznym Centrum Zdrowia w Pruszkowie zatrudnia pan arteterapeutów.

Czesław Ducki: Owszem, zatrudniamy 11 bardzo doświadczonych i kompetentnych arteterapeutów. Nie tak dawno chciałem ich wysłać na szkolenie, bo mamy dofinansowanie z urzędu marszałkowskiego dla zawodów medycznych. I wówczas dowiedziałem się, że nie ma takiego zawodu medycznego – został wykreślony i nie możemy uzyskać dla nich dofinansowania. Termin „arteterapia” funkcjonuje od 1942 r. Była praktycznie stosowana już od wielu stuleci w różnej formie, bo ma bardzo dobry wpływ na pacjentów w każdym wieku. Jest gamechangerem, który może zmienić sytuację zdrowotną pacjentów. A obecnie nie mamy certyfikacji zawodu, nie kwalifikujemy go jako standard usług medycznych. To jest niestety krok w tył.

Anna Mikosz: Ale czyja to jest zaległość, panie dyrektorze? Tu nie ma lobbystów, firm farmaceutycznych, bo to jest leczenie bez leków. Kto powinien być zainteresowany wprowadzeniem takiej zmiany systemowej? Mamy wiele instytucji, które

powinny być tym zainteresowane, na czele z Ministerstwem Zdrowia w kooperacji z Narodowym Funduszem Zdrowia. Mamy także Polskie Towarzystwo Psychiatryczne oraz konsultantów krajowych.

Czesław Ducki: Zajmujemy się arteterapią, dlatego chcemy wystąpić wspólnie z innymi podmiotami z wnioskiem do Ministerstwa Zdrowia w tej sprawie. Wspólnie ze środowiskami pacjenckimi, a także z Sekcją Arteterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego chcemy wystosować pismo do ministerstwa, żeby temat zawodu medycznego arteterapeuty wrócił. Oczywiście, należy połączyć to z systemem kształcenia, certyfikacji i standaryzacji tych świadczeń. Podkreślam, że wciąż mamy nieadekwatne narzędzia, zbyt mały kaliber na skalę problemu. Tylko w latach 2021-2023 całkowita liczba wizyt u psychiatrów i psychologów w Polsce wzrosła aż o 48 proc. To jest gigantyczny wzrost, który pokazuje, jak duże są potrzeby w tym zakresie.

Państwa współpraca przy okazji programu edukacyjnego o charakterze festiwalu „Siła kultury” udowodniła, że rozwiązaniem części problemów pacjentów może być arteterapia.

Anna Mikosz: Arteterapia działa i jesteśmy w stanie potwierdzić to w badaniach naukowych, o których można przeczytać w prestiżowych magazynach medycznych na całym

świecie. Po długim zgłębianiu tematu arteterapii w Stanach Zjednoczonych, w Australii oraz w Europie zaczęłam szukać studiów w Polsce. Trafiłam na Akademię Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie. Przez dwa lata studiów podyplomowych zdobyłam nie tylko wiedzę, ale przede wszystkim pewność, że jest to fascynująca, bardzo potrzebna dyscyplina, zupełnie niedoceniana, nierozpoznana w Polsce, i że jest to obszar, którym trzeba się zająć. Tak powstała Europejska Fundacja Terapii przez Sztukę i pierwszy projekt „Siła kultury dla Ciebie”, który łączy świat artystyczny ze światem medycznym. I wtedy pojawił się pan dyrektor MSCZ w Pruszkowie Czesław Ducki, który zna potencjał, jaki drzemie w arteterapii.

Czesław Ducki: Kiedy podjąłem się poprowadzenia MSCZ w Pruszkowie, niewiele wiedziałem o arteterapii, bo na studiach medycznych nas tego nie uczono. Spotkałem się z arteterapeutami, którzy pracują w centrum i szybko zrozumiałem, że dzięki arteterapii możemy pacjentom stworzyć nowe życie, nadać cel, nową tożsamość i wesprzeć ich rozwój i leczenie. Arteterapia to światło w tunelu ciemności tworzonemu przez chorobę, dzięki któremu mogą z niego wyjść. Pomyślałem sobie, że warto to rozwijać, zwłaszcza że koszty nie są duże, a efekty mogą być znaczące.

Kiedy tego słucham, czuję, że spotkało się dwoje ludzi z ogromną pasją.

Czesław Ducki: Zainteresowałem się historią placówki i odkryłem, że funkcjonował tu teatr pacjentów, teatr personelu, była orkiestra dęta i chór. I to funkcjonowało w okresie międzywojennym, czyli już wtedy znano efekty arteterapii. W propozycji współpracy z Fundacją przy „Sił kultury dla Ciebie” zobaczyłem duży potencjał.

Anna Mikosz: Ten projekt jest finansowany z grantu Ministerstwa Kultury. Zwracam uwagę, że ta świadomość i gotowość do wspierania zdrowia psychicznego przyjęły realny wymiar ze strony ludzi kultury, a nie ze strony ludzi zdrowia.

Co mówią o tym programie jego uczestnicy?

Czesław Ducki: Podam przykład naszej pacjentki – w trakcie zajęć okazało się, że ma zdolności malarskie. Obecnie jest właścicielką galerii sztuki. To jest



prawdziwa siła kultury: w tej chwili to jej nowe życie i zawód.

Anna Mikosz: Dla mnie pięknym przykładem siły arteterapii jest pan Dariusz, który był na premierze naszego programu. On również korzystał z arteterapii, odnalazł swoją osobistą misję: jeździ po zakładach penitencjarnych, opowiada o swojej przemianie i maluje.

Wzruszające były słowa uczestników: „Zaskoczenie. Myślałam, że będzie bez sensu, a potem pracowaliśmy w grupie, byliśmy zżyci, szczerzy, bliżsi i potrafilismy zrobić razem coś kreatywnego. Jest moc!”. I jeszcze mój ulubiony cytat, zapisałam w notatniku: „Na początku myślałam, że to jakieś New Age, a potem mnie wciągnęło, to były najlepsze zajęcia ever!”.

Macie państwo świadomość, że robicie coś ważnego, ale to kropla w morzu potrzeb. Problem mamy gigantyczny, na przykład niewystarczającą liczbę lekarzy psychiatrów. Dlaczego?

Czesław Ducki: Przez wiele lat kwestia zdrowia psychicznego była traktowana z niezbyt należytą uwagą. Nie chciałbym powiedzieć marginalnie, ale trochę na bocznych torach. Dlatego mamy dzisiaj potworne braki specjalistów na przykład w psychiatrii dziecięcej.

Anna Mikosz: Do tego nałożyła się zmiana cywilizacyjno-środowiskowo-populacyjna, która wygenerowała gigantyczny

◀ **Anna Mikosz**, założycielka i prezes Europejskiej Fundacji Terapii Przez Sztukę i lek. med. **Czesław Ducki**, dyrektor Mazowieckiego Specjalistycznego Centrum Zdrowia w Pruszkowie, współzałożyciel Europejskiego Towarzystwa Witaminy D „EVIDAS”

wzrost problemów. W rodzinach, w pracy czy w konsumpcji mediów. Nastąpiło zatarcie granic między pracą i życiem prywatnym. Dzięki urządzeniom mobilnym wiele osób czuje presję bycia online, co prowadzi do wypalenia zawodowego. Częściej rozmawiamy, będąc w sieci niż twarzą w twarz.

W Warszawie 30-minutowa konsultacja prywatna dla dziecka u psychiatry kosztuje minimum 500 zł. Hospitalizacja w prywatnej placówce nawet 33 tys. zł miesięcznie! Czy to jest etyczne i czy w przypadku opieki zdrowotnej dzieci, które nierzadko podejmują zamach na własne życie, można mówić o wolnym rynku?

Czesław Ducki: Czy to jest etyczne? Zależy dla kogo, ale pewnie jest to prawem dozwolone. Poza tym zależy od tego, do kogo to pytanie jest adresowane. Jeżeli do właścicieli prywatnych podmiotów, to dla nich jest to etyczne, bo zarabiają. Jeżeli patrzymy przez pryzmat dziecka, osoby korzystającej ze zdrowia publicznego, czy rodziców, to jest nieetyczne, bo ich po prostu na takie leczenie nie stać.

Problemy młodzieży są dobrze nagłośnione przez media, ale trzeba mieć świadomość, że te same problemy przesuwają się na osoby starsze – kolejne roczniki przechodzą z dzieciństwa do młodości, a z młodości do dorosłości.

Anna Mikosz: W ubiegłym roku realizowałam program z arteterapii dla studentów, przez 12 miesięcy nie znalazłam sponsorów na to działanie. Rozmawiałam z przedstawicielami administracji publicznej – m.in. Urzędu Miasta w Warszawie czy w Ministerstwie Edukacji – i za każdym razem słyszałam to samo: że w strategii jest przewidziana pomoc, ale tylko dla dzieci i młodzieży, a dorośli powinni radzić sobie sami. ●

WYWIAD LEKAR(S)KI

Razem mamy siłę

O tym, jak powstała i jak dziś funkcjonuje jedna z najbardziej niezwykłych grup w środowisku ochrony zdrowia, opowiada pediatra **Dorota Bębenek**, założycielka „Matek Lekarek”, w rozmowie z Marią Kłosińską.

Zacznijmy od podstaw: skąd pomyśl na założenie grupy „Matki Lekarki”? Jesteś lekarzem, specjalistką pediatrii i medycyny ratunkowej, do tego mamą dwojga dzieci. Co skłoniło Cię do uruchomienia tej inicjatywy?

Pomysł na grupę pojawił się, w momencie kiedy miałam już dzieci. Właściwie była to idea, która się narodziła jeszcze przed ukończeniem specjalizacji, kiedy byłam na jej końcówce i intensywnie pracowałam. Gdy pojawiło się pierwsze dziecko, zaczęły się zupełnie inne potrzeby. Pojawiła się potrzeba wspólnoty i wsparcia. Uznałam, że internet, a konkretnie Facebook, to świetne miejsce, by zebrać osoby z podobnymi problemami i potrzebami, by dzielić się zarówno wiedzą, jak i doświadczeniami.

Jak scharakteryzowałabyś grupę „Matki Lekarki”? Kim są jej członkinie?

Pracujemy w różnych miejscach, w klinikach, w szpitalach powiatowych, mamy różne umowy, różne formy zatrudnienia. Jesteśmy w bardzo różnym wieku – od tych, które dopiero rozpoczynają karierę, po te, które już są babkami, mają doktoraty, profesury. Jesteśmy ogromną częścią środowiska lekarskiego. Chciałabym podkreślić, że nie skupiamy się tylko na matkach. Są u nas również lekarzki, które być może dopiero rozważają macierzyństwo, mają z nim trudności, a także te, które dzieci nie mają. Uważam, że kwestia posiadania lub braku dzieci to osobista sprawa, ale dla kobiet, szczególnie w naszym zawodzie, ma duże znaczenie.

Z mojej perspektywy jest to pełen przegląd środowiska lekarskiego, bo jesteśmy bardzo różne, ale mimo tej

różnorodności widać ogromną solidarność. Właśnie w tej różnorodności tkwi siła, która pozwala nam budować jedność – co jest naprawdę niesamowite, bo takie społeczności to rzadkość.

To trochę opowieść o samotności, prawda? Lekarki mają zadania, które trudno zrozumieć innym matkom, nawet najbliższym – jak własnej mamie, siostrze czy żonie brata. Z kolei kiedy lekarka zostaje mamą, często inni lekarze nie rozumieją, że pojawiają się zupełnie nowe priorytety. Czy grupa „Matki Lekarki” jest dla nich skutecznym lekiem na tę samotność?

Myślę, że to nie jest całkowicie skuteczne, ale na pewno pomaga. Lekarką jest się zawsze, a rola matki pojawia się, nakładając się na tę zawodową. Trzeba znaleźć dla niej przestrzeń, nie umniejszając jednak roli lekarza.

Pomysł na grupę powstał z potrzeby wsparcia i dzielenia się doświadczeniami. A jak ta idea wygląda w praktyce? Jakie tematy dominują, zwłaszcza w kontekście 17 tys. lekarek, które się udzielają?

Myślę, że mimo wszystko większość miejsca w grupie zajmuje specjalistyczna wiedza medyczna i edukacja. Tematy, takie jak pieluchy czy codzienne sprawy rodzicielskie, są raczej drugorzędne. Mamy lekarzki, które spędzają czas w domu, ale nie chcą oderwać się od bieżących wydarzeń w medycynie. Grupa daje im przestrzeń do wymiany

wiedzy, dyskusji, a także do dzielenia się najnowszymi badaniami klinicznymi. Kolejny bardzo ważny cel tworzenia grupy to wsparcie – zarówno psychologiczne, materialne, jak i w różnych trudnych sytuacjach. Jest bardzo dużo sytuacji kryzysowych, kiedy można powiedzieć, że zbiera się pospolite ruszenie. Uważam, i wiele lekarzy i lekarek się ze mną zgodzi, że „Matki Lekarki” zmieniły postrzeganie samorządu i samego środowiska lekarskiego – zarówno w naszym gronie, jak i na zewnątrz.

Lekarki w dużej mierze tworzą środowisko lekarskie. Pamiętam moment, kiedy jedna z największych stacji telewizyjnych zwróciła się do OIL w Warszawie o zabranie głosu w sprawie szczepień. To było pięć lat temu, a my jako „Matki Lekarki” zdecydowałyśmy się wystąpić publicznie, dzieląc się swoją wiedzą i doświadczeniem – nie tylko jako lekarki, ale i matki. Dokładnie. Pokazałyśmy nasze karty szczepień, podkreślając, że miewamy obawy, ale wiedza i doświadczenie medyczne pomagają nam podjąć rozsądną i świadomą decyzję. Wiedziałyśmy, że korzyści ze szczepienia przewyższają ryzyko.

To nie były jednostkowe przypadki, a raczej siła całej grupy, która udowodniła, że wiedza i doświadczenie są kluczowe w podejmowaniu takich decyzji. To też dodaje odwagi. W grupie jest siła – łatwiej się nam wypowiedzieć i podjąć działania.

► Lekarką jest się zawsze, a rola matki pojawia się, nakładając się na tę zawodową – tłumaczy **Dorota Bębenek** (z prawej) Marii Kłosińskiej

„Matki Lekarki” okazały również wsparcie w działaniach społecznych, jak np. podczas protestów związanych ze zmianami w systemie opieki zdrowotnej.

Tak. Jeśli nie mogłyśmy wesprzeć fizycznie, to przynajmniej dawałyśmy jasny i społecznie zauważalny sygnał, że jesteśmy za tymi zmianami.

Taka grupa to również olbrzymie emocje. Jaka była najbardziej wzruszająca sytuacja w tym gronie?

Najbardziej urzeka mnie, gdy potrafimy się solidaryzować i wspierać osoby w potrzebie – nie tylko materialnie, ale także emocjonalnie. Na przykład kiedy zaczęła się zbiórka dla dziecka jednej z lekarek, które chorowało na SMA, wsparcie przyszło błyskawicznie. Zebrano pieniądze na najdroższy lek na świecie, co wydawało się niemożliwe, ale udało się. Potem każda kolejna zbiórka pokazywała tę samą jedność i szybkość reakcji. To nie tylko pomoc finansowa, ale też wsparcie, które pokazuje, jak silna jest wspólnota.

Choć może się to wydawać proste – lekarki gromadzą fundusze – warto zauważyć, że lekarka to zawód wymagający dużych nakładów na kształcenie, a rola matki wiąże się z dużymi wydatkami, zwłaszcza na wychowanie dzieci.

I warto dodać, że nie zamykamy się tylko na naszą grupę. Wiele razy wspierałyśmy osoby spoza środowiska – na przykład powodżan czy uchodźców z Ukrainy, którzy przyjechali do Polski.

A jaka sytuacja jest dla Ciebie największym wyzwaniem jako założycielki tej grupy?

Od początku jej istnienia obawiałam się naszej różnorodności. Choć działamy w tej samej branży, nasza grupa to pełen przekrój społeczeństwa – różne poglądy religijne, polityczne, zawodowe. To ogromne wyzwanie, żeby znaleźć jedność, ale udaje nam się to, i to



foto: A. Boguski

jest zaskakujące. Mimo różnic potrafimy dojść do porozumienia i się wspierać. I to jest siła tej grupy.

Chociaż jest to też proces. I tu ukłón w stronę administratorów, które wkładają mnóstwo pracy, by łagodzić konflikty. One są nieocenione w tym, by wszystko załatwić na początku, zanim zacznie eskalować.

Skoro mówimy o administratorach, chciałam Cię zapytać: jak postrzegasz pracę lekarek na rzecz lekarek? To pozwala działać naszemu narzędziu, jakim jest wirtualna grupa prawdziwych ludzi. Wydaje mi się, że jest to bardzo samorządowa idea – lekarki służą swoim czasem, pomagając innym.

Dlatego w pewnym momencie doszło do takiego przekształcenia i „Matki Lekarki” wyszły poza internet. Teraz to już jest coś namacalnego i samorząd wirtualny przeszedł na stronę życia realnego.

Osiem lat działania jednej grupy to bardzo dużo. Co dalej?

„Matki Lekarki” wychodzą poza internet, coraz bardziej istniejemy w samorządzie. Działamy bardzo prężnie również w związkach zawodowych, w towarzystwach i organizacjach naukowych – właściwie wszędzie. Można powiedzieć, że matki lekarki zaczynają trochę dyktować warunki.

To może być odważne stwierdzenie, ale wydaje mi się, że to prawda. Jesteśmy dużą siłą napędową – wzajemnie się wspieramy, ale też wpływamy na całe środowisko. Zwracamy uwagę na różne problemy. Motywujemy do rozwiązywania tych problemów, do dostrzegania ich, w tym pomagamy nam też samorząd.

Zgadza się. Każda matka, a więc także matka lekarka, patrząc na swoje dzieci, dostrzega, jak mija czas. Dobrze jest, kiedy w naszym środowisku, które ma duży napęd do działania, jasno wyrażane są potrzeby. Gdy nie znamy potrzeb, to trudno działać i je realizować, prawda?

Pewnie, że trzeba je realizować. A kiedy wiemy, jakie są te potrzeby, i wiemy, jakie mamy narzędzia, to po prostu żal, żeby to zmarnować. Myślę, że przez osiem lat działalności grupy te potrzeby się wyklarowały. Doskonale potrafimy je teraz wypunktować. Chciałabym również podziękować całej grupie, bo tak naprawdę wszystkie uczestniczki tego środowiska tworzą matki lekarki.

Dziękuję za to, że sprawiłaś, iż ten pomysł jest realny i że możemy sobie pomagać. Życzę Tobie, sobie i wszystkim Matkom Lekarkom, żeby rok 2025 był rokiem wspierania siebie nawzajem, czy to w sprawach rodzinnych, zawodowych, czy tych naukowych i społecznych. •



◀ Cała rozmowa do obejrzenia w serwisie YouTube

NOWE TECHNOLOGIE

Jak lekarz z pacjentem w XXI wieku

KRZYSZTOF JAKUBIK

Cyfryzacja oraz wzrost dostępności internetu przekształciły sposób, w jaki lekarze komunikują się z pacjentami, przekazują informacje oraz diagnozują problemy zdrowotne. Ewoluuowały przede wszystkim sposoby pozyskiwania danych o stanie pacjentów i ich przesyłania do placówek medycznych do analizy.

Dzięki cyfrowym rozwiązaniom pacjenci mogą uzyskać wsparcie bez wychodzenia z domu, zaś lekarze mają łatwiejszy dostęp do danych medycznych, co znacząco wpływa na jakość i szybkość diagnozy.

Sztandarowym przykładem udanego projektu cyfryzacji, który pozytywnie wpłynął na sposób komunikacji pomiędzy podmiotami medycznymi i pacjentami, było wprowadzenie e-recept. Dzięki nim wyeliminowano konieczność osobistej wizyty u lekarza. Pacjenci mogą korzystać z Internetowego Konta Pacjenta, co jest szczególnie cenne dla osób mających trudności z dotarciem do placówek medycznych, zaś lekarze mogą zoptymalizować swój czas pracy. Dzięki e-receptom rozwiązany został problem ze zgubieniem ich papierowej wersji, możliwe jest też zapewnienie natychmiastowego dostępu do leków w nagłych przypadkach.

W Polsce już ponad 95 proc. recept funkcjonuje w obiegu elektronicznym (88 proc. przed pandemią), co wskazuje na powszechne przyjęcie tej formy. Od momentu wprowadzenia lekarze wystawili ponad pół miliarda e-recept, a skorzystało z nich ponad 25 mln pacjentów. Najczęściej wystawiane dotyczą leków na nadciśnienie tętnicze, niewydolność serca oraz choroby wieńcowe.

MONITORING NA NADGARSTKU

Już kilkanaście lat temu do kategorii science fiction przestały też należeć ubieralne urządzenia (wearables), które pozwalają na bieżąco monitorować

zdrowie pacjentów. I mowa tu nie o profesjonalnym, certyfikowanym, najczęściej wypożyczanym przez szpital sprzęcie, ale popularnych o gadżetach, jak smartwatche i opaski monitorujące, które wyposażone w nowoczesne aplikacje pozwalają na śledzenie takich parametrów, jak tętno, jakość snu, poziom aktywności fizycznej czy nawet poziom cukru we krwi.

Dane te są zbierane i analizowane, a wyniki mogą być udostępniane lekarzom, co pozwala na dokładniejsze monitorowanie zdrowia pacjenta

Telemedycyna umożliwia lekarzom stałe monitorowanie stanu zdrowia pacjentów z chorobami przewlekłymi

na co dzień. Szacuje się, że w Polsce korzysta z nich już ponad 5 mln osób, a sprzedaż tego typu rozwiązań stale rośnie. Około 40 proc. użytkowników korzysta z tych urządzeń przy konsultacjach telemedycznych.

PORZĄDEK W DOKUMENTACJI

Jednym z fundamentów cyfryzacji branży ochrony zdrowia jest upowszechnienie elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM). Ułatwia to zarządzanie danymi pacjentów (w tym historycznymi), poprawia jakość opieki przez jej

personalizację oraz minimalizuje ryzyko pomyłek wynikających z błędnych lub nieczytelnych wpisów.

W Polsce EDM stał się kluczowym elementem systemu ochrony zdrowia, ponieważ jego stosowanie już od 2019 r. obowiązuje wszystkie placówki medyczne. Dzięki temu lekarze uzyskali szybki dostęp do historii medycznej pacjenta, co przyspiesza proces diagnozowania i podejmowania decyzji terapeutycznych. EDM wprowadza również jednolite standardy dokumentacji medycznej (np. HL7 CDA), co zwiększa jej jakość i zmniejsza ryzyko błędów. Dzięki integracji z systemami takimi jak eWUŚ i SIMP lekarze mogą szybko sprawdzić status ubezpieczenia pacjenta oraz jego historię medyczną, co pozwala na lepsze planowanie wizyt i uniknięcie nieporozumień dotyczących procesu leczenia.

Należy jednak przyznać, że projekt pełnej cyfryzacji systemu ochrony zdrowia nadal znajduje się w fazie rozwoju – z odnotowywanymi wyraźnymi postępami, ale również istotnymi wyzwaniem. Zarówno lekarze, jak i otwarcie na stosowanie nowatorskich rozwiązań pacjenci zauważyli poprawę jakości usług medycznych dzięki EDM oraz ułatwienie dostępu do informacji. Wciąż jednak potrzebna jest praca, szczególnie w obszarze edukacji pracowników ochrony zdrowia.

Lekarze zwracają uwagę na wysoki poziom skomplikowania narzędzi do obsługi EDM oraz brak ich przejrzystości, co utrudnia dostęp do potrzebnych informacji. Przyznają też, że ilość dostępnych w EDM danych bywa przytłaczająca, co wywiera na nich presję związaną z potrzebą poczucia wewnętrznego przekonania, że nie przeoczyli ważnej informacji. W tym obszarze pomocna może okazać się generatywna sztuczna inteligencja, która po wytrenowaniu będzie w stanie szybko analizować zgromadzone dane.

TELEMEDYCYNĄ TO JUŻ TERAŻNIEJSZOŚĆ

O ile pandemia wpłynęła na zintensyfikowanie korzystania z elektronicznej dokumentacji medycznej, o tyle w przypadku telemedycyny doprowadziła do gwałtownego wzrostu jej wykorzystania. To tu dokonała się prawdziwa rewolucja w sposobie komunikacji na linii pacjent-lekarz. Telefoniczna lub wizualna forma kontaktu sprawdza się szczególnie w przypadkach wymagających konsultacji na bieżąco, takich jak kontrola wyników badań czy przepisanie leków – bez potrzeby wizyty w placówce ochrony zdrowia.

Przed pandemią jedynie ok. 1 proc. konsultacji lekarskich odbywał się w formie zdalnej. Natomiast w 2023 r. według danych GUS w przypadku ponad 13 proc. porad lekarzy POZ i prawie 9 proc. konsultacji specjalistycznych (nawet stomatologicznych, chociaż największą popularnością cieszyły się wizyty u lekarzy internistów i psychiatrów) wykorzystywane były zdalne kanały komunikacji. Łącznie w skali roku stanowiło to ok. 34 mln teleporad. Pod tym względem według zbiorczych danych krajowych opublikowanych przez OECD w ramach badania „State of Health in the EU: Country Health Profiles 2023” Polska plasuje się w okolicach unijnej średniej.

Przeprowadzone w ubiegłym roku na zlecenie E-recept.pl badanie „Telemedycyna oczami Polaków” wykazało, że 47 proc. Polaków wybiera konsultację telemedyczną, żeby nie czekać w kolejce do lekarza, a 56 proc. ankietowanych umawia się na e-wizytę, żeby przedłużyć receptę. Aż 78 proc. pacjentów przyznało, że konsultacja telemedyczna rozwiązała ich problem zdrowotny zawsze lub prawie zawsze.

Z kolei serwis Adequate podaje analizy statystyczne, według których w 2023 r. na polskim rynku działało kilkadziesiąt serwisów internetowych i aplikacji oferujących e-konsultacje lekarskie (odnotowywały

one ponad 3 mln wizyt miesięcznie). Według szacunków korzysta z nich nawet milion Polaków.

Mimo zmniejszenia liczby teleporad po ustąpieniu pandemii wiele osób preferuje wirtualną formę kontaktu z lekarzem. Mamy zatem do czynienia z trwałą zmianą przyzwyczajeń. Rośnie liczba użytkowników, jak też zakres usług, a pacjenci doceniają wygodę i szybkość dostępu do specjalistów, co przyczynia się do dalszego rozwoju tego obszaru branży medycznej.

Również lekarze wskazują na szereg korzyści, jak możliwość przeprowadzenia większej liczby konsultacji w krótszym czasie, łatwiejsze zarządzanie swoim harmonogramem oraz kosztami związanymi z utrzymaniem infrastruktury fizycznych gabinetów, a także administracją wizyt stacjonarnych. Telemedycyna umożliwia też lekarzom stałe monitorowanie stanu zdrowia pacjentów z chorobami przewlekłymi, dzięki czemu mogą szybko reagować na ewentualne zmiany.

SĄ TEŻ WĄTPLIWOŚCI

Ale telemedycyna mimo swoich licznych zalet stawia przed lekarzami i pacjentami szereg wyzwań komunikacyjnych. W oczywisty sposób ogranicza możliwość bezpośredniego badania pacjenta, co może utrudniać postawienie właściwej diagnozy. Wymaga od lekarzy biegłości w obsłudze różnych platform i cyfrowych narzędzi, co może być czasochłonne i wymagać dodatkowych szkoleń. Od zarządzających placówkami medycznymi wymaga wysiłku w zakresie cyberbezpieczeństwa, aby przesyłane podczas teleporad wrażliwe informacje medyczne nie były wystawione na ryzyko przechwycenia.

W miarę postępu technicznego trzeba będzie obserwować dalszą ewolucję sposobów interakcji pomiędzy pacjentami a lekarzami. Naturalnym, koniecznym do spełnienia warunkiem jest większa otwartość po obu stronach, wiedza pozwalająca na swobodną obsługę cyfrowych narzędzi, a także świadomość co do bezpieczeństwa przetwarzanych i przesyłanych danych. Konieczne jest również zapewnienie interoperacyjności systemów i standaryzacja

danych, aby wymiana informacji między placówkami medycznymi przestała być wyzwaniem.

Szczególnych korzyści upatruje się w nieustannie rozwijanych mechanizmach sztucznej inteligencji. Pozwola one analizować ogromne ilości danych zdrowotnych w celu identyfikowania wzorców, co umożliwi szybsze diagnozy oraz lepsze prognozy dotyczące rozwoju chorób. Dzięki analizie predykcyjnej, bazującej na historii medycznej pacjenta oraz danych z urządzeń ubieralnych, lekarze będą mogli przewidywać ryzyko wystąpienia określonych schorzeń (np. zawału serca czy udaru), co umożliwi wdrażanie działań zapobiegawczych.

Zakres możliwości zdalnego monitorowania pacjentów nieustannie będą poszerzały nowe urządzenia internetu rzeczy (IoT), takie jak sensory w łóżkach pacjentów czy inteligentne opaski do monitorowania tętna, ciśnienia, poziomu glukozy, wspierane mobilnymi aplikacjami. Dane o zdrowiu pacjenta będą przesyłane w czasie rzeczywistym, co będzie miało niebagatelne znaczenie szczególnie w przypadku pacjentów wymagających stałej opieki, np. w domach opieki lub szpitalach.

NA ODLEGŁOŚĆ, ALE BLIŻEJ

Powodowane przez cyfryzację branży medycznej zmiany, choć niosą ze sobą wyzwania związane z prywatnością i bezpieczeństwem, mają potencjał do poprawy jakości życia pacjentów oraz efektywności systemu opieki zdrowotnej. Digitalizacja opieki zdrowotnej nie tylko przybliża pacjentów do lekarzy, ale także zapewnia szybszą, bardziej dostosowaną do ich potrzeb pomoc.

Ważne jest jednak – i o tym powinni szczególnie pamiętać innowatorzy w obszarze zdrowia – aby automatyzacja działań oraz objęcie ich restrykcyjnymi procedurami nie przyczyniło się do tego, czego w przypadku interakcji z lekarzem pacjenci nadal potrzebują – wysłuchania przez drugiego człowieka. ●

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

NIL NA SZYBKO

Polowanie z nagonką

Prawdziwe dane o zarobkach lekarzy okazały się dla mediów za mało sensacyjne.

JAKUB KOSIKOWSKI
RZECZNIK NACZELNEJ IZBY
LEKARSKIEJ



Ubiegły miesiąc upłynął pod znakiem tematów zastępczych. Najpierw w „Newsweeku” pojawił się artykuł o tym, jak dużo w Polsce zarabiają pielęgniarki i lekarze. Niestety, podane w nim kwoty typu „minimalna pensja lekarza w Polsce” na poziomie 25 tys. zł były z sufitu. Mimo to artykuł rezonował w społeczeństwie. Następnie w „Gazecie Wyborczej” pojawił się wywiad z Andrzejem Sośnierzem, w którym główną tezą były zbyt duże zarobki lekarzy w NFZ, a w TVN24 wypowiedź minister Izabeli Leszczyny o tym, że są w Polsce lekarze zarabiający 300 tys. zł miesięcznie.

Biorąc pod uwagę, ile wynosi w Polsce średnia i minimalna krajowa, to zrozumiałe, że momentalnie rozpętała się w mediach burza. Dawno nie miałem dnia, w którym telefon dzwoniłby tak często, wszyscy chcieli wiedzieć, co my na to i jak jest naprawdę. Wszystkie media powoływały się na słowa oficjeli, a oni na dane Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. My też do nich usiedliśmy. Oficjalne raporty nie pozostawiają złudzeń – tak, są w Polsce wybitni specjaliści zarabiający takie pieniądze, ale to

jest kazuistyka. Według AOTMIT mniej niż 300 lekarzy zarabia w NFZ ponad milion złotych rocznie. Kontrakty wszystkich zawodów medycznych to 28 proc. kosztów osobowych szpitali, lekarze na umowach o pracę to 20 proc. personelu i 35 proc. kosztów pensji.

Czyli zrobiono z igły widły, sugerując, że wszyscy tyle zarabiamy. Musieliśmy odpowiedzieć. Udało się przeprowadzić skuteczną kontrofensywę medialną, a operując danymi agencji rządowej, wytrąciliśmy politykom i mediom argumenty. Temat przeszedł przez wszystkie największe media, prezes Łukasz Jankowski gościł w największych redakcjach. W międzyczasie premier Donald Tusk uspokoił, że żadnej nagonki na lekarzy nie będzie. Dane, które pokazaliśmy, okazały się dla mediów za mało sensacyjne, temat umarł po kilku dniach.

Dlaczego się pojawił? Bo w NFZ brakuje pieniędzy. I nie ma ich skąd dosypać. A najłatwiej wytłumaczyć to społeczeństwu tak, że to pазerni lekarze kosztują za dużo i przez nas zabrakło na leczenie.

Tylko że tym razem się nie udało.

O TYM SIĘ MÓWI

Uproszczenie procesu refundacyjnego

Prezes NRL Łukasz Jankowski wspólnie z minister zdrowia Izabelą Leszczyną podczas ostatniego spotkania omówili kluczowe tematy związane z postulatami samorządu lekarskiego, które obecnie wkraczają w końcową fazę realizacji. Poruszono kwestie dotyczące rozszerzenia uprawnień do wystawiania recept na bezpłatne leki dla pacjentów 65+ na wszystkich lekarzy, niezależnie od miejsca pracy, a także wytycznych dotyczących dalszych kroków w zakresie automatyzacji procesu refundacji dla lekarzy. – Nasz cel jest prosty: lekarz ma leczyć, a nie zajmować się określaniem stopnia refundacji czy wypełnianiem stosy dokumentów. Cykliczne spotkania z panią minister służą, czasem trudnej, wymianie poglądów i wspólnemu namysłowi nad kierunkiem, w którym należy rozwijać ochronę zdrowia. – powiedział Łukasz Jankowski.

Spotkanie dyrektorów i kierowników izb

Wyzwania w zakresie ochrony zdrowia wymagają synergii działań oraz lepszej koordynacji między różnymi instytucjami medycznymi. W tym kontekście współpraca między izbami lekarskimi jest niezwykle istotna, o czym dyskutowano podczas tegorocznego spotkania dyrektorów i kierowników izb. Szefostwu biur izb lekarskich przedstawiono m.in. szczegóły dotyczące technicznych aspektów oprogramowania, które będzie wykorzystywane w najbliższych wyborach.

Współczesne wyzwania bioetyki

10 listopada br. odbyła się II Ogólnopolska Konferencja Naukowo-Szkoleniowa „Współczesne wyzwania bioetyki”, której organizatorami był Ośrodek Bioetyki Naczelnej Rady Lekarskiej kierowany przez ppłk. rez. dr. hab. n. med. Mariusza Goniewicza oraz Wielkopolska Izba Lekarska – EDU WIL kierowany przez wiceprezesa Okręgowej Rady Lekarskiej WIL lek. Marcina Karolewskiego. W konferencji uczestniczyli przewodniczący komisji bioetycznych przy okręgowych izbach

lekarskich, lekarze i lekarze dentyści prowadzący działalność w obszarze badań klinicznych, prawnicy oraz badacze i naukowcy.

Ku pamięci

Listopad jest doskonałym momentem, by w atmosferze zadumy i skupienia wspomnieć nasze Koleżanki i Kolegów – tych, z którymi pracowaliśmy, których mijaliśmy na szpitalnych korytarzach, z którymi działaliśmy w samorządzie lekarskim. To symboliczny gest, który przede wszystkim ma na celu uzmysłwić nam, jak ważna jest pamięć o tych lekarzach, których już z nami nie ma” – pisze Naczelna Izba Lekarska. Sekretarz NRL Grzegorz Wrona jak co roku odwiedził na cmentarzu Powązkowskim groby zasłużonych lekarzy.

Obecni w mediach

WNaczelnej Izbie Lekarskiej spotkali się lekarze aktywni w mediach społecznościowych. Tematem przewodnim wydarzenia był znowelizowany Kodeks Etyki Lekarskiej, który wejdzie w życie 1 stycznia 2025 r.

– Tworzymy przestrzeń, w której lekarze będą mogli wyrazić swoje opinie oraz zrozumieć, jak środowisko lekarskie interpretuje nowe zapisy. Razem możemy budować lepszą przyszłość dla naszego zawodu oraz pacjentów – mówiła podczas wydarzenia Maria Kłosińska, kierowniczka Działu Komunikacji NIL i organizatorka spotkania.

World Health Summit 2024

Wtegorocznym WHS w Berlinie Polskę reprezentowali prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Łukasz Jankowski i partner operacyjny NIL IN Sieci Lekarzy Innowatorów Łukasz Sosnowski. – Chcemy promować Polskę jako dobre miejsce do rozwoju innowacji zdrowotnych, jednocześnie zaprezentować dokonania samorządu na tym polu. Jako polskie środowisko lekarskie jesteśmy liderami w przygotowaniach do realizacji medycyny przyszłości, mamy nowoczesny Kodeks Etyki Lekarskiej wzbogacony o treści dotyczące AI, rozwiniętą współpracę z instytucjami rządowymi, doświadczenie w szkoleniach, a także wiedzę dotyczącą rozwoju i prężnie działającą NIL IN – podkreślił prezes NRL.

Matki Lekarki w resorcie

Matki Lekarki spotkały się z minister zdrowia Izabelą Leszczyną, by wspólnie omówić wyzwania, z którymi mierzą się w pracy zawodowej. To ważny krok w kierunku rozwiązania problemów zdefiniowanych na kongresach Matek Lekarek, organizowanych przez ORL w Warszawie i NIL. – Dwie godziny to i dużo, i mało na omówienie problemów zdefiniowanych przez środowisko Matek Lekarek w czasie naszych kongresów: organizacyjnych, finansowych, prawnych, wynikających z przyzwyczajień, różnicy pokoleń, specyfiki specjalizacji oraz różnic terytorialnych. Zwróciliśmy również uwagę na nierówności, a także możliwości łączenia pracy zawodowej z obowiązkami rodzica lekarza – zaznacza przewodnicząca Zespołu Matek Lekarek OIL w Warszawie Maria Kłosińska.

MÓWIĄ O NAS

Reforma szpitali

Na antenie Polsat News prezes Naczelnej Rady Lekarskiej komentował kwestię finansowania ochrony zdrowia. „Kulturę oszczędzania w ochronie zdrowia mamy wręcz we krwi jako Polacy. Rozmawiałem z jednym z pacjentów i mówię: »Wie pan, NFZ zbankrutował«, a pacjent odpowiadał: »Ale to chyba już dawno«. Więc my wszyscy się przyzwyczailiśmy do tego, że w polskiej ochronie zdrowia jest po prostu za mało pieniędzy. No i trudno, kolejka trwa dwa lata, tak po prostu jest... Zmiana tej mentalności musi się zacząć od pierwszego kroku, którym mogłaby być np. centralna e-rejestracja. Pokazanie, że coś się zmienia, że pacjent widzi, gdzie jest szybszy termin, że to się pocztą pantoflową przenosi” – zaznaczył Łukasz Jankowski.

Medycy z Ukrainy

Na łamach portalu Businessinsider.pl wiceprezes NRL Klaudiusz Komor mówił o warunkach wykonywania zawodu lekarza w Polsce

przez obywateli Ukrainy. „Od niedawna wszystkich lekarzy z zagranicy, także tych z Ukrainy, obowiązuje certyfikat, który ma potwierdzać znajomość języka polskiego na poziomie B1, czyli średnio zaawansowanym. To jednak nie rozwiązuje problemu nostryfikacji wykształcenia oraz potwierdzania kwalifikacji, ponieważ wciąż funkcjonuje tryb przyznawania warunkowego prawa wykonywania zawodu na tzw. zakres obowiązków. Od trybu wojennego różni się on tym, że w decyzji zezwalającej na wykonywanie zawodu wymieniony jest zakres konkretnych czynności, które może on wykonywać” – wyjaśniał.

Psychiatra online

Dla „Dziennika Gazety Prawnej” o konsultacjach online w dziedzinie psychiatrii opowiadał wiceprezes NRL Mateusz Kowalczyk. „Prawidłowo przeprowadzona konsultacja online jest niemal tożsama z wizytą w gabinecie. Warunkiem jest jednak to, by pacjenta widzieć i słyszeć, by wylegitymował się dowodem osobistym. Autorzy wytycznych podkreślają, że lekarz psychiatra występuje jedynie w roli konsultanta i eksperta. Nie decyduje o przerwaniu ciąży i nie wystawia skierowania na aborcję. Zaświadczenie o zagrożeniu albo jego braku dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej wystawiane przez lekarza psychiatrę powinno zawierać uzasadnienie jego końcowego wniosku” – podkreślił Mateusz Kowalczyk.

Staż podyplomowy w stomatologii

Portal Infodent24.pl opublikował komentarz wiceprezesa NRL dotyczący warunków stażu podyplomowego dentyстів. „Obecnie obowiązujące przepisy narzucają różne wymagania dla lekarzy dentyстів odbywających staż w praktykach i podmiotach leczniczych. W przypadku gdy praktyki i podmioty lecznicze mają podobną wielkość i zakres udzielanych świadczeń, wymogi dla organizatorów stażu powinny być takie same” – zaznaczył Paweł Barucha, przewodniczący Komisji Stomatologicznej NRL. ●

RYWALIZACJA

Projekty, które zmieniają świat medycyny

21 listopada poznaliśmy zwycięzców konkursu Sieci Lekarzy Innowatorów NIL IN „Wdrożenie innowacji w opiece zdrowotnej”, którego celem było zaprezentowanie innowacyjnych projektów oraz wyróżnienie liderów promujących nowe technologie w medycynie.

Konkurs skierowany był do szerokiego grona odbiorców: lekarzy i personelu medycznego, kierownictwa placówek, personelu administracyjnego, informatyków i ekspertów ds. nowych technologii i innowacji. Do udziału zgłosili się kandydaci, którzy wdrożyli swoje innowacyjne pomysły w swoich placówkach, oraz ci, których rozwiązania działają już na szeroką skalę.

POMYSŁY Z CAŁEJ POLSKI

Zgłoszono kilkadziesiąt pomysłów w trzech kategoriach: opieka ambulatoryjna, szpitalnictwo oraz innowatorka lub innowator. Społeczność NIL IN wybrała w publicznym głosowaniu dziesięciu finalistów w każdej kategorii, którzy zakwalifikowani zostali do drugiego etapu. Ostateczna ocena i wyróżnienie najlepszych projektów w każdej z kategorii należało do kapituły konkursu, do której zaproszono 45 pasjonatów innowacji, reprezentantów sieci placówek publicznych i prywatnych, organizacji pacjentów, towarzystw naukowych, uczelni, instytucji publicznych i innowacyjnych producentów technologii. Oficjalne wręczenie nagród odbyło się w siedzibie NIL w Warszawie podczas gali finałowej wydarzenia.

– W tym roku konkurs NIL IN spotkał się z bardzo dużym zainteresowaniem. To podkreśla, jak ważną częścią ochrony zdrowia są innowacje i nowe technologie, które wspierają potrzeby pacjenta oraz personel medyczny

w codziennej pracy i diagnostyce. Projekty do konkursu nadsyłane były z całej Polski, co pokazuje obecność liderów innowacji w każdym zakątku kraju – podkreślił Artur Drobnia, prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, pomysłodawca i współzałożyciel NIL IN.

CO OCENIANO

Kryteria, którymi kierowali się członkowie jury, pozwoliły na wyłonienie najciekawszych innowacji. Zgłoszone projekty były oceniane pod względem:

- innowacyjności rozwiązania,
- skuteczności wdrożenia innowacji – czy jest wykorzystywana na co dzień oraz w jakiej skali,
- czy korzyści z innowacji były zmierzone z punktu widzenia lekarzy lub personelu medycznego, pacjentów i placówki,
- jaka była rola lekarzy we wdrożeniu innowacji,
- jaki jest potencjał wdrożeniowy innowacji w innym podmiocie leczniczym, systemie, kraju.

W kategorii innowatorka lub innowator dodatkowo oceniana była działalność edukacyjna oraz działalność w przestrzeni publicznej na rzecz innowacji (np. w towarzystwach naukowych, stowarzyszeniach, itp.).

– Kryteriami oceny zgłoszeń konkursowych były innowacyjność rozwiązań, skuteczność ich wdrożenia

i potencjał wdrożenia w innych placówkach. Podobnie jak w zeszłym roku w finale konkursu znalazły się różnorodne, ciekawe rozwiązania organizacyjne, technologiczne i cyfrowe, które poprawiają jakość opieki nad pacjentem, usprawniają pracę lekarzy i działalność przychodni. Warto poznać laureatów i finalistów oraz ich metody wdrażania innowacyjnych zmian – powiedziała dr Małgorzata Kiljańska, członek kapituły konkursu, odpowiedzialna za kategorię „opieka ambulatoryjna”.

– Za każdą innowacją stoi człowiek. Bardzo bym chciała, żebyśmy o tym nie zapominali. W tym przypadku nie chodzi jedynie o lekarzy, ale o wszystkich ludzi, którzy stoją za fantastycznymi projektami – powiedziała Katarzyna Sadowska-Cioch, zastępcza dyrektora COBIK NIL, zasiadająca w kapitule konkursu i nadzorująca kategorię innowatorka/innowator.

WYZWANIA W SYSTEMIE

Gale finałową otworzyli wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej Paweł Barucha oraz dr Artur Drobnia, którzy pogratulowali wszystkim finalistom konkursu, członkom kapituły i społeczności NIL IN zaangażowanym w to wydarzenie.

– Jestem bardzo zbudowany po zapoznaniu się ze wszystkim, co państwo robią dla polskiej medycyny. To dopiero druga edycja, a jesteście

LAUREACI KONKURSU NIL IN

Kategoria: szpitalnictwo

System telemedyczny iWound, wdrożony w Szpitalu Pomnik Chrztu Polski w Gnieźnie. Rozwiązanie umożliwia zdalny kontakt pacjentów ze specjalistami w zakresie monitorowania i leczenia ran pooperacyjnych oraz przewlekłych. Stworzona przez zespół szpitala aplikacja oferuje konsultacje, przysyłanie dokumentacji, uzupełnianie ankiet, opracowywanie zaleceń i rozliczenia płatności – wszystko w jednym, bezpiecznym miejscu. System oferuje również moduł prehabilitacji, czyli kompleksową opiekę przedoperacyjną, przygotowującą pacjenta fizycznie i psychicznie do zabiegu. Dzięki wdrożonej aplikacji pacjent ma dostęp do specjalistów, takich jak dietetyk, fizjoterapeuta, psycholog, pielęgniarka czy lekarz.

Kategoria: opieka ambulatoryjna

Oprogramowanie systemowe do zarządzania opieką koordynowaną Center-Med sp. z o.o. z Tarnowa, wdrożone w 14 oddziałach spółki w całym kraju. Zadaniem nagrodzonej innowacji jest usprawnianie realizacji opieki koordynowanej, co umożliwia szybsze i bardziej efektywne zarządzanie danymi pacjentów, lepszą komunikację zespołów medycznych i redukcję pojawiających się błędów. Wpływa na wyższą jakość opieki oraz wzrost zadowolenia pacjentów, podnosząc przy tym efektywność finansową procesu. Wdrożenie stanowi kompleksowe rozwiązanie dla placówek medycznych, które chcą efektywnie zarządzać opieką nad pacjentami przewlekłymi.

Kategoria: innowatorka/innowator

Jarosław Biliński z Human Biome Institute za wdrożenie innowacji Mbiotix HBI Caps – doustna mikrobiota jelitowa, stanowiącej bezpieczną alternatywę dla terapii przeszczepienia mikrobioty jelitowej (Fecal Microbiota Transplantation, FMT), przeprowadzanej podczas kolonoskopii lub gastrokopii. Jest to nowa bezinwazyjna metoda, która ma szczególne znaczenie dla pacjentów, u których przeprowadzenie zabiegu kolonoskopii i gastrokopii jest niemożliwe ze względu na znaczne zniszczenia jelita grubego lub innych odcinków przewodu pokarmowego.

już sławni w całej Europie. Tym, co robicie i jak to robicie, zaskakujecie cały kontynent – powiedział wiceprezes NRL Paweł Barucha, dodając, że działalność Sieci Innowatorów NIL IN przerosła najśmielsze oczekiwania. – To zawsze nam się marzyło. W tej chwili każda rozmowa z Ministerstwem Zdrowia sprowadza się do NIL IN. Cieszę się, że takie innowacje pojawiają się za pośrednictwem Naczelnej Izby Lekarskiej oraz Centralnego Ośrodka Badań, Innowacji i Kształcenia NIL. Jesteście gwarantami, że medycyna będzie się rozwijać – powiedział prezes Barucha.

– Szczególne podziękowania należą się naszym partnerom: ZoolaHub oraz sponsorowi nagród, Centrum Kształcenia Podyplomowego Uczelni Łazarskiego, za nieocenione wsparcie tego przedsięwzięcia – wspominał dr Drobniak.

– Kierunek rozwoju innowacji wskazują nie tylko coraz bardziej świadomi pacjenci z większymi potrzebami zdrowotnymi, ale też wyzwania wynikające z obecnej sytuacji systemu ochrony zdrowia, takie jak braki personelu medycznego oraz znaczny wzrost potrzeb finansowania opieki zdrowotnej

– komentuje prezes NRL Łukasz Jankowski. – W najbliższych latach z pewnością pojawią się nowe rozwiązania, których zadaniem będzie poprawa zdrowia i zadowolenia pacjentów, wsparcie pracy personelu medycznego przy jednoczesnym optymalizowaniu procesów diagnostyczno-terapeutycznych. Przykłady wyróżnionych innowacyjnych projektów w konkursie NIL IN „Wdrożenie innowacji w Opiece Zdrowotnej” pozwalają nam wierzyć i optymistycznie patrzeć w przyszłość medycyny – podkreślił.

– Ideą konkursu było pokazanie, jak eksperci radzą sobie z wyzwaniami, przed którymi stoją w pracy szpitalnej. Wybranie najlepszych projektów było dla nas nie lada wyzwaniem. Do konkursu zgłoszone zostały wspaniałe rozwiązania, które według nas bez wątpienia wyznaczają nowe trendy w opiece zdrowotnej. Zwycięzcom gratulujemy i życzymy kolejnych sukcesów przy wdrażaniu kolejnych innowacji – zaznaczył Tomasz Maciejewski – członek kapituły konkursu, odpowiedzialny za kategorię szpitalnictwo.

Informacje o wszystkich 30 finałach są na stronie www.nilin.org.pl.

Dane pokażą swoją siłę

Już 30 stycznia 2025 r. w Warszawie odbędzie się konferencja European Health Data and Innovation Summit, poświęcona w całości nowoczesnym rozwiązaniom w medycynie opartej na danych.

To wyjątkowe wydarzenie, które zbiegnie się w czasie z objęciem przez Polskę prezydencji w UE, w całości będzie poświęcone wykorzystaniu nowych technologii w ochronie zdrowia, a w szczególności wartości danych medycznych i metodom ich bezpiecznego i etycznego udostępniania.

Zaproszeni eksperci zajmą się dwoma głównymi tematami: poziomem innowacyjności w ochronie zdrowia w Polsce oraz wdrożeniem EHDS (European Health Data Space), czyli Europejskiej Przestrzeni

Danych o Zdrowiu. To inicjatywa przedstawiona przez Komisję Europejską jeszcze w 2022 r. Jej celem jest umożliwienie szerszego wykorzystywania danych o zdrowiu. Plan zakłada m.in. lepszą kontrolę nad danymi indywidualnych pacjentów i korzystanie z nich na potrzeby świadczenia usług medycznych w całej Unii Europejskiej.

Organizatorami wydarzenia są Naczelna Izba Lekarska oraz Ministerstwo Zdrowia, a także fiński Narodowy Fundusz Badań i Rozwoju Sitra.

Konferencja odbędzie się w formie hybrydowej – stacjonarnie w warszawskim kompleksie CIC Warsaw przy Chmielnej 73 oraz przez streaming. Więcej informacji już wkrótce na stronach NIL i „Gazety Lekarskiej”.

FINAŁ

Nagrody „Zdrowa Przyszłość – Inspiracje” wręczone

Podczas gali w auli PIM MSWiA wręczono nagrody w 7. edycji Konkursu „Zdrowa Przyszłość – Inspiracje”.

Promuje on osoby, instytucje, szpitale, organizacje i firmy działające na rzecz zdrowia i ochrony środowiska, które w 2024 r. szczególnie zasłużyły się dla krzewienia nowych idei, rozwiązań i technologii. „Gazeta Lekarska” sprawuje patronat medialny nad tym wydarzeniem.

– Dla opinii publicznej, wszystkich nas, największe znaczenie mają kwestie bezpieczeństwa pacjentów i redukcji zdarzeń niepożądanych, a szczególnie zakażeń szpitalnych. To obszar, w którym wiele jest robione, ale nadal wiele jest do zrobienia – mówi przewodniczący kapituły konkursu dr n. med. Marek Tombariewicz, dyrektor Szpitala Specjalistycznego Ducha Świętego w Sandomierzu.

W tym roku zgłoszono kilkaset projektów, z czego do ścisłego finału zakwalifikowano ponad 200 z nich. Konkurs „Zdrowa Przyszłość – Inspiracje” jest elementem programu „Bezpieczny Szpital Przyszłości”, prowadzonego przez Idea Trade od 2015 r. Uroczysta gala i rozdanie wyróżnień odbyły się 7 listopada 2024 r. w Warszawie.

– Rywalizacja jest okazją dla szpitali, organizacji, samorządów i firm zajmujących się zdrowiem oraz ochroną środowiska, by pokazać pozytywne przykłady działań i wymieniać się wiedzą – mówi Marcin Malinowski, sekretarz

kapituły, partner zarządzający w Idea Trade.

Kapituła składa się z praktyków ochrony zdrowia, zwycięzców z lat ubiegłych. Jej skład jest dostępny na stronie konkursu – jej członkiem jest także redaktor naczelny „Gazety Lekarskiej” Piotr Kościelniak. Patronat honorowy nad konkursem objęli prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Filip Nowak, prezes ZUS Zbigniew Derdziuk, dyrektorka Centralnego Instytutu Ochrony Pracy – PIB Agnieszka Szczygielska i główny inspektor sanitarny dr n. med. Paweł Grzesiowski. Partnerem konkursu jest Bank Gospodarstwa Krajowego. ●

LAUREACI W 2024 ROKU

- **Kategoria 1: Innowacje w szpitalu – medycyna**

Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Klinika Chirurgii Serca, Klatki Piersiowej i Transplantologii z połączonymi projektami: „Serce całkowicie sztuczne nowej generacji Aeson Carmat” oraz „Wprowadzenie zaawansowanych metod leczenia chorych z martwicą wątroby obejmujących ratunkową hepatektomię, wielkoobjętościowe plazmaferезy, mechaniczne wspomaganie układu krążenia i intensywną terapię z następczym przeszczepieniem wątroby”.

- **Kategoria 2: Innowacyjny szpital – zarządzanie**

Warmińsko-Mazurskie Centrum Chorób Płuc w Olsztynie – „Innowacyjne metody zarządzania informacją - technologia RPA w codziennej praktyce WMCCP”.

- **Kategoria 3: Bezpieczeństwo i redukcja zdarzeń niepożądanych, ze szczególnym uwzględnieniem zakażeń szpitalnych**

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Krakowie – „Interaktywna Karta oceny ryzyka zakażenia jako narzędzie poprawy bezpieczeństwa epidemiologicznego”.

- **Kategoria 4: Profilaktyka i popularyzacja zdrowego stylu życia**

Fundacja LPP z siedzibą w Gdańsku – „Niebieskie Trampki”

- **Kategoria 5: Działania na rzecz bezpieczeństwa i zdrowia pracowników**

KGHM Polska Miedź S.A. – „Kształtowanie prawidłowych postaw załogi KGHM Polska Miedź S.A.”

- **Kategoria 6: Nowatorskie produkty i usługi poprawiające jakość życia, zdrowia i dostęp do usług – ex aequo:**

PZU Zdrowie SA – „Inteligentny edytor w procesie opisu badań obrazowych”
Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego oraz Wojewódzki Szpital Psychiatryczny im. prof. Tadeusza Bilikiewicza w Gdańsku – „Lepsza przyszłość. Przeciwdziałanie zaburzeniom psychicznym dzieci i młodzieży”
Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie – „Uniwersyteckie Centrum Robotyki Pediatricznej”.

- **Kategoria 7: Działania na rzecz ochrony zdrowia i środowiska naturalnego**

Urząd Marszałkowski Województwa Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie oraz Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Ameryce – „Sygnał Pierwszy – Sygnał Ostatni” – budowa Północnego Centrum Psychiatrii Dziecięcej.

Pełna lista laureatów i finalistów – www.szpitalprzyszlosci.pl.

Grudniowe szkolenia w Ośrodku Kształcenia Naczelnej Izby Lekarskiej!

- 02.12.2024** Psychologia wywierania wpływu społecznego w praktyce lekarskiej.
- ★ **02.12.2024** Jak diagnozować i leczyć kardiomiopatie?
- 03.12.2024** Nowa wersja Kodeksu Etyki Lekarskiej – podsumowanie najważniejszych zmian.
- 03.12.2024** Budowanie wizerunku i pozytywnych doświadczeń z perspektywy lekarza.
- 04.12.2024** Samozatrudnienie lekarzy – jak założyć działalność gospodarczą - praktyczne wskazówki.
- ★ **05.12.2024** Dodatkowe środki minimalizujące ryzyka stosowania produktu leczniczego.
- 05.12.2024** Budżetowanie przychodów i kosztów w ochronie zdrowia.
- 09.12.2024** Lekarski błąd informacyjny w świetle najnowszej doktryny prawniczej i orzecznictwa sądowego.
- ★ **09.12.2024** Stosowanie opioidów u chorych z bólem przewlekłym nienowotworowym.
- 10.12.2024** Jak pracować materiałami adhezyjnymi „w ogóle i w szczególności”.
- 10.12.2024** Udzielanie świadczeń w opiece transgranicznej. Perspektywa lekarzy.
- ★ **11.12.2024** Niepewność diagnostyczna w praktyce lekarskiej.
- 11.12.2024** Asertywność i jej zastosowanie w zawodach medycznych.
- 12.12.2024** Przeglądy literatury - medyczne bazy danych.
- ★ **12.12.2024** Alergia sezonowa.
- ★ **13.12.2024** Monitorowanie bezpieczeństwa produktów leczniczych poprzez zbieranie niepożądanych działań produktów leczniczych.
- 13.12.2024** Psychoterapia psychodynamiczna w świetle neuronauk. Współczesne odkrycia i możliwości zastosowania w praktyce klinicznej.
- ★ **16.12.2024** Zespoły bólowe kończyny dolnej.
- ★ **16.12.2024** Nieprzestrzeganie zaleceń medycznych wśród pacjentów.
- ★ **17.12.2024** Miopatie zapalne, Neuropatie zapalne – obraz kliniczny i elektrofizjologiczny.
- 17.12.2024** Aktualne wyzwania prawne w zawodzie lekarza czyli jak bezpiecznie wykonywać zawód?
- 18.12.2024** Neuroróżnorodność w codziennej pracy lekarza: diagnostyka, terapia i komunikacja w pracy z dziećmi i dorosłymi.
- ★ Szkolenia organizowane w Partnerstwach z Polskimi Towarzystwami Medycznymi oraz Instytucjami.

Pełna oferta szkoleń oraz szczegóły dostępne na stronie Naczelnej Izby Lekarskiej
w zakładce **KURSY I SZKOLENIA**.

Zapisy na szkolenia:

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



szkolenia@nil.org.pl



(22) 559 13 00 wew. 507



PODSUMOWANIE

COBIK NIL w liczbach, czyli co robiliśmy w 2024 roku

ARTUR DROBNIAK
DYREKTOR COBIK NIL

KATARZYNA MARZĘDA
KIEROWNIK OK NIL

Rosnąca skala edukacji prowadzonej przez samorząd lekarski oraz udział w kształtowaniu i rozwoju lekarza przyszłości powodują, że z każdym rokiem zwiększa się zainteresowanie szkoleniami.

Dobiega końca kolejny, trzeci już rok od powołania Centralnego Ośrodka Badań Innowacji i Kształcenia (COBIK NIL) przez Naczelną Radę Lekarską. To rok, w którym po raz kolejny znacząco zwiększa się liczba lekarzy korzystających z szerokiej gamy szkoleń, kursów i warsztatów online oraz stacjonarnych. Rośnie również rozpoznawalność COBIK wśród lekarzy i lekarzy dentystów.

W mojej opinii lekarz przyszłości to taki, który świetnie zarządza sobą i zespołem terapeutycznym, ma dużą wiedzę merytoryczną i korzysta z pomocy różnych algorytmów sztucznej inteligencji analizujących liczne gigabajty danych o pacjencie. Dlatego w COBIK staramy się, by wpływać na komplet kompetencji, które stają się bardzo ważne w naszej pracy i które w kolejnych latach będą niezbędne: komunikację, znajomość innowacji oraz zarządzanie sobą i najbliższym otoczeniem.

Wsluchujemy się w zgłaszane przez lekarzy w ankietach zapotrzebowanie, odpowiednio modelując program szkoleniowy i wprowadzając rosnącą liczbę szkoleń z umiejętności zawodowych, próbując przekazywać je w ujęciu interdyscyplinarnym.

OŚRODEK W LICZBACH

W 2024 roku przeprowadzonych zostało 307 szkoleń, w tym: zawodowych – 108, prawnych – 44, w zakresie komunikacji i tzw. kompetencji miękkich – 55, z innowacji – 47, z zarządzania – 26 i z innych zakresów – 27 (były to szkolenia, w których przenikało się kilka dziedzin, i trudno je zakwalifikować bezpośrednio do jednej kategorii).

Według danych na koniec października br. przeszkoliliśmy 32 tys. uczestników – lekarzy i lekarzy dentystów, a na koniec 2024 r. chcemy móc powiedzieć o 4 tys. przeszkolonych, czym przebiliśmy kolejną, jeszcze niedawno niewyobrażalną granicę.

Jednocześnie znacząco powiększyło się grono naszych partnerów edukacyjnych. Obecnie jest to: 15 towarzystw naukowych medycznych, cztery uczelnie wyższe, 11 instytucji publicznych, siedem firm – głównie technologicznych.

WIEDZA ZAWODOWA

Szkolenia zawodowe, w których wzięło udział najwięcej osób, to interdyscyplinarne szkolenia zrealizowane w partnerstwie z Polskim Towarzystwem Badania Bólu. Dotyczyły one nowoczesnej terapii bólu i przeciwdziałania uzależnieniom od środków przeciwbólowych. Dużym zainteresowaniem cieszyły się również szkolenia realizowane z Polskim Towarzystwem Otyłości Dziecięcej, związane z nowoczesną terapią otyłości i działaniami służącymi jej przeciwdziałaniu.

Inne popularne szkolenia z grupy kompetencji zawodowych dotyczyły szczepień dla dorosłych (obowiązkowych i zalecanych wraz z najnowszymi przepisami i rekomendacjami), depresji, morfologii krwi obwodowej w wybranych przypadkach klinicznych, racjonalnej terapii zakażeń z uwzględnieniem

aktualnych trendów lekooporności, nowości w diagnostyce alergii, ABC leczenia ran, transplciowości (z uwzględnieniem diagnozy i postępowania), neuropatii toksycznych, zakażeń *Helicobacter pylori*, sepsy (ze wskazaniem aktualnych możliwości diagnostyki i leczenia), wprowadzenia do pracy z tomografią stożkową dla stomatologów, medycyny podróży w teorii i praktyce, trudnych sytuacji klinicznych oraz chorób odkleszczowych.

WARTO ZNAĆ PRZEPISY

Szkolenia związane z prawem i obowiązującymi nas przepisami dotyczyły z kolei szeroko rozumianej odpowiedzialności zawodowej lekarza. Obejmowały zagadnienia związane z prawami pacjenta, dokumentacją medyczną, przepisywaniem recept, prowadzeniem działalności gospodarczej oraz konsekwencjami błędów medycznych.

Wśród najpopularniejszych tematów szkoleń w grupie kompetencji prawnych znalazły się m.in.:

- czy każdego pacjenta i w każdej sytuacji lekarz musi leczyć,
- odpowiedzialność cywilnoprawna lekarza za błędy medyczne,
- oświadczenia odbierane od pacjenta – najważniejsza tarcza obronna w toku kontroli oraz przed sądami.

Kolejny obszar to szkolenia z komunikacji i kompetencji miękkich. Koncentrowały się one na zagadnieniach związanych z dobrostanem

psychicznym lekarzy. Poruszano tematy związane z profilaktyką wypalenia zawodowego, budowaniem odporności psychicznej, zarządzaniem stresem oraz rozwojem umiejętności miękkich, takich jak komunikacja i wystąpienia publiczne. Celem szkoleń było wyposażenie uczestników w praktyczne narzędzia, które pozwolą im zachować równowagę między życiem zawodowym a prywatnym, zwiększyć satysfakcję z pracy oraz poprawić jakość świadczonych usług.

ZARZĄDZANIE I INNOWACJE

Kolejna grupa to szkolenia z zarządzania kierowane do lekarzy, którzy chcą rozwijać swoje kompetencje w tym obszarze. Poruszały one tematy związane z prowadzeniem własnej działalności gospodarczej, kierowaniem zespołami medycznymi oraz planowaniem własnej kariery zawodowej.

W związku z rozwojem nowych technologii i potrzebą przybliżenia tego świata polskiemu lekarzowi stworzony został cykl szkoleniowy „Wtorki z innowacjami” (dzięki działaniom Sieci Lekarzy Innowatorów

Naczelnej Izby Lekarskiej - NIL IN). Dzięki temu co wtorek lekarze i lekarze dentyści zainteresowani innowacjami w medycynie mogą czerpać wiedzę od ekspertów w dziedzinie innowacji w ochronie zdrowia.

Najpopularniejsze szkolenia w zakresie innowacji to: trendy w systemie zdrowia do 2040 r., praktyczne aspekty badania osłuchowego układu oddechowego – nowe narzędzia, wykorzystanie sztucznej inteligencji i monitoring pacjentów w warunkach domowych, a także prawne aspekty telemedycyny i e-zdrowia w pracy lekarza.

NIE STÓJMY W MIEJSCU

Podsumowując, niezmiennie zapraszamy do uczestnictwa w szkoleniach zorganizowanych przez COBIK NIL. Na łamach „Gazety Lekarskiej” chciałbym podziękować całemu zespołowi Ośrodka Kształcenia. Dziękuję też wszystkim wykładowcom za to, że z oddaniem i pasją szkolą lekarzy i lekarzy dentyistów.

Dziękuję wszystkim partnerom edukacyjnym, których grono rokrocznie rośnie i wspólnie docieramy z najnowszą wiedzą i umiejętnościami do członków samorządu lekarskiego.

Kończąc, chcę powiedzieć kilka zdań do Was, koleżanki lekarki i koledzy lekarze. Wierzę, że kluczowe dla naszej pracy zawodowej jest znalezienie w sobie chęci poszukiwania braków kompetencyjnych i ich uzupełniania. Lekarzem przyszłości – lekarzem kompletnym stajemy się już teraz. Nie stójmy w miejscu w obojętnym oczekiwaniu na to, co przynosi nam zmieniające się otoczenie zarówno całego systemu opieki zdrowotnej, jak i bezpośrednio naszej pracy.

W COBIK NIL jesteśmy dla Was po to, by pomóc Wam stać się lekarzem kompletnym. Do zobaczenia w przyszłym roku na kursach, szkoleniach czy warsztatach skrojonych pod Was i Wasze potrzeby. ●

EPIKRYZA (143)

Voyager

Podczas autorskiego spotkania w Kielcach zapytano mnie, dlaczego ostatnie epikryzy nie komentuję spraw samorządowych, a pisanie zawężilem do recenzji teatralnych z niejasnymi puentami.

Od wakacji jestem w trasie. Drogi powiatowe i autostrady wiodą mnie do odległych miejsc, gdzie koleżanki i koledzy realizują artystyczno-historyczne pasje. Ze wszystkich zaproszeń nie mogę skorzystać, zwłaszcza gdy wypadają w tym samym dniu lub środku tygodnia. Praca społeczna niesie pewne ograniczenia, choć daje także komfortową niezależność. Bardzo się jednak staram, gdyż bezpośredni kontakt z organizatorami i wykonawcami jest bezcenny. Tak wiele można wysłuchać i zobaczyć podczas antraktów: między nutami, kliszą, ramą, słowami i przemilczeniami. Tak ważne stają się westchnienia, przekleństwa, głosy ściszone, podniesione, a czasem uniżone. Oto naprzemienny ostracyzm i wylewność, szczere poklepywanie i mijanki bez spojrzeń, ostentacyjne powitania i harde zaczepki. Rozdzielenie opinii staje się niczym, gdy zastępują je setki zdań odrębnych. Patrzę ze smutkiem na widowiskowe pociąganie za sznurki w niemal każdej sprawie, błahej i pilnej. Słucham o grach interesów w zasłonach dymnych, dumnych i dennych. Można się w ten świat zaangażować i spalić jak ćma lub uciec do teatru...

Przygotowując jubileuszowe projekty, zajrzałem do dokumentów z pierwszych lat samorządu. Ekscytacja zmianą, przyszłość tworzona ze słów płomiennych w lokalu po byłym Komitecie Dzielnicowym PZPR. Proza braku funduszy. Agenda tematów do omówienia pękająca w szwach. Wszystko w organizacji. Wniosek o założenie konta bankowego czekający przez wieczność. Kipiący kocioł polaryzacji. Różnice światopoglądowe były diametralne i nieustannie wymagały przeciągania lin, a może raczej chodzenia po linie nad przepaścią codzienności. Trwała dyskusja nad projektami ustaw zasadniczych. Powstawały pionierskie rozwiązania i definicje. Strzeliste stanowiska ginęły w administracyjnej próżni.

JAROSŁAW WANECKI
PEDIATRA, FELIETONISTA



Pryncypialne uchwały cyzelowały złośliwości, ale najważniejsza była walka o wypłatę poborów i godność zawodu. Ważenie słów zastępowała ostra polemika. Pośpiech stawał się znakiem czasu. Praca koncepcyjna wyszła z podziemia izb domowych i klinik. Naczelną Radę Lekarską zwoływano na dwa dni z rzędu, debatując do późnej nocy. Zacięty spór krystalizował postawy i wyłaniał liderów.

Podróż w czasie zachwyca i przeraża. Tacy byliśmy jeszcze wczoraj? Czy wciąż jesteśmy tacy sami?

Z „tekstu dyskusyjnego” z 1990 r., niestety niepodpisanego, wyjmuję kilka zaledwie zdań o tworzeniu podwalin „Gazety Lekarskiej”: „Spróbujmy naszkicować wizję takiego pisma. Najlepiej, jeśli jest to tygodnik, bo tylko on zapewni szybką informację i wymianę myśli. Jest interesujące – to podstawowa jego zaleta – nie nuży długimi i monotonnymi wywodami. Artykuły porządkują i uprząstwiają naszkicowaną wizję w postaci trafnych, a nawet błyskotliwych skrótów, schematów czy algorytmów dopasowanych do potrzeb codziennej praktyki (...). Są ciekawe dyskusje, nie unika się głosów kontrowersyjnych, zawsze możliwa jest szybka polemika...”

Od 35 lat jesteśmy na zakrętach historii, zbyt lekko rezygnując z tygla różnorodności w wewnętrznej

rozmowie o przyszłości zawodów lekarskich i systemów ochrony zdrowia. Boimy się zdań odrębnych. Polemikę ukrywamy pod stołem, a walki personalne w obronie jedynie słusznych racji wciąż prowadzą donikąd. Już teraz coraz trudniej wyjaśnić kolejnym pokoleniem sens istnienia izb. Coraz żmudniej zwołuje się do pracy samorządowej, która staje się raczej intratną ofertą zatrudnienia niż misją etyczną i delegowaniem głosu. Tłamszenie szczerej kłótni i prewencyjna kontrola dyskusji kończą się najczęściej frustracją jednostek lub ucieczką do teatru, ale mogą prowadzić także do prób secesji. Ten wariant spodoba się politykom, którzy chętnie stworzą ustawę, by zmienić układ sił. Próba przedstawienia środowiska lekarskiego jako monolitu to samooszukiwanie się. Potrzebujemy zbliżania stanowisk i kompromisów. Siłowe pohukiwania dają iluzoryczne poczucie władzy, ale czy są bardziej sprawcze? Samorząd nie był i nie jest korporacją. Samorząd to wspólnota indywidualności. Kult trybunów mediów społecznościowych nie może dominować w rozmowie o naprawie relacji pacjent-lekarz i lekarz-lekarz oraz samowolnie decydować o zmianach prawa. Klikalność nie leczy żadnej choroby.

Puenta? Nie unikajmy dyskusji o różnych wizjach przyszłości. Czas wyjść z teatru.

PO GODZINACH – PODRÓŻE

Wiedeń: na przedświąteczny spacer i nie tylko

ANNA WOJDA

Adwent to idealny moment na wyjazd do stolicy Austrii. Liczne jarmarki bożonarodzeniowe ucieszą oczy każdego turysty, a zapachowi tradycyjnego Glühweina i świątecznych ciast nie oprą się nawet najzagorzalsi wyznawcy przeróżnych diet.

Magiczna atmosfera, bogato zdobione choinki i świąteczne dekoracje – niemal na każdym kroku będą nam towarzyszyć podczas spacerów po Wiedniu. To miasto, które słynie z bożonarodzeniowych jarmarków. Odbývają się one już od połowy listopada i trwają do kilku dni po Nowym Roku. Jest ich tu mnóstwo – od przygotowywanych z dużym rozmachem do bardziej kameralnych. Odwiedzając je, będzie co oglądać: liczne stargany z rękodziełem, świątecznymi dekoracjami, prezentami. Do tego mnóstwo atrakcji kulinarnych. Poza tym programy z kołędami, atrakcje dla dzieci i dorosłych, jak choćby lodowisko, karuzele, pokazy sztucznych ogni, występy muzyczne i taneczne.

Bożonarodzeniowe jarmarki znajdziemy na placach i ulicach. Pierwszy udokumentowany jarmark odbył się w Wiedniu w 1764 r. na placu Freyung w centrum miasta. Od tego czasu było to miejsce Old Viennese Christmas Market, które gwarem i swoją magią przyciągało ludzi z bliska i daleka. Obecnie można tu kupić tradycyjne szopki i szklane dekoracje. Od godz. 16.00 na placu rozbrzmiewa świąteczna muzyka adwentowa.

Nie ograniczajmy się jednak do znanych placów i ulic. Zaglądamy w zakamarki i wąskie uliczki miasta, bo wiele z nich kryje prawdziwe skarby i niespodzianki, o których nie przeczytamy w żadnych przewodnikach.

KTÓRY WYBRAĆ

Który z jarmarków powinniśmy koniecznie odwiedzić i dlaczego? Dużo zależy od indywidualnych potrzeb. Dla tych, którzy cenią magię świąt, niezapomnianym przeżyciem będzie



fot.: Shutterstock.com

Christkindlmarkt przed Ratuszem miejskim. Odwiedzających przywita kilkumetrowa brama w kształcie łuku ze świeczkami. Do tego ślizgawka, gdzie łyżwiarze mogą pokonywać okrążenia w romantycznie oświetlonym parku. Są też atrakcje dla zakochanych: drzewo ozdobione serduszkami, a dla dzieci – plac z karuzelami i diabelskim młynem. Dodatkowo dzieci mają szanse nauczyć się, jak robi się świąteczne ciasteczka czy świece.

▲ Jeden z bardziej popularnych świątecznych jarmarków w Wiedniu

Osoby przywiązane do tradycji znajdą coś dla siebie na wiedeńskim jarmarku świątecznym na placu Stephansplatz (obejrzymy tu piękną iluminację świąteczną w Haas-Haus). Z kolei miłośnicy sztuki i rzemiosła artystycznego powinni odwiedzić jarmarki



fot.: Shutterstock.com

◀ Na straganach znajdziemy różnorodne dekoracje świąteczne



fot.: Shutterstock.com

bożonarodzeniowe na Karlsplatz (oferuje gościom kreatywne sztuki i rzemiosło, pojazdy napędzane mięśniami, spektakularne teatry uliczne, ekologiczną kuchnię i wiele ciekawych występów na mobilnej scenie) lub Spittelbergu (można tu znaleźć dzieła sztuki, ceramikę, ciepłe swetry, dywany i biżuterię ze srebra, emalii i mosiądzu). Co ciekawe, jarmark na Spittelbergu jest organizowany jako wydarzenie ekologiczne – ze zrównoważoną, lokalną i uczciwą ofertą.

Dla zainteresowanych wyjątkowym cesarskim klimatem odpowiednio będą jarmarki przed pałacem Schönbrunn (świeżo upieczone Vanillekipferle i gorące grzane wino napełniają powietrze wspólną atmosferą) i Belwederem (piękna barokowa rezydencja, jeden z najważniejszych widoków Wiednia).

Jest jeszcze jarmark zimowy przy Riesenradplatz, który oferuje przede wszystkim dobrą zabawę pod hasłem „Der Prater rockt”. Nowością na targu będzie Zimowy Zamek: ogród dla gości Luftburg – Kolarik im Prater zaprasza na darmowe skoki na dmuchanym zamku, plac zabaw na świeżym powietrzu, tory do gry w boccię i zdrowe przekąski.

Wszystkie wymienione jarmarki mają jedną wspólną cechę: kuszą słodkościami i kulinarnymi specjałami, którym nie sposób się oprzeć. A do tego, oprócz zapachu ponczu, ciastek i prażonych migdałów, w okresie Bożego Narodzenia w powietrzu słychać dźwięki muzyki.

A MOŻE COŚ JESZCZE...

Dla znudzonych jarmarkami Wiedeń oferuje mnóstwo innych rozrywek. Nieodłączną częścią świątecznej atmosfery są klasyczne koncerty adwentowe, uroczyste koncerty kościelne, porywające wieczory gospel i widowiska. Do tego koncert galowy Christmas in Vienna, Wiedeński Chór Chłopi, a także koncerty w klubach jazzowych i program kabaretowy.

Na przykład w katedrze św. Szczepana odbędzie się wyjątkowy koncert. 6 grudnia wystąpi orkiestra Wiener Symphoniker z koncertem

Wielu turystów udaje się na jarmarki bożonarodzeniowe w Wiedniu, bo są one jednymi z najlepszych i najbardziej zróżnicowanych

Wiener Advent. Wieczór ten będzie muzyczną zimową podróżą przez historię sztuki europejskiej.

Warto zainteresować się również programem festiwalu Wintertainment 2024. Muzyka, teatr, kabaret, różnorodność i komedia łączą się tu, tworząc zróżnicowaną serię występów. A klimat Świąt Bożego Narodzenia choć istotny, będzie dyskretny i bez kiczu.

Świąteczny nastrój w Wiedniu będzie panował również w klubie jazzowym Porgy & Bess, zapewniając w Wigilię żywiołowość i oryginalność.

Wiedeń to również wyjątkowe powitanie Nowego Roku. O północy mieszkańcy tańczą na świeżym powietrzu przy dźwiękach Pummerin, słynnego dzwonu w katedrze św. Szczepana. Dzwonienie to jest nawet transmitowane przez radio i telewizję. Po nim rozbrzmiewa słynny walc „Nad pięknym miodnym Dunajcem” Johanna Straussa. Punktem kulminacyjnym jest spacer sylwestrowym traktem, który prowadzi z Freyung przez plac Am Hof, Graben, plac św. Szczepana i deptak Kärntner Strasse aż na Nowy Rynek. Tuziny gastronomów oferują wówczas poncz, szampana i kulinarne specjałności. Nie zabierzemy jednak ze sobą petard, bo w Wiedniu są one zabronione.

Zabawa nie kończy się po sylwestrze. Zaczyna się wtedy czas wiedeńskich balów (rocznie odbywa się ich ponad 450, a noc z tymi imprezami kończą się przy stoisku z kiełbaskami lub na gulaszu). Styczeń to również czas tańców na lodzie, kiedy Wiedeń zamienia się w marzenie łyżwiarzy. Na lubiących spokojniejsze klimaty czeka kilkadziesiąt muzeów. W tym mieście po prostu trudno się nudzić. ●

► Nie tylko jarmarki, ale również ulice Wiednia emanują świąteczną atmosferą



fot.: Shutterstock.com

◀ Zmysły wzroku i smaku będą w pełni zaspokojone

▼ Dla amatorów słodkości



fot.: Shutterstock.com

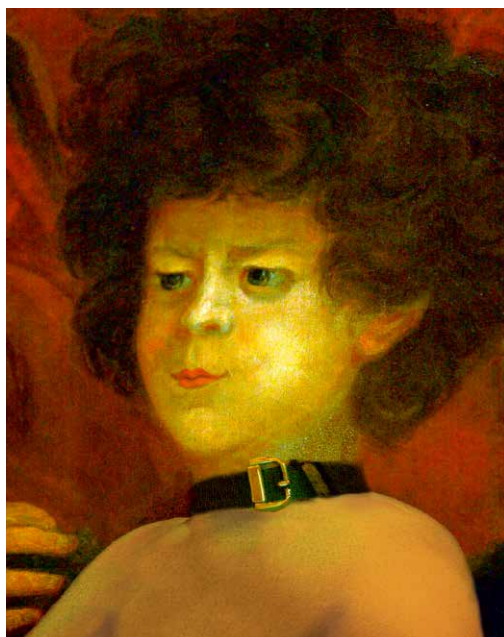


fot.: Shutterstock.com

PO GODZINACH – BŁĄD MALARSKI

Na dziko

Wchodząc po monumentalnych schodach pałacu Kensington w Londynie, łatwo dostać zawrotu głowy. Na królestwo obfitości składają się kasetony, kandelabry i malowidła. Łatwo w tym dekoracyjnym zgiełku przegapić portret chłopca o bujnej czuprynie. A Peter, zwany dzikim, był jedną z najbardziej intrygujących postaci królewskiego dworu Jerzego I.



Obraz: William Kent, „Peter, dziki chłopiec”, fragment obrazu, pałac Kensington, około 1720 r.

Peter pojawił się w Anglii za sprawą króla. To on przywiózł chłopca z Niemiec, gdzie w okolicach Hanoweru znaleziono go w lesie. Mniej więcej dwunastoletni wówczas Peter nie umiał mówić, był nagi i nie wiadomo, jak długo żył na dziko. Peter szybko zaskarbił sobie sympatię króla, który ofiarował go jako prezent swojej synowej.

Portret Petera to fragment większego malowidła. Chłopiec przedstawiony jest tu w otoczeniu służących i dworzan króla. Obok niego stoi przypisany mu nauczyciel, który miał sprawić, że Peter nabierze bardziej „ludzkich” zwyczajów. Sam Peter patrzy śmiało przed siebie, nie nawiązując kontaktu z widzem.

Peter intrygował, prowokując filozoficzne dyskusje o człowieczeństwie, otwierając debaty na temat odwiecznej dychotomii dzikości i cywilizacji.

AGATA MORKA
DOKTOR HISTORII SZTUKI



Przez chwilę nawet stał się sławny, lokalne gazety opisywały go jako cud, koloryzując jego zachowania. Pisano, że na powitanie lizał ręce, że wspinał się na drzewo jak wieściorka i że wykarmiła go wilczyca.

Zaintrygował także jedną z angielskich historyczek sztuki, która zaangażowała w studia nad Peterem lekarzy. Postawili hipotezę, że mógł cierpieć na syndrom Pitta

Hopkinsa, co wyjaśniałoby jego charakterystyczne rysy twarzy, bujne włosy i niektóre zachowania.

Dwór króla dość szybko znudził się Peterem i oddał go pod opiekę rolników na wsi. Tu Peter dożył sędziwego wieku, pijąc dżin i jedząc surowe cebule. Nigdy nie nauczył się mówić. Podobno był delikatny i nieśmiały. Często wracał do lasu – swojego pierwszego domu. ●

Rozwiązanie zagadki z „GL” 11/2024

Szczegóły różniące obrazy:

- 1. Zmiana koloru pończoch kobiety z rudymi włosami na ciemno-czerwone pończochy.**
Na obrazach Lautreca wiele kobiet, zwłaszcza tancerek, nosi czerwone pończochy. W tym przypadku jednak zniknęłyby w czerwonym tle obrazu.
- 2. Dodanie napisu MOULIN w prawym górnym narożniku obrazu.**
Napisy były istotną częścią plakatów Lautreca, w obrazach jednak ich nie widać.
- 3. Przycięcie obrazu tak, by kończył się na pośladkach kobiety z czerwonymi włosami.**
Takie kadrowanie wykluczałoby z obrazu tajemniczą odwróconą postać, którą widać na oryginale.
- 4. Dodanie czarnej aksamitki na szyi kobiety z blond włosami.**
Naszyjniki tego typu były popularne w czasie belle époque.



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

WSKAŹ ORYGINAŁ I ZNAJDŹ CZTERY SZCZEGÓŁY RÓŻNIĄCE OBRAZY.

Odpowiedź prześlij na bladmalarski@gazetalekarska.pl do 20 stycznia 2025 r.

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

NAGRODZENI „GL” 11/2024

Voucher do Hotelu Prezydent **** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje Krystyna-Siudyka-Szubert (Dąbrowa Górnicza)

Nagrody dodatkowe: Grażyna –Janiszewska-Boryczko (Tarnów), Szymon Szypulski (Warszawa), Anna Dymitruk (Międzyrzec Podlaski)

Dla jednej z osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi

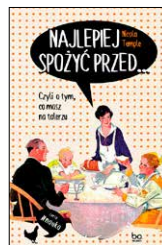
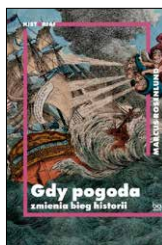
★★★★
HOTEL PREZYDENT
MEDICAL SPA & WELLNESS
HOTEL PRZYJAZNY DOROSŁYM

 WYDAWNICTWO
UNIwersYTETU
JAGIELLOŃSKIEGO
www.wuj.pl

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

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

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



KLAUZULA INFORMACYJNA

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

Regulamin konkursu na www.gazetalekarska.pl

PO GODZINACH – POEZJA

KATARZYNA WIERZBICKA



fot.: materiały prasowe

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

Urodziła się i mieszka w Otwocku. W 1997 r. ukończyła II Wydział Lekarski Akademii Medycznej w Warszawie. Jest specjalistką z dziedziny chorób wewnętrznych. Od kilku lat pracuje w przychodni w Karczewie oraz zajmuje się pensjonariuszami domu opieki. Praca daje jej poczucie spełnienia. W 2022 r. obchodziła jubileusz 25-lecia pracy zawodowej. Po pracy najbardziej ceni spacer po lesie, dobrą książkę, muzykę i teatr. Wyszywa haftem krzyżowym, co ją uspokaja i wycisza myśli. Kolekcjonuje zdjęcia drzew i anioły. Próby pisania wierszy podejmowała jeszcze na studiach, w okresie długiej rekonwalescencji po ciężkim wypadku samochodowym. Od kilku lat oprócz wierszy pisze czasem – w ramach relaksu i w celu zatrzymania ulotnych refleksji – opowiadania i bajki dla swoich dzieci. Należy do Unii Polskich Pisarzy Lekarzy. Laureatka konkursu „Przychodzi wena do lekarza” w 2020 r. w kategorii proza.



Ogólnopolski Konkurs Literacki
im. Prof. Andrzeja Szczeklika



metamorfozy

wyrzucasz
lawiny słów
chcesz w nich zawrzeć zbyt wiele
jak kamienie
rozsypują się z hukiem
mogą zranić nie tylko skrzydło ptaka

a gdy płyną
puste jak bańki mydlane
znikają w żdźble trawy

tylko szeptem
wzbijasz dmuchawce do lotu
łaskoczą świat do uśmiechu

na chwilę

otrzepuję dłonie z codzienności
stopy nieskrępowane utartymi ścieżkami
zanurzam w beczynność

z ramion zrzucam wczorajsze ciężary
uwalniam szurające po ziemi skrzydła

zaczynają nieśmiało trzepotać na wietrze
wtedy – na chwilę
staję się bezkresem błękitu

milknę zasłuchana

PO GODZINACH – CZYTELNI

Medyczna historia pełna miłości

AGATA BRYK

Historia, romans, medycyna i przygoda – tak w skrócie można podsumować książkę „Hiszpański mąż”, najnowsze dzieło prawniczki, terapeutki i pisarki Katarzyny Nowosielskiej.

Akcja toczy się w XIX-wiecznej Warszawie. Ucisk ze strony rosyjskiego zarborcy staje się coraz silniejszy, a kobiety w dalszym ciągu są ofiarami dyskryminacji. Alicja, główna bohaterka, po skończonych studiach medycznych pragnie zostać lekarzem, jednocześnie udzielając się w konspiracji. Realia Warszawy XIX wieku nie ułatwiają jej jednak spełnienia tych zamierzeń.

Prawdziwe problemy stają przed nią, gdy jej córka Kornelia ulega wypadkowi. Nowe fakty wychodzą na jaw, więc Alicja musi wyjawzić dziewczynce prawdę o jej pochodzeniu. Przenosząc się do jej wspomnień z młodości, poznajemy wspólne życie Alicji oraz Gustava – walecznego Hiszpana i kochającego męża.

Życie młodego małżeństwa od początku okazuje się skomplikowane. Czasy, w których żyją, nie pozwalają zaznać im spokoju. Realia życia pod uciskiem zaborców przeplatają się z dramatem wojny domowej

w Hiszpanii. Czy uczucia bohaterów są silniejsze od przeciwności losu?

Autorka w tę pełną emocji opowieść o fikcyjnych bohaterach wplata wiele wątków historycznych. Ukazuje rozwój medycyny i opisuje szpitalną rzeczywistość, a także praktyki stosowane podczas operacji. Nie brakuje także psychologii oraz... polityki.

„Hiszpański mąż” to wzruszająca kontynuacja książki „Hiszpański brat”. Druga część tej polsko-hiszpańskiej serii to wyjątkowa historia. Autorka, zabierając nas w podróż po dziewiętnastowiecznej Europie, pokazuje perspektywę różnych pokoleń. Przy tworzeniu powieści inspirowała się sylwetką Anny Tomaszewicz-Dobrskiej, polskiej lekarki chorób kobiecych i pediatry, pierwszej kobiety z dyplomem lekarskim działającej na naszych ziemiach.

Dzięki zaskakującym zwrotom akcji książka Katarzyny Nowosielskiej dostarczy nam niezapomnianych przeżyć i zapewni emocje na długie zimowe wieczory. Dla osób szukających dużej dawki wzruszeń i historii – w tym historii medycyny – „Hiszpański mąż” to pozycja obowiązkowa.



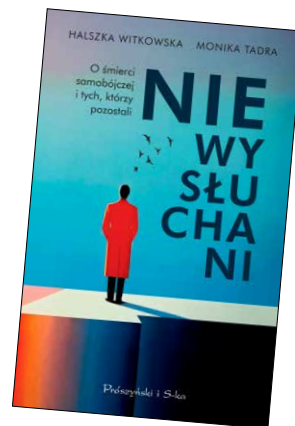
▲ „Hiszpański mąż”
Katarzyna Nowosielska
Wydawnictwo: Kasia
Nowosielska

O tych, którzy pozostali

LIDIA SULIKOWSKA

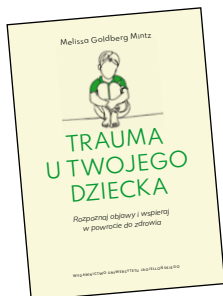
Rozmawiając o problemie samobójstw, przede wszystkim koncentrujemy się na tych, którzy odeszli lub próbowali odebrać sobie życie. Analizujemy, co się stało, i zastanawiamy się, jak można próbować zapobiegać takim tragediom. Książka „Niewysłuchani” Halszki Witkowskiej i Moniki Tadry ukazuje ten temat z innej perspektywy. Koncentruje się na osobach, których bliscy umarli w wyniku śmierci samobójczej. To opowieść o tych, którzy pozostali z ogromnym bagażem przeróżnych emocji i kłębującymi się pytaniami „dlaczego ukochana osoba nas opuściła?”. O tych, którzy w jednej chwili znaleźli się w całkiem innej rzeczywistości, pełnej cierpienia, straty, rozpacz i kompletnego zagubienia.

Poznajemy historie kilkunastu bohaterów, którzy opowiadają o swoich autentycznych uczuciach, o tym, jakiego wsparcia potrzebowali i jak trudno im było szczerze rozmawiać o tym, co się wydarzyło. To także opowieść o tym, co łączy osoby przechodzące przez proces żałoby. Znajdziemy tu m.in. rozdziały poświęcone ciszy, winie, złości, wstydowi czy też zwątpieniu. To nie jest lektura łatwa i przyjemna. Opowiadane historie na długo pozostają w pamięci, dając przestrzeń do refleksji i zrozumienia emocji osób, które straciły kogoś bliskiego w wyniku samobójstwa. Ta książka doskonale pokazuje, jak się zachować, aby nie przysporzyć im dodatkowego cierpienia.



▲ „Niewysłuchani”
Halszka Witkowska
i Monika Tadra
Wydawnictwo:
Prószyński i S-ka

PO GODZINACH – CZYTELNIĄ



▲ „Trauma u twojego dziecka”
Melissa Goldberg Mintz
Wydawnictwo
Uniwersytetu
Jagiellońskiego

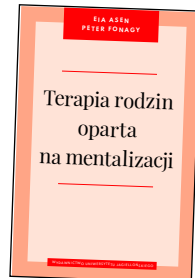
Jak pomóc dziecku wyjść z traumy

Trauma może mieć najróżniejsze oblicza. Różne mogą być jej przyczyny, ale też różnie przeżywane mogą być towarzyszące jej emocje. Podobnie może być ze sposobami przepracowania traumy. Wypadek, pobyt w szpitalu, śmierć bliskiego – w życiu jest mnóstwo powodów, które mogą zakończyć się traumą u dziecka. A tego nie chce dla swoich pociech żaden rodzic. Jak sobie radzić w takich trudnych sytuacjach? Odpowiedź rodzice znajdują w książce Melissy Goldberg Mintz – terapeutki traumy i zaburzeń przywiązania. Autorka prowadzi rodziców przez proces identyfikacji, zrozumienia i leczenia skutków traumy u dzieci. Podkreśla również znaczenie relacji rodzic – dziecko w procesie zdrowienia. To nie tylko poradnik dla rodziców, ale również cenne wskazówki dla terapeutów pracujących z dziećmi.

Skuteczne sposoby wzmocnienia interakcji rodzinnych

Prawidłowe funkcjonowanie rodziny wymaga, aby wszyscy jej członkowie mieli poczucie równowagi między autonomią a byciem częścią większej całości. Gdy następuje zaburzenie tego stanu, pomocna może się okazać interwencja terapeutyczna. Eia Asen i Peter Fonagy, psychoterapeuci rodzinni, proponują innowacyjne podejście łączące mentalizację oraz terapię systemową. Opracowany przez nich model terapeutyczny pozwala przywrócić utraconą homeostazę.

Autorzy na przykładach wyjaśniają, czym jest mentalizacja. Pokazują, jak dzięki otwartości na doświadczenia i inne punkty widzenia przełamywać bariery komunikacyjne oraz wzmacniać interakcje w systemie rodzinnym. Zawarte w książce wskazówki dotyczące włączania elementów zabawy do terapii pomogą wypracować odpowiednie sposoby radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych.



▲ „Terapia rodzin oparta na mentalizacji”
Eia Asen
Peter Fonagy
Wydawnictwo
Uniwersytetu
Jagiellońskiego

PO GODZINACH – KULTURA

Dekada w Orońsku

Od 22 do 29 września w Centrum Rzeźby Polskiej odbył się dziesiąty już plener ceramiki artystycznej dla lekarzy i lekarzy dentystów. Spotkanie zaowocowało, jak zawsze, bardzo ciekawymi pracami, w tym wykonanymi w japońskiej technice raku. Dzieła tygodniowych warsztatów podziwiano podczas końcowego wernisażu. Komisarzem pleneru był Stanisław Mysiak z OKiDH NIL.



▲ Plener ceramiki artystycznej zaowocował ciekawymi pracami i licznymi wyróżnieniami

fot.: archiwum prywatne

PO GODZINACH – SPORT

Brazylijskie jiu-jitsu we Wrocławiu

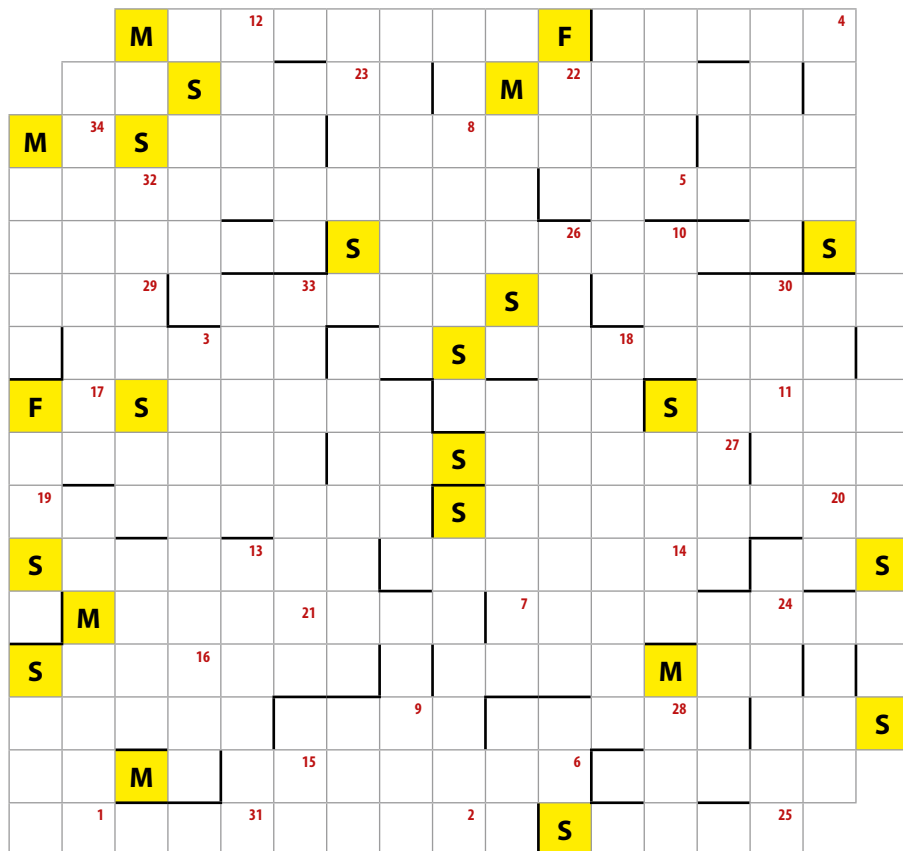
Komisja Sportu Dolnośląskiej Izby Lekarskiej zaprasza na VI Mistrzostwa Polski BJJ Lekarzy, które odbędą się w dniach 10-11 maja 2025 r. we Wrocławiu. To okazja do zdrowej rywalizacji z lekarzami z całej Polski, którzy dzielą wspólną pasję do sportu i pracy w medycynie. Mistrzostwa umożliwią integrację środowiska lekarskiego, wymianę doświadczeń oraz promocję zdrowego trybu życia i aktywności fizycznej wśród profesjonalistów medycznych.



Jolka lekarska 300



Wydawnictwo Lekarskie PZWL
to specjalności, wiedza i zaangażowanie.



Objaśnienia 86 haseł podano w przypadkowej kolejności.
W diagramie ujawniono wszystkie litery: F, M i S.

Na ponumerowanych polach ukryto 34 litery hasła,
które stanowi rozwiązanie. Jest to mądrość etiopska.
Hasło należy przysłać na karcie pocztowej do redakcji lub e-mailem
na adres: jolka@gazetalekarska.pl do 20 stycznia 2025 r. Wśród autorów
prawidłowych rozwiązań wyłonimy laureatów, którzy otrzymają nagrody
książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).

* Leopold, noblista, zsyntetyzował testosteron * w Asuanie * powielacz
* sundajski wulkan, wybuchł w 1883 r. * gotuje dla Lidla * pierwszy imam
szytów * sepsa * Winnetou lub Geronimo * pieszczotliwie, miłośnię (muz.)
* imię Donizettiego * Amandi Owidiusza * instrument Lennona * wytwarza
ozon z tlenu * przemijający atak niedokrwienny mózgu * widowiska o Bożym
Narodzeniu * język urzędowy Kenii i Ugandy * Elia, nakręcił „Tramwaj zwany
pożądaniem” * szaty liturgiczne * lingula * wstępny projekt * talizman * gitara
* cel karawany * lubi cierpieć * ograniczają ring * stopień, opinia * cienkie
suche kielbaski * terroryści we Francji i Algierii * letni suchy wiatr we wsch.
części Morza Śródziemnego * Wańkowicza na kraterze * trzeci syn Jakuba i Lei
* odwaga * wawrzyn * grube gałęzie * Swarżyc Lubiców * między strontem
a krakoniem * patronka Barcelony i żeglarzy * dziedziczenie przez najstarszego
* auto południowokoreańskie * bezludna Wyspa Powietrzna * siostra Ballardyny
* palma sagowa * chalupa * metka * biedrzeńiec * drzeworyt, litografia
* przecina tkaninę pod kątem * munsztuk * mitycznego plemienia z Tesalii
* miasto z Tadź Mahal * kobyła * ilawskie jezioro * żona Konrada Wallenroda
* tabletki * wierzba szara * łąkowy zwany lisim ogonem * formacja mniejsza

od AK * sprzączy * Antonio, uczył Beethovena * Kramera i nazębna * do
udowodnienia * odstęp między wierszami * część kasy z góry * ukraińskie
perie * Teutoburski * legendarna czeska zielarka i lekarka * zarządzenie władcy
* obszar o niskim ciśnieniu * święty miesiąc islamu * płynie przez Innsbruck
* konserwa turystyczna * choroby (łac.) * Musci * Gene, zdobywca Oskara
(Tragedia Posejdon) * pieśń pochwalna w ręku chirurga * enzym z papai
* nogi zająca * Kazimierz, twórca nazwy witamina * w Sopocie lub Opolu
* uniwersytet w Lublinie * Carlos, sławny gitarzysta * synchrotron protonowy
* kraj z Luandą * przesyłane telefaksem * ojciec Ramzesa Wielkiego * partnerka
miozyny

Jerzy Badowski

Rozwiązanie jolki lekarskiej 298 Im mniej nienawiści, tym więcej zdrowia

Nagrody otrzymują:
Katarzyna Strzelczyk Jalocho (Lublin), Paweł Król (Legnica), Barbara
Mazoń (Kraków), Karolina Dębowska (Katowice), Ryszard Lesiński
(Biskupiec)

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

Klauzula informacyjna na str. 75/ Regulamin konkursu dostępny
na www.gazetalekarska.pl

WYDAWCA

NIL Naczelna
Izba Lekarska

Gazeta Lekarska dla członków
izb lekarskich bezpłatna

Nakład: 180 205 egz.

Kolegium redakcyjne

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

Redakcja

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

Dyżur telefoniczny w każdy wtorek w godz. 10.00 - 14.00.

Poza tym terminem prosimy
kontaktować się mailowo:
redakcja@gazetalekarska.pl

Piotr Kościelniak

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

Anna Wojda

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

Lidia Sulikowska

(dziennikarz)
lidia.sulikowska@nil.org.pl

Mariusz Tomczak

(redaktor portalu internetowego)
mariusz.tomczak@nil.org.pl
www.gazetalekarska.pl

Reklama i ogłoszenia

Agata Bryk
ogloszenia@gazetalekarska.pl

Stale z nami współpracują

Jerzy Badowski, Adam Czerwiński,
Lucyna Krysiak, Zbigniew Kuzyszyn,
Jacek Miarka, Agata Morka,
Małgorzata Solecka, Jarosław
Wanecki, Grzegorz Wrona

Projekt okładki

Michał Trusz

Projekt

Michał Trusz

Skład

Montownia/Teresa Urawska

Druk

Eurodruk-Poznań Sp. z o.o.

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

Materiał niezamówionych redakcja nie zwraca
i zastrzega sobie prawo do skrótów, adiacji, 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).

