



OPOLSKA  
IZBA  
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Listopad 2021

ISSN 1426-661X

# BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 299

## OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

[www.izbalekarska.opole.pl](http://www.izbalekarska.opole.pl)



*zdj. Janusz Lewandowski*



# WAGA KROPKI

Ile waży kropka? Rembrandt potrafił zapać gotowy obraz ciemnymi farbami i tylko w lewym dolnym rogu zostawić jasny punkt. Dopiero szorując nosem o płótno można dostrzec w tym kleksie Świętą Rodzinę. Józef odpoczywa. Przed chwilą uwolnił muły z pakunków przytroczonych do siodła, Maryja karmi dzieciątko, pacholę pilnuje ognia. W małym przeblasku zmieściły się też stosy chrustu i mech na kamieniach przy wejściu do szałas.

„Odpoczynek podczas ucieczki do Egiptu” (1647) wisi w dublińskiej Galerii Narodowej, obok „Pocałunku Judasza” Caravaggia – niemego, ale jakże wymownego (usta w usta) wskazania winnego. Na innej ścianie bawi się karczma van Steena, jeszcze gdzieś młoda kobieta czyta list w pracowni Vermeera. Ale mało kto przechodzi obojętnie obok mrocznego pejzażu Rembrandta.

Dublin jest niski i ciasny. Kamienice skleja się jak mokre kartki papieru, sklepiki stykają się z kinami, galerie z bankami, a guinnessy sąsiadują z budweisera. Ceglasta czerwień buduje tło dla katedr, warownych zamków i uniwersytetów. Gotyk rośnie na zakrętach, w parkach i zaułkach, wynurza się zza fabryki piwa, wciska w Grafton Street i o dziwo, mając za podkład wykusze, portale i balkony, ornamenty i reklamy, cały ten nadmiar, kolorystyczny zamęt – nabiera powagi. Chaos uszlachetnia stare gmachy. W natłoku stają się one klejnotami wśród błyskotek, są jak słowa bezcenne pośród byle jakich, jak kropka na płótnie Rembrandta.

\* \* \*

W 1862 roku Antoni Kozakiewicz namalował „Groby królewskie”. Światło wpada przez wąskie okno, rozprasza się w ciemnym pomieszczeniu i rozjaśnia namalowane postacie. Na niewielkim obrazie zmieściło się aż dziesięć osób, w większości bosych, za to ubranych z wyszukaną starannością: kobieta zawiązała fantazyjny turban na głowie i udrapowała chustę, tak aby marszczyła się w biodrach, dziecku natomiast założyła intensywnie niebieską czapeczkę odsłaniającą czoło. Pograżony w rozpacz wieśniak przerzucił przez ramię szmacianą torbę; jej czerwona kieszka pasuje do łaty nad kostką. Siwy wąsacz nosi granatowy płaszcz podszyty futrem, bogacz zaś do złocistego kołnierza dobrał trzewiki w tym samym kolorze.

Uderza tu nadmiar wystudiowanych gestów: wyciągnięta ręka starca, mistyczna poza matki, jakby ze sceny ofiarowania, omdlenie chłopca, przygnębienie ludzi stłoczonych na drugim planie, ich przygarbione plecy, spuszczone oczy i pomięte od płaczu twarze. Na tym obrazie nawet zasłona jest przerysowana. Przypomina tro-

chę kotarę z Teatru Starego w Krakowie. W gęstej opowieści widz odruchowo rozgląda się za spokojem, wytchnieniem. Bo człowiek bezwiednie poszukuje w chaosie umiarkowania, w nieporządku – symetrii, surowej formy wśród dekorum. Zmęczone oczy wyczekują jakiegoś uproszczenia, dyscypliny, ładu. Nagle natrafiają na ciemną plamę w lewym górnym rogu. I doznają olśnienia. W cieniu, na podwyższeniu, tam gdzie kolumny tworzą ciasny szereg, można dostrzec fragment posągu Kazimierza Wielkiego. Z zamieszania, miszmaszu, szat pochodzących z różnych okresów historycznych, ze scenicznych min i teatralnych gestów wynurza się sarkofag „króla chłopów”. I nabiera mocy Rembrandtowskiej plamki.

Można oglądać w Muzeum Śląska Opolskiego w Opolu.

Agnieszka KANIA



Antoni Kozakiewicz - „Groby królewskie”



Protest samorządów medycznych umiera na naszych oczach. Rządzący udają, że chcą jeszcze rozmawiać, ale wszystko wskazuje na to, że tak naprawdę nie mają nam nic do zaproponowania.

O tych sprawach traktuje szereg materiałów, które zamieszczam w bieżącym numerze naszego Biuletynu. Wiem, że pewnie część z Was czuje znużenie tymi problemami, ale pamiętajmy, że mają one bezpośredni wpływ na to, w jakich warunkach i jak będą pracować w niedalekiej przyszłości lekarze, pielęgniarki, ratownicy i inni fachowi pracownicy medyczni. Smutne to wszystko! Nie tak wyobrażaliśmy sobie czas naszej pracy zawodowej. Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej na łamach „Rzeczpospolitej” (patrz wewnątrz Biuletynu) przedstawił warunki, jakie należałoby spełnić, aby nam pracowało się lepiej, a nasi pacjenci czuli się bezpiecznie zaopiekowani. Czy

te argumenty dotrą wreszcie do elit politycznych? Brakuje mi już optymizmu.

Odrębnym tematem są wybory delegatów IX kadencji na Zjazd, który wybierze nowe władze naszej Izby. Od lat narasta we mnie przekonanie, że Wasze wybory są nieco przypadkowe, a nasi wybrańcy nie mają nic specjalnie ciekawego do zaproponowania środowisku. Listy kandydatów są już zamknięte, więc w pewnym sensie jest już „po herbacie”. Ale jeśli wybrani przez Was delegaci będą tylko (jak część sali w Sejmie) bezrefleksyjnie podnosić ręce w głosowaniach, to nic się specjalnie nie zmieni. Namawiam do odpytywania kandydatów do organów naszej izby, co zrobili dla nas dotychczas i jakie mają plany na przyszłość – to może być ciekawa konfrontacja.

Życząc miłej i ciekawej lektury żegnam się do następnego numeru.

*Jerzy B. LACH*

Seniorzy!

Ostatnia informacja o naszych spotkaniach ukazała się w marcowym (2020 r.) Biuletynie naszej Izby. Chodziło o Spotkanie Wiosenne 28.04 i wycieczkę do Ojcowy 11.05.2020 r. Obie imprezy nie odbyły się, z powodu pandemii. Aktualne warunki epidemiologiczne pozwalają przypuszczać, że mamy szansę się spotkać.

W związku z tym Komisja ds. Lekarzy Seniorów PLANUJE i ZAPRASZA na Spotkanie Przedwigilijne, które od-

będzie się 11 grudnia (sobota) o godz.13.00, w Restauracji CZARDASZ w Opolu, przy ul. Katowickiej 55 (obok Biedronki). W czasie spotkania, lekarzom-seniorom, którym w bieżącym roku upłynął 50-letni okres od otrzymania dyplomu lekarskiego, zostaną wręczone odpowiednie insygnia.

Prosimy o zgłaszanie uczestnictwa do 7 grudnia br. w Biurze Izby, tel.77/453-59-39. Pozdrawiam serdecznie

*Przewodniczący Komisji  
Dr med. Tadeusz CHOWANIEC*



Koleżanki! Koledzy!

Listopadowe dni nieodłącznie kojarzą się ze Świętem Zmarłych. I choć te święta są co roku, to mimo wszystko są inne. Mamy drugi rok trwania pandemii i wiele Koleżanek, Kolegów odeszło na wieczny dyżur. Niektórzy z Nich nie pokonali choroby zwanej potocznie COVID-em 19. Byli aktywni, pełni wiary, że wiele jeszcze dokonają w swoim życiu i teraz nie ma Ich wśród Nas. Pamiętajmy o Nich nie tylko w te listopadowe dni...

Chcę także wspomnieć o proteście medyków i Białym Miasteczku. Gdy piszę te słowa rozmowy się już nie toczą, a los Białego Miasteczka jest pod znakiem zapyta-

## SZPALTA PREZESA

nia. Relacje z Ministrem Zdrowia wskazują na brak woli rozwiązania problemów polskiej ochrony zdrowia. Mimo wielkiego zaangażowania Ogólnopolskiego Komitetu Protestacyjno-Strajkowego, ogromu pracy włożonej w przedstawienie faktów, liczb i innych dokumentów dla strony rządowej, obrazujących realia ochrony zdrowia, mieliśmy do czynienia z dialogiem pozorowanym. Kompromis, który zapewniłby stabilność systemu ochrony zdrowia w Polsce nie został osiągnięty, a tymczasem czwarta fala przybiera na sile. Nasze województwo nie może pochwalić się dużym wyszczepieniem ludności, podobnie jak inne regiony kraju. Podejmowane są próby przez naszych lekarzy, jak chociażby łączenie szczepień





z koncertowaniem na ulicach Opola (mam tu na myśli akcję „Doktory grają, doktory szczepią”), ale efekty tych wysiłków w wymiarze szczepień marne, choć sam koncert znamienity. Co jeszcze można zrobić, by zachęcić niezaszczepionych do szczepień? Jeśli ktoś ma dobre pomysły, zachęcam do kontaktu ze mną.

I w końcu wybory delegatów do IX kadencji. Listy kandydatów są już zamknięte, teraz nadszedł czas na głoso-

wanie na Koleżanki i Kolegów. Szkoda, że w niektórych okręgach wyborczych nie wszystkie miejsca zostały wypełnione kandydatami. Proszę pamiętać, że nic samo się nie robi. Potrzebni są ludzie, którzy znajdą czas i chęć, by podzielać w naszej wspólnej sprawie. Zachęcam do oddawania głosów i życzę mądrych wyborów.

Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

## CO SŁYCHAĆ W IZBIE

### HISTORIA OBRAZU JANA MATEJKI „BITWA POD GRUNWALDEM”



Obraz „Bitwa pod Grunwaldem” malował Jan Matejko przez 4 lata (1875-78) w swojej pracowni w Krakowie przy ulicy Floriańskiej. Po jego zakończeniu jesienią 1878 r. w jego pracowni zjawili się 10 robotników, którzy nawinęli płótno na specjalnie przygotowany walec i przenieśli je do krakowskiego ratusza (obecnie krakowski ratusz już nie istnieje, pozostała tylko wieża ratuszowa). Po odsłonięciu obrazu wszystkich ogarnął nie do opisania zachwyt i entuzjazm.

#### Opis obrazu „Bitwa pod Grunwaldem”

Centralną postacią obrazu jest Wielki Książę Litewski Witold ubrany w czerwony strój. Na głowie ma mitrę z krzyżem (Litwa została ochrzczona podczas ślubu Władysława Jagiełły z Jadwigą). W rękę Witold dzierży wzniesiony triumfalnie ku górze miecz.

Po stronie lewej widzimy Wielkiego Mistrza krzyżackiego Ulrika von Jungingena starającego się okiełznać stojącego dęba konia. Mistrza krzyżackiego atakuje topo-

rem pieszy wojownik. Jest on odziany w czerwony strój przypominający postać kata. Drugim atakującym jest rycerz trzymający w ręce włócznię (ma ona symbolizować włócznię św. Maurycego ofiarowaną królowi Bolesławowi Chrobremu przez cesarza Ottona III). Z odsieczą Ulrikowi pędzi na czarnym koniu książę szczeciński Kazimierz V (Polacy również brali udział w bitwie pod Grunwaldem po stronie krzyżackiej). Księcia szczecińskiego Kazimierza V możemy rozpoznać po pęku pawich piór na hełmie.

W bitwie pod Grunwaldem walczył kwiat rycerstwa europejskiego. Na obrazie możemy odnaleźć znakomite postacie jak: Zawiszę Czarnego z Grabowa, Zyndrama z Maszkowic, jak też sławnego Czecha Jana Žižkę (był on Husytą, oddziały czeskie licznie walczyły po stronie polskiej).

Na dalszym planie po lewej stronie obrazu widzimy płonący obóz krzyżacki z zabudowaniami wsi Stembark z charakterystycznym młynem. Natomiast po stronie prawej na niewielkim pagórku ze swoją świtą stoi w lśniącej zbroi król Władysław Jagiełło trzymający w ręku chorągiew. Zgodnie z kanonami średniowiecznymi Jagiełło nie brał bezpośrednio udziału w bitwie tylko wydawał komendy.

Bitwa nie mogła się odbyć bez elementów boskich. Rolę pośrednika z Bogiem w obrazie Jana Matejki pełni postać biskupa Stanisława Szczepanowskiego patrona Polski zamordowanego przez króla Bolesława Śmiałego.

Wystawienie obrazu „Bitwa pod Grunwaldem” w Krakowie wzbudziło ogromny zachwyt i zainteresowanie. Czas oczeki-



Obraz Jana Matejki: Bitwa pod Grunwaldem

wania na jego podziwianie trwało kilka godzin, a niektórzy pasjonaci przychodzili aby je oglądać po kilka razy. Niektórzy krytycy utyskiwali na nadmiar postaci i epizodów, natomiast większość oglądających wyrażała opinię, że jeżeli kiedykolwiek jakiś malarz zasługiwał na miano narodowego to jest to twórca „Bitwy pod Grunwaldem”. W latach 1878-79 obraz odbył triumfalne tournée po Warszawie, Lwowie, Petersburgu, Budapeszcie i Paryżu, gdzie wszędzie podkreślano piękno i monumentalność dzieła.

W roku 1878 Jana Matejkę uhonorowano „Złotym Berłem” za panowanie nad sztuką, które wręczono uroczystie na Wawelu.

P. S.

• Jan Matejko malował obraz opierając się na „kronikach” Jana Długosza.

• W „Bitwie pod Grunwaldem” po stronie polskiej brały udział oddziały tatarskie, dlatego Krzyżacy domagali się od papieża rzucenia klątwy na Władysława Jagiełłę.

• Jan Matejko zmarł w 1893 r. z powodu krwotoku wrzodu żołądka. Został pochowany w pięknej kaplicy stojącej na środku głównej alei na Cmentarzu Rakowickim. Jego pogrzebowi towarzyszyło bicie dzwonów Zygmunta (namalował w przeszłości piękny obraz pt. „Zawieszenie dzwonu Zygmunta”).

• Jan Matejko nie wyraził zgody na pochowanie w nekropolii wybitnych Polaków w kościele na Skałce (tam król Bolesław Śmiały zabił biskupa Stanisława Szczepanowskiego Patrona Polski). Powodem decyzji Jana Matejki, był fakt że w kościele na Skałce był już pochowany wybitny pisarz Józef Ignacy Kraszewski, z którym Jan Matejko był skonfliktowany.

*dr hab. n. med. Janusz KUBICKI*

## CO PISZĄ INNI

## NIE TRAĆMY JUŻ CZASU

Dobra organizacja nie oznacza trzymania wszystkiego silną ręką

12% lekarzy i lekarzy dentystów nosi się z zamiarem odejścia z miejsca pracy, tyle samo rozważa wyjazd za granicę. 8% myśli o rezygnacji z zawodu, a 34% o ograniczeniu aktywności zawodowej\*. W świetle obecnej bardzo trudnej sytuacji kadrowej w ochronie zdrowia takie dane są kolejnym sygnałem ostrzegawczym i wezwaniem do szybkich i przemyślanych działań. Mogą one powstać tylko po partnerskim dialogu z reprezentatywnymi przedstawicielami środowiska lekarskiego.

Znalezienie konsensu jest w interesie pacjentów i medyków, o czym pisałem w artykule „Nie można tak lekceważyć lekarzy” w „Rzeczpospolitej” z 28 września.

### **Inwestycja, a nie koszt**

W czasie pandemii przekonaliśmy się, że gdy system zawiódł, gdy nie było odpowiedniego sprzętu, zabezpieczeń, procedur i wytycznych, medycy mogli liczyć tylko na siebie i stanęli na wysokości zadania. Polskie doświadczenia potwierdzają się w międzynarodowych badaniach. Nic więc dziwnego, że w warunkach wynikających z projektu badawczego prowadzonego przez The World Economic Forum i London School of Economics na temat zrównoważonego i odpornego systemu ochrony zdrowia na czołowym miejscu znalazło się stwierdzenie, że warunkiem wstępnym stworzenia silnego i odpornego systemu ochrony zdrowia jest inwestowanie w kadry medyczne.

W krajach OECD „popandemiczne” dodatkowe inwestycje w ochronę zdrowia ocenia się na między 0,5 a 3,4% PKB (średnio na poziomie 1,5% GDP). Celem jest

lepsza ochrona społeczeństwa i gospodarki przed skutkami spodziewanych kolejnych pandemii i minimalizowanie ryzyka, przy czym szacuje się, że inwestycja 1 USD w poprawę zdrowia przynosi korzyść ekonomiczną na poziomie 2-4 USD.

A więc zdrowie to nie koszt, lecz inwestycja. To stwierdzenie wydaje się oczywiste, ale gdy przyjrzeć się polityce kolejnych ekip rządowych, można odnieść wrażenie, że zwolenników raczej nie miało i nie ma, a jeśli, to bardziej w sferze deklaracji.

### **Kadry a system**

Dużo już o koniecznych zmianach w ochronie zdrowia powiedziano i napisano. Za nami setki godzin seminariów, konferencji i debat. Wiele wniosków i recept powtarza się, a odczuwalnych zmian nie doświadczają ani pacjenci, ani medycy.

Warto więc może umówić się co do kilku punktów.

1. Ochrona zdrowia to specyficzna dziedzina usług profesjonalnych, usług świadczonych indywidualnie. Zasadnicze znaczenie dla niej ma więc personel, czyli „usługodawcy” - ich liczba oraz kompetencje. W tej dziedzinie nie można po prostu zwiększyć wydajności pracy, a możliwości automatyzacji, w przeciwieństwie do stery produkcji, są ograniczone.

2. Procesy diagnostyczno-terapeutyczne, to nie tylko seria czynności medycznych, ale także bardzo ważny kontakt z pacjentem, wsparcie emocjonalne, dobre poinformowanie o stanie zdrowia, przekazanie wiedzy o sposobie postępowania. Ta część działań znacząco wpływa na ocenę systemu ochrony zdrowia przez pacjentów.

3. Liczba personelu nie przekłada się automatycznie na jakość systemu ochrony zdrowia, ale jego wysoka ocena jest częstsza w krajach, w których personelu, szczególnie personelu średniego, jest więcej.

4. By system ochrony zdrowia dobrze działał, poza odpowiednią liczbą personelu potrzeba dobrej organizacji. Przy czym dobra organizacja nie oznacza „ręcznego sterowania” i „trzymania wszystkiego silną ręką”. Dobra organizacja oznacza, że uczestnicy systemu (podmioty, osoby) znają swoje role i angażują się z pełni w ich realizację. To również dobra współpraca wszystkich zawodów medycznych jako gwarancja jakości świadczeń.

5. Wobec trudności zwiększania wydajności pracy, bardzo ważne jest odpowiednie przypisanie zadań i ról. Dlatego niezwykle pilne i ważne jest wprowadzenie rozwiązań odciążających personel medyczny od zadań, które mogą wykonywać osoby o mniej specjalistycznych kwalifikacjach. Najważniejszym obszarem jest tworzenie dokumentacji (niezbędnej z powodów medycznych i prawnych), ale dotyczy to także czynności związanych z zaspokajaniem emocjonalnych potrzeb pacjenta (rozmowy, edukacja, informowanie), zarządzania i organizacji pracy.

6. Pracownicy ochrony zdrowia należą do kategorii tzw. pracowników wiedzy. Osoby takie muszą aktywnie wykorzystywać swoją profesjonalną wiedzę i aplikować ją do okoliczności, a przede wszystkim indywidualnych pacjentów. Tacy pracownicy, muszą być odpowiednio zmotywowani, posiadać wysoki poziom etyki zawodowej i etos pracy. Frustracja, spadek motywacji, upadek morale, bardzo silnie odbijają się na jakości pracy „pracowników wiedzy”

7. Profesjonaliści medyczni jako „pracownicy wiedzy” powinni być dobrze i sprawiedliwie wynagradzani. Ich ścieżka zawodowa powinna być przewidywalna i zależeć od zaangażowania oraz zdolności. Atmosfera pracy, samodzielność decyzji, możliwość uzyskania rozpoznawalności w środowisku i w oczach pacjentów, to przykłady elementów, które motywują tę grupę pracowników i są niezbędne (obok wynagrodzeń) do właściwego wykorzystania ich potencjału.

8. Dla „pracowników wiedzy” ogromnym zagrożeniem jest wypalenie zawodowe. Należy za wszelką cenę zapobiegać mu, bo bardzo często dotyczy to osób wyjątkowo zaangażowanych w swoją pracę, w szczytach ich możliwości zawodowych, a skutkuje utratą tych osób z rynku pracy lub pracą poniżej możliwości i kompetencji.

9. Medycyna musi być oparta na dowodach naukowych, a nie na strachu przed prokuratorem, dlatego konieczne jest cofnięcie zmian w kodeksie karnym wymierzonych przeciwko lekarzom (art. 37a k.k. z 2020 r. i 155 k.k. z 2019 r.), a także wprowadzenie rozwiązań odpowiadających idei *no fault* w sposób rzeczywisty, a nie pozorowany.

10. Organy państwa powinny szybko i stanowczo reagować na wszelkie przejawy agresji wobec medyków, a także skutecznie zapobiegać szerzeniu dezinformacji

zagrożającej zdrowiu publicznemu i podważającej zaufanie do medycyny opartej na dowodach (zwłaszcza dotyczy to pandemii i szczepień).

11. Konieczne jest pilne wprowadzenie w edukacji szkolnej regularnych zajęć poświęconych zdrowiu i profilaktyce, by kształtować wśród obywateli poczucie odpowiedzialności za ich zdrowie. Zdrowie pacjenta zależy od niego samego, a nie od medyka.

Punkty te wyznaczają obszary wymagające szybkich i konkretnych decyzji, jeśli poważnie myśli się o wsparciu kadry medycznej i zdrowej przyszłości obywateli. Niektóre pomysły już próbuje się wprowadzać w życie, ale gdy okiem medyka przyjrzeć się szczegółom, pojawiają się poważne zastrzeżenia.

### **Tak samo nie znaczy to samo**

Okazuje się, że choć mówimy tak samo, nie znaczy, że mówimy to samo. Przykładem są propozycje „restrukturyzacji” kompetencji zawodów medycznych. To właściwy kierunek i jako samorząd lekarski popieramy go, ale z niepokojem obserwujemy, że słuszna idea w praktyce może być wypaczona, prowadząc do „felczeryzacji” medycyny.

Nie jest np. dobrym rozwiązaniem wprowadzenie asystenta chirurga, który będzie dublował zadania rezydenta i uniemożliwiał mu zdobywanie umiejętności praktycznych. Nie jest też właściwym kierunkiem dodawanie do zadań opiekuna medycznego kompetencji pielęgniarskich (na dodatek w przyspieszonym trybie nauczania) zamiast zadbać o pozyskanie odpowiedniej grupy osób do tego zawodu (także dzięki zachętom finansowym), aby pielęgniarki nie musiały poświęcać czasu na prace opiekuńcze, lecz mogły wykorzystać go na czynności stricte medyczne, też przejmowane od lekarzy.

Sformułowana już ponad dwa lata temu (i wpisana do rekomendacji projektu „Wspólnie dla zdrowia”, nad którym wiele miesięcy pracowała rzesza medyków i ekspertów) idea powołania asystenta medycznego czy też sekretarza medycznego/sekretarki medycznej, której wszyscy przyklasaliśmy, do tej pory nie została wprowadzona w życie jako rozwiązanie systemowe, co ważne, wsparte odpowiednimi finansami.

Pacjenci – i słusznie – nie czują się zaopiekowani. Badania pokazują, że brakuje im zrozumiałej informacji, przejawów empatii, bezpośredniego kontaktu, wsparcia nie tylko w procesie powrotu do zdrowia, ale i w profilaktyce. W tych rolach doskonale mogą zastąpić lekarzy inni pracownicy, pomagający w zdrowieniu pacjenta, ułatwiający jemu i rodzinie poruszanie się po systemie ochrony zdrowia. Brakuje konsultantów cyfrowych, specjalistów łączących wiedzę medyczną z kompetencjami z obszaru informatyki. Potrzeba analityków danych, specjalistów opieki zintegrowanej, edukatorów zdrowia. Ale nie wystarczy tego zadekretować. Trzeba stworzyć możliwości sfinansowania nowych miejsc pracy, nie mówiąc o konieczności urealnienia wyceny świadczeń, które nie nadążają za rosnącymi kosztami.



### To racja stanu

Rzeczywistości nie da się zaczarować. Potrzebne są pieniądze, decyzje organizacyjne na szczeblu rządowym (choćby koordynacja polityki zdrowotnej z polityką społeczną). Tracimy czas. Zanim na rynek pracy wejdą nowe roczniki absolwentów studiów medycznych, można by zadbać o „małe i szybkie zwycięstwa”. Brakuje konkretnych działań ustalonych w partnerskim dialogu z reprezentatywnymi przedstawicielami zawodów medycznych.

Powstają kolejne opasłe strategiczne dokumenty, w których powtarzane są te same tezy; a opieka zdrowotna coraz bardziej nam karleje, choć wiadomo, że zdrowie to nasza racja stanu. Cenne zasoby i fundament każdego systemu ochrony zdrowia, czyli kadry są spychane na drugi plan. Można odnieść wrażenie, że decydenci urządziliby doskonałą ochronę zdrowia, gdyby nie „roszczeniowi” medycy. W naszym zawodzie, gdy w grę wchodzi ludzkie życie, poprzeczka kompetencji musi być wysoko ustawiona, tego samego oczekujemy od rządzących. To też jest element budowy zaufania. Nie służy temu narzucanie rozwiązań, przepychanie ustaw, niedopuszczanie do wysłuchań publicznych podczas prac parlamentarnych, a gdy zmiany nie przynoszą oczekiwanych efektów, zrzućcie winy na tych „co na dole”, którzy nie chcą lub nie potrafią podołać wyzwaniom.

Gdy rozwiązania są niedopracowane, wycinkowe, gdy brakuje na nie pieniędzy, to są jedynie odhaczonym punktem programów czy strategii. Rośnie niezadowolenie pacjentów, których oczekiwania zwiększyły się pod wpływem zapowiedzi i obietnic polityków. Rośnie frustracja wśród medyków i jako kraj lokujemy się na zawstydzająco niskiej pozycji na tle Europy. To poniżej naszych możliwości i aspiracji. Oby się nie okazało, że polska kadra medyczna będzie realizować swoje ambicje zawodowe, ale za granicą. Bo coraz trudniej będzie medykowi postępować zgodnie z sumieniem i maksymą Hipokratesa „Zdrowie chorego najwyższym prawem”, jeśli ciężar tej odpowiedzialności ma dźwigać tylko on, bez wsparcia całego systemu ochrony zdrowia, za który odpowiadają politycy.

\* - Badanie przeprowadził w lipcu 2021 r. zespół naukowców tj. prof. Beata Buchelt z Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, prof. Iwona Kowalska-Bobko z Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum oraz prof. Tomasz Masłyka z Akademii Górniczo-Hutniczej przy współpracy z Naczelną Izbą Lekarską. W badaniu wzięło udział 2144 lekarzy i lekarzy dentyistów.

Andrzej MATYJA  
(przedruk z „Rzeczypospolitej” z 12.X.2021 r.)

## RADA MEDYCZNA PRZY PREMIERZE – RADZI, ALE NIE DECYDUJE

Minął już prawie rok od ustanowienia przez premiera Mateusza Morawieckiego Rady Medycznej do Spraw COVID-19. Wówczas, w listopadzie 2020 r., długo wyczekiwanej, bo rządowe decyzje dotyczące strategii walki z epidemią były oparte na opiniach anonimowych ekspertów. Jednak mimo że eksperci są teraz znani, decyzje rządu nadal pozostają arbitralne, a rekomendacje rady często są puszczane mimo uszu.

Rada Medyczna powstała na mocy zarządzenia premiera z 6 listopada 2020 r. Na jej czele stanął prof. Andrzej Horban, doświadczony i szanowany specjalista chorób zakaźnych, konsultant krajowy w tej dziedzinie. Do zespołu dołączono jeszcze 17 osób, przede wszystkim zakaźników i epidemiologów.

– Czujemy się przedstawicielami zakaźników i lekarzy zajmujących się COVID-19, ponieważ wszyscy pracujemy w miejscach, które były centrami epidemii. Trudno powiedzieć, że reprezentuję wszystkich lekarzy. Jednak większość zdrowo myślących ludzi ma takie samo jak my zdanie np. o obowiązkowych szczepieniach personelu medycznego – wyjaśnia w rozmowie z „Pulsem” prof. dr hab. n. med. Magdalena Marczyńska, członkini Rady Medycznej, kierowniczka Kliniki Chorób Zakaźnych Wieku Dziecięcego Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Premier Morawiecki już wcześniej korzystał z porad ekspertów, jednak nie było wiadomo których. Dopiero jesienią ubiegłego roku ogłosił na Facebooku: „Często pytają mnie Państwo, kim są ci mityczni eksperci, z którymi rząd konsultuje kolejne kroki w walce z epidemią. Czas ich przedstawić”. Była to reakcja na zarzut, że decyzje dotyczące działań władz (niektóre dziś wydają się absurdalne, np. zamykanie lasów) są nieprzemyślane.

Ale i tak popularny w mediach ekspert dr Paweł Grzesiowski oceniał wówczas na Twitterze, że skład rady, ograniczający się do ekspertów ds. epidemii i chorób zakaźnych, nie odzwierciedla skali problemu, z jakim zmagają się funkcjonujący w tych trudnych warunkach system ochrony zdrowia: „Nikommu niczego nie ujmując, obszar chorób zakaźnych i wirusologii to niewielka część problemu COVID-19. A gdzie interniści, pulmonolodzy, immunolodzy, kardiologowie, specjaliści od choroby zakrzepowej, specjaliści medycyny ratunkowej, medycyny katastrof, diagnostyki laboratoryjnej, pielęgniarstwa, fizjoterapii?”. Z dzisiejszej perspektywy wiceprezes ORL w Warszawie dr n. med. Tomasz Imiela ocenia skład Rady Medycznej tak: – Wydaje mi się, że brakuje w niej głosu przedstawicieli pacjentów, np. rzecznika praw pacjentów.

Zgodnie z własnym zarządzeniem premier ma dużą swobodę w ustalaniu składu rady. – Wymagania wobec kandyda-



tów są formułowane bardzo ogólnie. Wiedza i doświadczenie tych osób musi dawać rękojmię prawidłowego wykonywania zadań rady – mówi specjalista prawa konstytucyjnego i administracyjnego prof. Marek Chmaj z SWPS. Na szczęście premier postawił na osoby kompetentne.

### **Prawie jednogłośnie**

Zgodnie z przepisami zawartymi w zarządzeniu premiera, do zadań rady należy: dokonywanie analiz i ocen, przygotowywanie i przedstawianie propozycji działań, opiniowanie projektów aktów prawnych oraz innych dokumentów rządowych. Wszystko to rzecz jasna w kontekście pracy państwa nad zwalczaniem epidemii COVID-19.

– Rada ma dosyć dużą swobodę w opracowywaniu stanowisk i sama ustala, jaką większością je przyjmuje – tłumaczy prof. Chmaj. Doświadczenie prof. Marczyńskiej wskazuje natomiast, że ta większość jest zwykle zdecydowana, a część stanowisk przyjmuje się jednogłośnie. Przegląd informacji na stronie internetowej rady wskazuje, że prawie roczna jej działalność zaowocowała dwudziestoma stanowiskami i pięcioma komunikatami. Może się wydawać, że to niewiele, ale taka opinia byłaby niesprawiedliwym uproszczeniem. Członkowie rady działają bez przerwy, nawet jeśli spotkania z premierem nie odbywają się zbyt często. – Codziennie wymieniamy się mailami, esemesami, wiadomościami na WhatsAppie. Początki były szczególnie trudne. Kończyliśmy korespondencję około drugiej w nocy, a o piątej rano przychodziła już kolejna. Wtedy prowadziliśmy wyścig z czasem, żeby coś osiągnąć w zakresie leczenia i miejsca na leczenie – twierdzi Magdalena Marczyńska. – Dziś czytamy różne publikacje i nawzajem je sobie przesyłamy, bierzemy pod uwagę oceny innych instytucji, czasem prosimy o stanowiska ekspertów, uwzględniamy wiele ekspertyz. Piszą do nas zarówno przedstawiciele towarzystw naukowych, organizacji pacjenckich, jak i samorządów zawodowych. Z tymi dokumentami też gremialnie się zapoznajemy i z reguły odpowiadamy na nie.

### **Co wolno wojewodzie...**

A gdy na podstawie tej ogromnej bazy wiedzy Rada Medyczna sformułuje rekomendację... premier albo ją przyjmie, albo nie. Zgodnie z przepisami opinie rady nie są dla niego wiążące. Praktyka dowodzi, że ważniejsze dla szefa rządu i dla ministra zdrowia mogą być opinie płynące z zupełnie innego źródła. Jeszcze w sierpniu Adam Niedzielski w rozmowie z RMF FM twierdził, że lekarze doradzający premierowi Mateuszowi Morawieckiemu rekomendują rozważenie podania trzeciej dawki szczepionki „grupom najbardziej narażonym”. On sam nie był do tego przekonany. – Staram się wyważyć, ile w tym jest korzyści dla zdrowia publicznego, a ile dla koncernów farmaceutycznych – zapewniał minister zdrowia. Prof. Marczyńska dementowała wówczas słowa ministra, bo formalnie opinii rady na ten temat nie było. Ale zamieszanie mogło skłaniać do refleksji, że polityków kusi, by radę traktować instrumentalnie, nawet jako kozła ofiarnego

w przypadku niepopularnych decyzji. Takie niebezpieczeństwo widzi Marek Chmaj: – Politycy lubią mieć wiele organów, które opiniują ich działania, bo dają im tzw. podkładkę konkretnych działań politycznych. W praktyce z tej „podkładki” korzystają tylko wtedy, kiedy jest im to na rękę. Poza tym w opinii prawnika rada stanowi przykład dublowania kompetencji innych ciał doradczych. Podobnego zdania jest Tomasz Imiela. – Już wcześniej pracowały osoby i instytucje, które mogą doradzać – krajowy konsultant ds. chorób zakaźnych, towarzystwa naukowe, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Rozumiem jednak, że podczas pandemii premier i minister zdrowia, który nie jest lekarzem, chcieli korzystać z oglądu sytuacji dokonywanego przez szersze grono specjalistów, więc nie będą decyzji o powołaniu rady krytykować – powiedział w rozmowie z „Pulsem”.

Są jednak sytuacje, kiedy głos ekspertów w kwestiach medycznych kontrolują specjaliści, dla których dobro pacjenta nie jest najważniejsze. Nie da się ukryć, że decyzje rządowe dotyczące walki z pandemią były, są i będą niepopularne, zawsze bowiem znajdzie się ktoś przez nie dotknięty. Domeną polityki jest zaś walka o wyborcę. Dlatego zmagania z pandemią schodzą często na dalszy plan. Senator Stanisław Karczewski (lekarz) na początku tego roku przyznał, że rząd pozwolił na przyloty Polaków z Wielkiej Brytanii na święta, bo bał się hejtu. Tymczasem właśnie brytyjska odmiana koronawirusa przyczyniła się do śmiertelnego żniwa trzeciej fali. Wyciek maili ze skrzynki szefa Kancelarii Premiera Michała Dworczyka także pokazuje priorytety. W jednej z mailowych dyskusji dotyczącej obostrzeń brał udział ekspert marketingu politycznego, szef Centrum Analiz Strategicznych prof. Norbert Maliszewski, który radził w połowie grudnia: „Jak zamknijemy galerie, to przyznajemy się do błędu, że otworzyliśmy 29 listopada”.

Pewnie dlatego na pytanie, czy członkowie Rady Medycznej są usatysfakcjonowani sposobem wcielania w życie ich rekomendacji, Magdalena Marczyńska odpowiada dyplomatycznie: – Podczas spotkań czujemy się wysłuchani, ale decyzje, czego dowodzi praktyka, nie zależą tylko od naszych rekomendacji.

Wydaje się jednak, że zwiększenie mocy decyzyjnej Rady Medycznej z ustrojowego punktu widzenia jest dziś niemożliwe. – Jeśli rada wydaje jasne zalecenia, a nie są one realizowane, jest to zastanawiające. Z drugiej strony trudno, by premier stosował się do każdej rady ekspertów, ostatecznie on ponosi polityczną odpowiedzialność. Gdyby Rada Medyczna też ją ponosiła, nie jestem pewien, czy jej członkowie chcieliby nadal piastować swoje stanowiska – ocenia Tomasz Imiela. – Jednak dobrze by było, żeby rekomendacje konsultowano z czynnikami politycznymi i brano pod uwagę. Jeśli zaś są publikowane, a rząd ich nie wciela w życie, rodzi się chaos.

Michał NIEPYTAŁSKI  
(przedruk z „Pulsu” nr 10/21)



# RZECZ O DIALOGU

Protestujący od 11 września chcą rozmawiać o konkretnych. O propozycjach rządu lub możliwościach realizacji postulatów, sformułowanych i przedstawionych przez Komitet Protestacyjno-Strajkowy Pracowników Ochrony Zdrowia. Rząd też chce rozmawiać – o tym jak, gdzie i z kim rozmawiać. Pytanie, czy te dwie proste mają szansę w pewnym momencie się przeciąć?

Protestujący od 11 września chcą rozmawiać o konkretnych. O propozycjach rządu lub możliwościach realizacji postulatów, sformułowanych i przedstawionych przez Komitet Protestacyjno-Strajkowy Pracowników Ochrony Zdrowia. Rząd też chce rozmawiać – o tym jak, gdzie i z kim rozmawiać. Pytanie, czy te dwie proste mają szansę w pewnym momencie się przeciąć?

Minister zdrowia Adam Niedzielski nie ukrywa, w jakich warunkach toczyłby się optymalny, z jego punktu widzenia, dialog. – W ramach Zespołu Trójstronnego mamy związek zawodowy „Solidarność”, związek zawodowy OPZZ, mamy pracodawców, którzy nie uczestniczą w protestach, i my z nimi również prowadzimy dialog na temat budowania takiej ścieżki wzrostu wynagrodzeń, która będzie wykorzystywała fakt, że nakłady na zdrowie w najbliższych latach będą rosły do poziomu 7 proc. PKB – podkreśla minister zdrowia. – Chcieliśmy też zaprosić Komitet Protestacyjny do rozmowy trójstronnej, która będzie uwzględniała nie tylko punkt widzenia wybranej grupy znajdującej się w Komitecie Protestacyjnym, ale całości środowiska i to nie tylko środowiska po stronie związków zawodowych, ale też po stronie pracodawców, bo rozwiązania wypracowywane bez wspólnego spojrzenia bardzo często są potem kontestowane przez pozostałe strony, które w tych porozumieniach nie uczestniczą.

Innymi słowy, minister zaprasza do dialogu w gremiach, z których organizacje pracowników ochrony zdrowia – wszystkie, a z całą pewnością reprezentujące największe, kluczowe grupy zawodowe: lekarzy, lekarzy dentystów oraz pielęgniarki i położne, są systemowo wykluczone. W każdym razie nie mogą brać udziału w rozmowach jak pełnoprawni partnerzy, gdyż nie spełniają kryterium reprezentatywności. Warto pamiętać, że rozmowy – choćby na temat projektu zmian w ustawie o wynagrodzeniach minimalnych – toczyły się od pierwszych miesięcy 2021 r. właśnie w ramach Zespołu Trójstronnego i Rady Dialogu Społecznego, a ich rezultaty (ostateczny kształt ustawy uchwalony przez Sejm) okazały się zapalnikiem niezadowolenia, którego wyrazem stała się manifestacja 11 września i „białe miasteczko” 2.0.

Oczywiście, trudno odmówić ministrowi zdrowia racji, że w rozmowach o kluczowych dla systemu zagadnieniach powinni uczestniczyć wszyscy zainteresowani. Nie można jednak nie zauważyć, że mówiąc „wszyscy”, minister nie gwarantuje, że gdy przyjdzie do podejmowania decyzji, głos

(znów!) będzie należał bynajmniej nie do „wszystkich”, lecz do „wybranych”. Tak się składa, że skłonnych do popierania – z takich czy innych względów – stanowiska rządu.

Dwa tygodnie protestu w „białym miasteczku”, mimo że odbyły się dwa spotkania przedstawicieli protestujących z wiceministrem zdrowia Piotrem Bromberem, nie przyniosły przełomu. Komitet Protestacyjno-Strajkowy nie bez racji podkreślił, że przebieg negocjacji wskazuje chęć raczej gry na czas, a nie znalezienia konstruktywnych rozwiązań. Protestujący słyszą, że należy rozmawiać „w szerszym gronie” i na pewno nie o postulatach, bo ich spełnienie kosztowałoby zbyt wiele. Ile dokładnie? Precyzyjnych danych brak, za to rzecznik Ministerstwa Zdrowia zasypuje media informacjami, jakoby miało to być „około 100 mld zł rocznie” lub nawet „104 mld zł w ciągu czterech miesięcy”. Metoda obliczeń nieznana. Gdy protestujący chcą je zweryfikować, natykają się na takie błędy, jak niewłaściwa liczba lekarzy uwzględniająca również wykonujących zawód lekarzy dentystów.

Z drugiej strony trudno nie dostrzec ofensywy ministra zdrowia wobec środowiska lekarskiego. Do rangi symbolu urasta fakt, że dokładnie w tym samym czasie, gdy wiceminister Bromber rozpoczynał rozmowy z protestującymi, Adam Niedzielski ogłaszał w Sanoku, podczas obrad Konferencji Rektorów Wyższych Szkół Niepublicznych, że te szkoły wkrótce uruchomią kierunki lekarskie. Będą kształcić nie tylko pielęgniarki i położne czy ratowników medycznych, ale również lekarzy.

Publicznych wyższych szkół zawodowych jest w Polsce ponad 30, działają przede wszystkim w mniejszych miastach. Mają prawo do prowadzenia studiów zarówno pierwszego, jak i drugiego stopnia, a także jednolitych studiów magisterskich. Nie mogą prowadzić studiów doktoranckich i nadawać tytułu doktora. I ważne zastrzeżenie – kształcą wyłącznie na kierunkach o profilu praktycznym.

Przedstawiciele samorządu lekarskiego zapowiedź ministra oceniają jako pomysł nie tylko chybiony, wręcz niebezpieczny (przede wszystkim dla pacjentów), ale również uderzający w zawód lekarza i lekarza dentysty, a także w poziom kształcenia. Jednak można się spodziewać, że już wkrótce resort zdrowia poda w tej sprawie więcej szczegółów. 28 września Adam Niedzielski ma przedstawić posłom informację o przewidywanych zmianach w kształceniu lekarzy i pielęgniarek, a na ostatnie wrześniowe posiedzenie Sejmu zaplanowano pierwsze czytanie przepisów, które umożliwią wprowadzenie odpłatnych, ale finansowanych z państwowych stypendiów, studiów na kierunkach lekarskich, pod warunkiem odpracowania dziesięciu lat w publicznym systemie ochrony zdrowia i wyboru specjalizacji uznawanej przez rząd za priorytetową.

Zarówno „rozmowy techniczne”, jak i mnożenie ważkich – fundamentalnych wręcz – tematów, które niewąt-





pliwie przyciągają uwagę środowiska lekarskiego (i szerzej – środowisk medycznych), można traktować jak przemysłaną strategię, która ma rozwozić sens i istotę trwającego protestu. Temu samemu służą i będą służyć kolejne informacje o zwiększaniu środków na ochronę zdrowia. Krótko po ogłoszeniu przez ministra zdrowia i prezesa NFZ nowelizacji planu finansowego funduszu o dodatkowy miliard złotych, następny miliard złotych obiecał premier Mateusz Morawiecki. Do końca roku został zaś kluczowy kwartał i można się spodziewać – przede wszystkim dzięki wyraźnie wyższemu niż zakładany (nie tylko pierwotnie, ale nawet w nowelizacji ustawy budżetowej, która trafiła do Sejmu) wzrostowi gospodarczemu (agencje ratingowe przewidują dla Polski ponad 5-proc. wzrost) – że ostatnie trzy miesiące przyniosą kolejne nieuwzględnione w planie miliardy złotych.

To poczucie finansowego „eldorado” w ochronie zdrowia jest oczywiście złudne, bo mowa najwyżej o kilku miliardach złotych, a to kropla w morzu potrzeb i niedoszacowania publicznych nakładów na ochronę zdrowia. Opinia

publiczna może jednak tego nie wiedzieć (zwłaszcza że sondáže, prowadzone w czasie protestu przed Kancelarią Premiera, dowodzą, że Polacy co prawda z całego serca medyków popierają, ale większych obciążeń finansowych na ochronę zdrowia ponosić nie chcą) i po którejś z kolei enuncjacji o miliardach, płynących szerokim strumieniem do szpitali i poradni, mogą się pojawić pytania: o co im chodzi, tym protestującym? Dlaczego ciągle im mało?

Choć z drugiej strony jest równie prawdopodobne, że papierowego dobrobytu nikt nie zdąży zauważyć z powodu kolejnego już zawału systemu ochrony zdrowia, jaki może wywołać w skali krajowej lub regionalnej następna fala pandemii. Eksperci oceniają, że nie jesteśmy do niej wcale lepiej przygotowani niż do tych, które przeszły przez Polskę rok temu i na wiosnę. A sytuacji na pewno nie poprawia napięcie, w jakim pracują medycy. Ministerstwo Zdrowia i rząd zdają się jednak tego aspektu w ogóle nie brać pod uwagę.

Małgorzata SOLECKA  
(przedruk z „Pulsu” nr 10/21)

## KONSyliUM: BIAŁE MIASTECZKO STAŁO SIĘ SPECYFICZNĄ DLA POLSKI FORMĄ PROTESTU PRZECIWKO ZŁEJ ORGANIZACJI OCHRONY ZDROWIA.

Wobec rozbieżności ocen między szeroko pojętym personelem ochrony zdrowia a rządem o tym, czy ochrona zdrowia w Polsce osiągnęła stan zapaści, stan agonalny, czy może ulega poprawie, powinno zdecydować konsylium. Medycy ocenili stan ochrony zdrowia jako stan agonalny, zagrażający zdrowiu publicznemu i żądają spotkania z premierem, czyli odbycia konsylium. Lista postulatów Ogólnopolskiego Komitetu Protestacyjno-Strajkowego to w skrócie osiem punktów: ustalenie najniższego wynagrodzenia zasadniczego, wzrost wyceny świadczeń, zatrudnienie personelu pomocniczego, status funkcjonariusza publicznego, rejestrowanie niepożądanych zdarzeń medycznych, rezygnacja z tworzenia nowych zawodów medycznych, urlopy zdrowotne po piętnastu latach pracy i uchwalenie ustaw o zawodach medycznych oraz medycynie laboratoryjnej.

Rząd póki co prowadzi z protestującymi wojnę propagandową, próbując ich zohydzić w odbiorze społecznym. Szokuje kwota 105 mld. złotych (koszty realizacji postulatów) eksponując przy tym wydatki Narodowego Funduszu Zdrowia na świadczenia zdrowotne w latach ubiegłych z sugestią, że większość kwot zebranych od społeczeństwa w ramach składki (podatku) została przeznaczona na wynagrodzenia. Informacjom o kosmicznych, zdarzających się, wynagrodzeniach, nie towarzyszy jak

zwykle, informacja o mających miejsce trzystu godzinach pracy w miesiącu. Propagandowa gra prowadzi donikąd i może pogłębić agonię publicznej opieki zdrowotnej, przed jej ostatecznym zejściem.

Nagromadzenie absurdów, skłócanie personelu, połączone z brakiem wyobraźni w zarządzaniu, osiągnęło apogeum i jak każdy skomplikowany przypadek medyczny aż się prosi o konsylium. Konsylium to narada lekarzy, mająca na celu ustalenie diagnostyki, badań dodatkowych oraz ostatecznej diagnozy i sposobu terapii, w razie skomplikowanych przypadków medycznych. Dawniej słowem konsylium określano także każdą naradę w ważnej sprawie. Aktualnie termin ten nadużywany jest np. w związku z prowadzeniem tak zwanej szybkiej diagnostyki onkologicznej. Szybka diagnostyka to kolejny dziwny termin, jako że zgodnie z wytycznymi Kodeksu Etyki Lekarskiej każda diagnostyka powinna być szybka, działania lekarskie zaś niezwłoczne. Dyskusja, czy etyka lekarska pozwala na dzielenie diagnostyki na szybką, średnią i wolną jest zatem bezprzedmiotowa. W 2007 r. zdesperowane pielęgniarki protestowały przed kancelarią premiera, w miasteczku, które nazwały Kaczogrodem (teraz 2.0). Skierowano do walki z nimi machinę policyjno-administracyjną, BOR użył kurtyn zagłuszających. Po czterech tygodniach protestu pielę-



gniarki dały za wygraną. Protesty nie przyniosły korzyści pielęgniarcom, ale przyczyniły się do porażki PiS-u.

Minęło lat czternaście i wszystkie zawody medyczne (co należy, wbrew opinii rządzących, uznać za ewolucję w spojrzeniu medyków na problemy publicznego zdrowia oraz zespołowej pracy) znalazły się w białym miasteczku przed kancelarią premiera. Premier nie stawia się na konsylium, odbywając w międzyczasie liczne spotkania, nie przejmując się uciążliwymi sąsiadami. Czyżby wierzył w przysłowie „nic dwa razy się nie zdarzy”? Kolejnym politykom brakuje wyobraźni, by przewidzieć, do czego może doprowadzić rozrywanie naturalnych związków pracowniczych, wynikających z podziału ról, może prowadzić tylko do katastrofy. Nasi koledzy lekarze, którzy już przed wielu laty, w różnych ugrupowaniach politycznych wskazywali, że takie działanie to droga donikąd, nie znaleźli w nich zrozumienia.

Mimo, że posiadamy wszystkie warunki do prowadzenia dialogu i postawienia diagnozy, kolejne rządy pod-

chodzą do organizacji ochrony zdrowia z daleko idącą beztroską. Nie wszystko można kupić i nie wszystko można załatwić w rządowej lecznicy. Przykładem braku wyobraźni polityków jest rozgrywanie samorządu lekarskiego przy pomocy mnożących się adekwatnie do specjalności, związków zawodowych lekarzy różnych specjalności. Strajk anestezjologów w 1999 r. czy protest lekarzy rodzinnych z Porozumienia Zielonogórskiego oraz strajk lekarzy rezydentów, mogą być dowodami w sprawie.

Absurdalnej i idiotycznej myśli, że można zarządzać za pomocą konfliktów tam, gdzie jest potrzebny z całą pewnością spokój, należy położyć kres. Dość ofiar niewydolnego systemu, pora na diagnozę konsylium lekarskiej korporacji, popartą mądrością wszystkich zawodów medycznych... To naprawdę nie jest wesołe miasteczko!

Fabian OBZEJTA

(przedruk z „Panaceum” nr 10/21)

## CO ZROBIĆ, ABY LEKARZE KSZTAŁCENI W POLSCE CHIELI TU PRACOWAĆ

„Tysiące młodych polskich lekarzy wyjechało już z kraju, a kolejni mają takie plany, bo warunki pracy nawet tuż za granicą są o wiele bardziej korzystne niż w nadal niezreformowanej polskiej ochronie zdrowia” - mówi prof. dr hab. n. med. Krzysztof J. Filipiak, od tego roku akademickiego rektor Uczelni Medycznej im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie. Z profesorem rozmawiamy o sposobach wyjścia z kryzysu kadrowego w krajowym systemie ochrony zdrowia.

Pandemia, jak w soczewce, skupiła powszechną uwagę na brakach kadrowych wśród polskich lekarzy. Jakie zmiany są potrzebne, by system ochrony zdrowia lepiej odpowiadał na aspiracje młodych medyków i zmieniające się potrzeby zdrowotne?

Zadaje mi pani to pytanie w szczególnym czasie, gdy trwa ogólnopolski protest zawodów medycznych i działa białe miasteczko. Myślę, że wszyscy zdajemy sobie sprawę z konieczności naprawy systemu i jego większego finansowania. Zwłaszcza po pandemii, która system ten doprowadziła do przysłowiowej „ściany”, a wiele z ponad 100 tys. nadmiarowych zgonów w okresie pandemii przypisujemy nie zakażeniom SARS-CoV-2 per se, ale tzw. zgonom obocznym (ang. collateral deaths), które są pochodną paraliżu niedofinansowanej, ubogiej kadrowo, słabej infrastrukturalnie ochrony zdrowia w Polsce.

Myślę, że nieprzypadkowo motorem tych protestów są młodzi lekarze, rezydenci, właśnie wchodzący do tego systemu. Czują się przepracowani, porównują swoje zarobki z absolwentami innych studiów wchodzącymi na rynek pracy, a przede wszystkim z młodymi lekarzami z krajów Unii Europejskiej. I ta przepaść jest ogromna.

Od kilku lat systematycznie są zwiększane limity przyjęć na studia medyczne. Tylko w roku akademickim 2021/2022 jest o 654 więcej nowych miejsc na studiach lekarskich i lekarsko-dentystycznych, w porównaniu do roku ubiegłego. Czy taka polityka wystarczy, biorąc pod uwagę, że proces kształcenia od pierwszego roku studiów do zdania egzaminu specjalizacyjnego trwa 10-12 lat?

To nadal za mało. Niedobory kadry lekarskiej - nie wspominam tutaj o innych zawodach medycznych, w których jest równie źle - są ogromne. Na swoim profilu facebookowym opublikowałem kiedyś mapkę, z której jasno wynika, że Polska ma najmniej lekarzy na 10 tys. mieszkańców nie tylko wśród cywilizowanych krajów OECD, ale najmniej wśród wszystkich swoich siedmiu sąsiadów, z którymi graniczymy.

Lekarzy kształcą w 2021 r. uniwersytety wieloprofilowe w: Krakowie, Toruniu, Olsztynie, Kielcach, Zielonej Górze, Opolu i Rzeszowie. Mocą odrębnej ustawy kształcą ich również Uniwersytet im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego (UKSW) w Warszawie. Mamy też Uczelnię Łazarskiego w stolicy, Uniwersytet Technologiczno-Humanistyczny w Radomiu, Wyższą Szkołę Techniczną w Katowicach oraz Krakowską Akademię im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego. Łącznie mamy zatem już 12 wieloprofilowych - publicznych i niepublicznych - uczelni, które kształcą również lekarzy.

Pozostałe 10 uczelni z jednolitymi studiami na kierunku lekarskim to tylko uczelnie medyczne: 9 dawnych, publicznych akademii medycznych, dzisiaj uniwersytetów medycznych (Białystok, Gdańsk, Katowice, Lublin, Łódź, Poznań, Szczecin, Warszawa, Wrocław)



oraz Uczelnia Medyczna im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, którą mam przyjemność kierować od tego roku akademickiego. Z prostego rachunku wynika, że już dzisiaj kształci lekarzy więcej uczelni wieloprofilowych (12) niż uczelni ograniczonych do dyscyplin medycznych lub nauk o zdrowiu (10).

Z zapowiedzi, które słyszymy, wynika, że trend otwierania kierunków lekarskich w tej pierwszej grupie uczelni będzie kontynuowany. Z jednej strony to dobrze, bo to jedyna droga do zwiększenia liczby lekarzy w naszym kraju. Z drugiej, oprócz pracy nad „dopełnianiem” systemu trzeba się skoncentrować nad tym, żeby on „nie przeciekał”. A wiemy, że tysiące młodych polskich lekarzy wyjechało już z kraju, a kolejni mają takie plany, bo warunki pracy nawet tuż za granicą są o wiele bardziej korzystne niż w nadal niezreformowanej polskiej ochronie zdrowia.

Rząd planuje wprowadzenie preferencyjnych kredytów dla studentów medycyny. Jeżeli po uzyskaniu specjalizacji lekarz przepracuje dekadę w publicznych placówkach, to kredyt spłaci państwo. To dobry kierunek?

Diabeł, jak zwykle, tkwi w szczegółach. Te szczegóły poznamy w trakcie tworzenia przepisów wykonawczych do uchwalonej ustawy. Już teraz jednak podnoszą się głosy naszych młodszych kolegów, jak i członków samorządów lekarskich, że jest to rozwiązanie mocno kontrowersyjne, które może nie spełnić pokładanych w nim oczekiwań. Jest jeden sposób, aby zatrzymać kształconych lekarzy w Polsce i żadne inne ograniczenia administracyjne nie będą tak skuteczne. Ten sposób to: znaczące podwyższenie wynagrodzeń w systemie ochrony zdrowia, poprawa warunków pracy, aby lekarze i pielęgniarki nie byli zmuszani do emigracji zarobkowej i chcieli pracować w naszym kraju. Wpłynęłoby to również na zwiększenie atrakcyjności pracy w Polsce dla lekarzy zza wschodniej granicy, którzy dzisiaj wcale tak chętnie tutaj nie przyjeżdżają.

W Warszawie funkcjonują już 4 uczelnie kształcące lekarzy: Warszawski Uniwersytet Medyczny (WUM), Uczelnia Łazarskiego (UŁ), Uczelnia Medyczna im. Marii Curie-Skłodowskiej (UM MSC) i Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego (UKSW). Jak, przy rosnącej liczbie studentów medycyny, poradzić sobie z zapewnieniem im bazy szpitalnej, gdzie mogliby się kształcić?

Rzeczywiście, mamy w Warszawie już 4 uczelnie kształcące lekarzy i do wszystkich mam osobisty stosunek. W WUM przepracowałem jako lekarz i nauczyciel akademicki blisko ćwierć wieku, w UŁ przez rok wykładałem farmakologię na kierunku lekarskim, w UKSW dziekanem wydziału kształcącego lekarzy został mój habilitant i długoletni współpracownik z I Katedry i Kliniki Kardiologii WUM - dr hab. Filip Szymański. W czwartej uczelni - UM MSC - powierzono mi od nowego roku akademickiego funkcję rektora.

Warto odnotować, że w październiku na stacjonarym I roku kierunków lekarskich rozpocznie naukę

w Warszawie łącznie 870 osób, z czego 550 w WUM, a już 320 w trzech pozostałych uczelniach. Nie obawiałbym się o bazę szpitalną. WUM jest organem założycielskim swoich szpitali klinicznych, UM MSC posiada jeden własny szpital w Wieliszewie. UŁ i UKSW nie mają własnej bazy, ale wszystkie cztery uczelnie podpisują różne umowy o współpracę ze szpitalami miejskimi, marszałkowskimi, resortowymi czy też instytutów medycznych reprezentowanych w Warszawie. Nie można też zapominać o doskonałej, stale powiększającej się bazie klinicznej kolejnej uczelni medycznej w Warszawie - Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (CMKP). Co prawda CMKP nie prowadzi statutowo szkolenia przeddyplomowego, a tylko podyplomowe, specjalizacyjne szkolenie lekarzy, ale jej potencjał i kadra już włączają się w edukację przeddyplomową.

Nie obawiam się zatem w przyszłości o bazę kliniczną a bardziej o kadry - nauczycieli akademickich, starannie wykształconych medyków, doświadczonych w zarządzaniu wydziałami, strukturami nowo tworzonych jednostek akademickich. Tej kadry wyraźnie brakuje i sędzę, że będzie powoli następował proces przepływu tej kadry z jednostek większych do nowo tworzonych uczelni.

Dziś system kształcenia oferuje młodym medykom ponad 80 specjalizacji. Czy tak szeroki wachlarz dostępnych ścieżek kariery ułatwia, czy może utrudnia start w zawodzie lekarza?

Myślę, że ten etap - wyboru specjalizacji - jest zerzewanym na czas odbywania stażu podyplomowego i aż tak nie zaprzęta głowy studentom medycyny. Kwestia liczby specjalizacji, które oferuje polski system szkolenia podyplomowego, jest w medycynie dyskutowana od lat i od lat rządzący zapowiadają wielkie plany reform w tym zakresie, które potem i tak nie następują. Trochę więc uodparniamy się na te dyskusje. Problem leży zresztą w wachlarzu specjalizacji szczegółowych, a absolwentów medycyny interesują te podstawowe.

Z punktu widzenia kształcenia studentów kierunku lekarskiego przypomnę, że podstawowy program nauczania określa ściśle godziny nauki takich przedmiotów, jak: chirurgia, choroby wewnętrzne, pediatria, ginekologia z położnictwem. Nie ma więc nauki osobnych przedmiotów zakończonych egzaminem, jak: kardiorchirurgia, transplantologia, kardiologia, gastroenterologia, pneumonologia, neonatologia, diabetologia dziecięca czy endokrynologia ginekologiczna. To, co aktualnie lekarz może wybrać jako swój cel specjalizacyjny, nie jest do końca odzwierciedlone w programie nauczania. I nie powinno, moim zdaniem.

Czy remedium na braki kadrowe nie byłoby stworzenie i upowszechnienie nowych zawodów medycznych, których przedstawiciele mogliby przejąć część obowiązków lekarzy? Pomysł nie jest nowy, ale mam wrażenie, że wciąż w powijakach...

Też mam takie wrażenie, na domiar złego im więcej się o nim dyskutuje, tym bardziej dochodzimy do wniosku, że



bez tworzenia nowych zawodów wystarczyłoby chociażby zatrudnić większą liczbę sekretarek medycznych. To trochę jak z administracyjnymi pracownikami sądownictwa - bez trudu można by zatrudnić takie osoby, gdyby im więcej zapłacono. Wszelkie innowacyjne pomysły, np. stanowiska asystentów chirurgów, budzą tylko zdziwienie, gdy słyszymy, że asystenci mają się rekrutować spośród pielęgniarek (pielęgniarzy), ratowników medycznych, a więc z zawodów, w których też mamy ogromny deficyt kadr. Podejmuje się zatem próbę przelewania z pustego w próżne, gdy brak chirurgów będzie się próbowało ratować, pogłębiając deficyt innych zawodów medycznych.

Kiedy inauguracja roku akademickiego w Uczelni Medycznej im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, którą będzie pan kierował?

Zajęcia rozpoczynamy w poniedziałek, 4 października, chociaż ja w ten dzień mam zaszczyt wygłaszać wykład inauguracyjny na rozpoczęcie roku akademickiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Wykład o powikłaniach COVID-19 i pacjentach post-COVID. Mam nadzieję, że ten właśnie COVID nie pokrzyżuje planów naszej inauguracji, w siedzibie uczelni, w pałacu Lubomirskich w Warszawie, w piątek 15 października

To piękne, historyczne miejsce. Czy tam odbywają się zajęcia ze studentami?

Nie, zajęcia odbywają się w nowoczesnym kampusie uczelni w alei „Solidarności”. W pałacu Lubomirskich, poza przestrzeniami wynajmowanymi, działa rektorat, niektóre komórki administracyjne uczelni, ale przede wszystkim biblioteka dla studentów kierunku lekarskiego, jak i trzech pozostałych kierunków medycznych.

Sam pałac Lubomirskich ma swoją medyczną przeszłość. W czasie powstania listopadowego w latach 1830-1831 był szpitalem powstańczym - lazaretem. A przed wejściem do pałacu Lubomirskich witają nas cztery słynne kamienne lwy dłuta Mieczysława Lubelskiego, pierwotnie wyrzeźbione dla Ministerstwa Spraw Wojskowych i doktora honoris causa Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego - Józefa Piłsudskiego. Po wojnie wędrowały po Warszawie i aż do 1970 r. stały przed pewnym wojskowym gmachem przy ul. Banacha 2, naprzeciwko wybudowanego później Centralnego Szpitala Klinicznego, w którym przepracowałem ćwierć wieku. To właśnie te „Banachowskie” lwy sprawiły, że czuję się w pałacu Lubomirskich, jak w domu. Ale to oczywiście żart.

Rozmawiała Ewa KURZYŃSKA

*Prof. dr hab. n. med. Krzysztof J. Filipiak jest specjalistą w dziedzinie chorób wewnętrznych, kardiologii, farmakologii klinicznej, hipertensjologii, rektorem Uczelni Medycznej im.*

*Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie.*

*(przedruk z „OSOZ” nr 7/21)*

## #SPRAWDZAM - MILIARD NA PRIORYTET CO Z TYM WZROSTEM?

Premier Mateusz Morawiecki chwali się osiemdziesięciomiliardową nadwyżką w budżecie państwa (projekt nowelizacji ustawy budżetowej rząd złożył w Sejmie, posłowie zajmą się nim jeszcze we wrześniu) i ogłasza publicznie, że w 2021 r. ochrona zdrowia otrzymała rekordowo dużo pieniędzy, a w dodatku do Narodowego Funduszu Zdrowia budżet państwa przekaże miliard złotych m.in. na podwyżki dla personelu medycznego.

Szef rządu niemal na jednym oddechu kontynuował dobre nowiny, zapowiadając, że na inwestycje wodno-kanalizacyjne zostanie przekazanych około 4 mld zł. To chyba najlepsze podsumowanie i „sprawdzam” podejścia rządzących do ochrony zdrowia i jej miejsca na liście priorytetów.

Pieniądzy w systemie rzeczywiście jest więcej. Według danych opublikowanych przez GUS bieżące wydatki na zdrowie – publiczne i prywatne – w 2020 r. stanowiły 7,1 proc. PKB. Na leczenie wyasygnowaliśmy 165,7 mld zł, czyli o 17,8 mld zł więcej niż w 2019. Publiczne wydatki bieżące na ochronę zdrowia sięgnęły w 2020 r. 121,5 mld zł i były o 15,4 mld zł wyższe niż w 2019, a ich udział w PKB wyniósł 5,2 proc. (tj. o 0,6 punktu procentowego więcej niż w poprzednim roku).

Jednak kluczowa informacja jest ukryta w głębi komunikatu GUS: duży wzrost wydatków publicznych to efekt doliczenia pieniędzy przekazanych do NFZ z funduszu covidowego. „Zgodnie z ustawą budżetową na 2020 r. oraz pierwotnym planem NFZ, zaplanowano na ten rok środki w wysokości 107,8 mld zł, które w ciągu roku zwiększone zostały do 123,6 mld zł, a ich wykonanie wyniosło 116,3 mld zł (w tym 6,8 mld z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 przekazanych NFZ), co stanowi 5,5 proc. PKB” – czytamy w komunikacie GUS. Tymczasem Ministerstwo Zdrowia wielokrotnie zapewniało, że pieniądze przeznaczone na walkę z pandemią, jako wydatki nadzwyczajne – choć związane z bieżącą działalnością ochrony zdrowia – nie będą doliczane, żeby nie zakłócać obrazu realizacji ustawy o wzroście nakładów na ochronę zdrowia.

Ci, którzy spodziewali się, że mimo tych zapowiedzi wydatki na bieżącą walkę z COVID-19 zostaną doliczone do wydatków na zdrowie, nie mylili się. Tak było w 2020 r., tak będzie zapewne i w 2021, i w latach następnych. To jednak nie wszystko, bo nowe przepisy uchwalonej ostatecznie przez parlament tzw. ustawy 7 proc. na zdrowie (Sejm we wrześniu odrzucił poprawki Senatu, przede wszystkim zwiększające i przyspieszające wzrost



nakładów publicznych) pozwalają na wliczanie do wydatków bieżących również kwot wydawanych na cele inwestycyjne. Efekt będzie oczywisty: nakłady będą rosły „jak na drożdżach”, ale ten wzrost bardzo trudno będzie – na gruncie krajowym – porównać z notowanym w latach poprzednich, bo to będzie porównywanie arbuzów ze śliwkami. Niby możliwe, a jednak niewiele mówiące.

Zdani więc będziemy (ci, którzy zechcą kontrolować, porównywać i sprawdzać) na dane międzynarodowe: GUS nadal będzie musiał przekazywać do Eurostatu informacje dotyczące wydatków bieżących według ustalonej metody. I nadal będzie je raportował względem bieżącego PKB.

W Narodowym Rachunku Zdrowia GUS stosuje do obliczeń metodę międzynarodową i odnosi wydatki do PKB z tego samego roku. Jednak – bodaj po raz pierwszy w opublikowanej przed miesiącem informacji – we

współpracy z Ministerstwem Zdrowia przygotował zestawienie obrazujące realizację ustawy 6 proc. PKB na zdrowie, czyli odniósł wydatki z 2020 r. do PKB sprzed dwóch lat. GUS wykazuje więc, że w 2019 r. środki publiczne na ochronę zdrowia, liczone według metody ustawowej, stanowiły 5,18 proc. PKB, ale według metody międzynarodowej i stosowanej w Narodowym Rachunku Zdrowia – zaledwie 4,47 proc. W 2020 r. było to, według pierwszych szacunków, odpowiednio 5,5 proc. i 5 proc. PKB (ale z doliczonymi wydatkami covidowymi).

Jeszcze raz zatem, dla pamięci, sprawdzam: w 2019, ostatnim przedpandemicznym roku, nakłady publiczne na zdrowie stanowiły 4,47 proc. PKB. W 2014 ów wskaźnik wynosił 4,6 proc. PKB. Taki mamy wzrost.

Małgorzata SOLECKA  
(przedruk z „Pulsu” nr 10/21)

## TO JAK MAMY Z NIMI ROZMAWIAĆ?

*Tylko dwie rzeczy są nieskończone: wszechświat oraz ludzka głupota, choć nie jestem pewien, co do tej pierwszej*  
(Albert Einstein)

Jestem jednoznacznie przekonany do korzyści płynących ze szczepień i wydaje mi się, że znam mechanizmy odporności i biotechnologii wytwarzania szczepionek oraz możliwe ryzyko wystąpienia działań niepożądanych, a mimo tego trudno mi udzielić krótkiej odpowiedzi na tytułowe pytanie. Zjawisko wrogiego nastawienia do szczepień nie jest nowe i jest bardzo złożone. Niestety, często ujawnia się ze złośliwą agresywnością, docierając do nas różnymi drogami przekazywania informacji. Zawiera w sobie liczne problemy szczegółowe.

Zaliczam do nich:

- błędne, a atrakcyjne teorie i poglądy na mechanizm wytwarzania, działania i skutki szczepień;
- przekonania o „drugim dnie”, czyli tym, co „naprawdę stoi za szczepieniami”;
- manipulowanie faktami i podawanie informacji niedających się sprawdzić;
- upadek autorytetu świata nauki oraz propagowanie postaw antyszczepionkowych przez niemające profesjonalnego przygotowania, a powszechnie znane osoby (celebrytów);
- dążenie przez niektórych antyszczepionkowców do „zaistnienia w świadomości publicznej” i pozyskania popularności (lub podbudowania gasnącej popularności uzyskanej inną drogą).

Z praktycznego punktu widzenia warto wstępnie oszacować interlokutora, w jakim obszarze należy podjąć z nim dyskusję.

### CZY NALEŻY ROZMAWIAĆ?

Na pewno tak, chociaż dobrze jest wcześniej próbować ustalić, do jakiej grupy możemy zaliczyć rozmówcę – antyszczepionkowca:

1. wahającego się lub szukającego wiedzy,
2. z góry zakładającego, że on i tak wie najlepiej, oraz
3. walczącego czynnie ze szczepieniami.

Dyskusja wymaga obopólnej zgody na rozmowę. Mogę się obawiać, że druga i trzecia kategoria antyszczepionkowców nie będzie chciała rzeczowo rozmawiać, przyjmując głoszone przez siebie bzdury jako aksjomaty, czyli prawdy, których nie potrzeba udowadniać. Może jednak próbować i z nimi rozmawiać, a brak podjęcia rzeczowej dyskusji jest dowodem słabości ich postawy. Warto w różny sposób docierać do osób wahających się lub powtarzających bez właściwego zrozumienia błędne poglądy, ale dających się nakłonić do rozmowy. Do najbardziej częstych tematów takich rozmów można zaliczyć brak zrozumienia, czym jest szczepionka i co tak na prawdę podajemy w małej strzykawce.

### CZYM JEST, A CZYM NIE JEST SZCZEPIONKA

Tutaj warto wyjaśniać, że mRNA lub białka kolca wirusa nie są twórami żywymi. Nie są produktami zarodków ludzkich, nawet, jeżeli są wytwarzane przy pomocy linii komórkowych hodowanych *in vitro*. Można w tej kwestii, wesprzeć się oświadczeniem Watykanu\*. Co więcej, leki biologiczne, wytwarzane przez zmodyfikowane genetycznie linie komórkowe, są od ponad dwudziestu lat powszechnie stosowane w wielu działach medycyny klinicznej.

Nie umiem sobie wyobrazić, jak można przekonywać, że szczepionka nie zawiera „chipu elektronicznego”, wprowadzanego, aby nami sterować. Obawiam się jednak, że głoszący tę bzdurę nie podejmują się racjonalnej dyskusji. Warto też wykazywać, że szczepienia i



obecnie stosowane szczepionki nie są czymś nowym, a historia wielu już dekad sprawdziła je na ogromnych populacjach. Żaden inny lek nie był tak masowo przebadany. Ten argument może być pomocny w wykazaniu, że nie ma ukrytych (odległych) celów w szczepieniach, takich jak „wybijanie” części populacji świata.

Drugim argumentem jest wykazanie błędnej interpretacji faktów podawanych przez antyszczepionkowców. Wystarczy taki pogląd: wczoraj w mieście X zaszczepiono tyle a tyle osób, a wśród nich dzisiaj aż tyle a tyle nie żyje. Informacja, po pierwsze, jest trudna do sprawdzenia, należy więc wskazać na wiarygodność źródła, a po drugie warto zapytać, ile osób zmarło wśród tej samej liczby niezaszczepionych mieszkańców miasta X. Przecież w każdym dużym mieście codziennie jakaś liczba osób umiera z różnych przyczyn, nawet jak nikt tam nie był szczepiony.

### UDERZMY SIĘ W PIERSI

Nie wszyscy lekarze są wystarczająco przekonani do szczepień. To nie tylko mocny „policzek” dla kształcenia naszych kadr medycznych, ale problem odpowiedzialności kolegów oraz organów samorządowych

za postawy naszej grupy zawodowej. Smutne, że są lekarze zalecający metody medycyny alternatywnej, czyli nazwijmy sprawę po imieniu – nienaukowej. Czasami robią to z pobudek finansowych, co ich nie usprawiedliwia. Gorzej, jeżeli propagują poglądy jednoznacznie szkodzące innym (np. unikanie szczepień). Tak naprawdę powinno być to karane, tak na szczeblu organów samorządowych, jak i sądów publicznych. Obserwujemy

czasami dużą aktywność w ściganiu błędów lekarskich, a czy postawa antyszczepionkowa nie jest

właśnie wyjątkowo dużym błędem, szkodzącym nie tylko jednemu choremu, ale dużej grupie osób?

### CO BĘDZIE DALEJ?

Jak szybko bzdurne poglądy będą się rozprzestrzeniały? Musimy się im przeciwstawiać na wszystkich możliwych drogach i jest w tym niezbędna pomoc różnych instytucji, ciągle prawie niereagujących na postawy antyszczepionkowe. Jest w tym też wyzwanie dla odbudowy utraconego autorytetu lekarza w społeczeństwie, zwalczania kpienia z nauki tworzonej przez „jajogłowych” i potrzeby przeciwstawiania się dominacji tych, co „zgrabnie i głośno” kłamią, mając tłumy słuchaczy i czytelników. Do czego to może zaprowadzić – historia pokazała już wiele razy. Musimy pamiętać, że lekarz spotyka w swej pracy ludzi, często jeszcze otwartych na poszerzanie horyzontów. Lekarz tej szansy nie powinien przepuszczać, tak dla dobra wszystkich, jak i dla dobra naszej profesji oraz nas samych. Kształtowanie postaw pacjentów to obowiązek wobec społeczeństwa, ale i odkrywana czasem po latach, wielka satysfakcja zawodowa.

*\*Nota Kongregacji Doktryny Wiary z dnia 21 grudnia 2020 r. Dostępna na stronach Watykanu (w wersji angielskiej: Note on the morality of using some anti-Covid-19 vaccines). Szkoda, że nienagłośniona przez duchowieństwo w Polsce.*

*Prof. dr hab. n. med. Eugeniusz Józef KUCHARZ  
(przedruk z „Pro Medico” nr 10/21)*

## SHERLOCK HOLMES I DUCHY ALBO – SKĄD SIĘ BIORĄ PŁASKOZIEMCY?

Ostatni rok naszego życia obfitował w wydarzenia, których niewielu się spodziewało. Byliśmy świadkami pandemii na dawno niewidzianą skalę. Wraz z pandemią pojawił się lęk i niepewność jutra, a z nimi cała gama ludzkich zachowań, wśród których wiele było – obiektywnie rzecz biorąc – nieracjonalnych. Wśród tych zachowań szczególną uwagę budziły mnożące się jak grzyby po deszczu hipotezy wyjaśniające pochodzenie i rozwój pandemii. Choć część z tych hipotez była całkiem racjonalna i weryfikowalna, to największe zasięgi w mediach społecznościowych i tradycyjnych zyskiwały te najbardziej sensacyjne, a jednocześnie często zupełnie oderwane od rzeczywistości biologicznej stojącej za pandemią. Tezy o światowym spisku finansistów, lekarzy i farmaceutów, pod przewodnictwem Billa Gatesa, mającym na celu wywołanie pandemii dla zysku, były się o miejsce na podium z historiami o wpływie sieci 5G na transmisję wirusa czy chipach komputerowych zawartych w szczepionkach z twierdzeniami o nieistnieniu pandemii czy też o zaplanowanej depopu-

lacji Ziemi. Często zresztą historie te w różnych przekazach przeplatały się i uzupełniały wzajemnie, za nic mając logiczne sprzeczności i niekonsekwencje każdej z nich z osobna oraz ich różnych kombinacji.

Po roku walki z pandemią, kiedy już nieco przyzwyczailiśmy się do nowej rzeczywistości, poznaliśmy powodującego ją wirusa nieco lepiej, pojawiły się szczepionki i nadzieja na stopniowy powrót do względnej normalności – warto przyjrzeć się zjawiskom społecznym, które towarzyszyły nam przez ostatni rok. Trzeba zadać sobie pytanie, dlaczego w czasie, kiedy potrzebna była maksymalna mobilizacja społeczna, nastąpił wysyp fantastycznych teorii spiskowych. Dlaczego w czasie, gdy jako społeczność powinniśmy byli zaufać nauce i medycynie, taką popularność zaczęły zdobywać tezy podważające same podstawy wiedzy biologicznej i medycznej, oskarżające wręcz naukowców i przedstawicieli zawodów medycznych o działalność na granicy ludobójstwa (a czasami poza tą granicą)?



Aby zrozumieć źródło wspomnianych wyżej zjawisk, musimy przyjrzeć się mechanizmom społecznym, biologicznym i psychologicznym warunkującym nasze rozumienie rzeczywistości. Wydaje się bowiem oczywistym, że umysł osoby wierzącej we wszechświatowy spisek mający na celu wprowadzenie do jej krwioobiegu mikroskopijnego chipa sterowanego falami 5G musi postrzegać rzeczywistość w sposób odmienny od tego, co przyjęliśmy uważać za normę.

Aby spróbować zrozumieć ten fenomen oderwijmy się od aktualnej sytuacji i cofnijmy o ponad 100 lat, do roku 1919. Dla naszej historii ważne jest, że opisane dalej wydarzenia miały miejsce tuż po zakończeniu I wojny światowej i w samym środku szalejącej epidemii grypy zwanej hiszpanką, a zatem w czasie, kiedy znaczna część społeczeństwa zmagająca się z doświadczeniem traumy i niepewności. W marcu tegoż roku w jednej z londyńskich kamienic odbył się niezwykle pokaz. Na zaproszenie znanego wówczas wynalazcy, pisarza i iluzjonisty występującego pod pseudonimem P.T. Selbit – w kamienicy owej zebrała się grupa starannie dobranych osób składająca się z inspektora Scotland Yardu, badacza zjawisk paranormalnych, telepaty, koronera sądowego i pewnej wicehrabiny. Osoby te zostały poproszone przy wejściu, aby pozostawić w niewielkim sejfie jakąś osobistą, ważną dla nich emocjonalnie, drobną rzecz. Następnie sejf został zamknięty, a zebrani udali się do jednego z pokoi, w którym, w półmroku, przy niewielkim stoliku, siedziała tajemnicza kobieta w szerokim kapeluszu z woalką. Na kolanach owej kobiety umieszczono zamknięty sejf, a gospodarz przedstawił ją jako nowoodkryte medium o niezwykłych zdolnościach. Zadaniem zaproszonych gości była ocena, czy to, co zobaczą podczas zaplanowanego pokazu, można uznać za dowód na istnienie zjawisk paranormalnych. Następnie zaczął się pokaz. W pierwszej jego części tajemnicza kobieta opisywała (trafnie!) zawartość trzymanego na kolanach sejfu. Podawała przy tym nawet najdrobniejsze osobiste szczegóły zawartych w nim przedmiotów, takie jak grawerunki na biżuterii. Drugą część pokazu stanowił seans spirytystyczny. Przy zgaszonym świetle, po wezwaniach medium, w rogu pokoju uformował się kłęb zielonej mgły, która przemieściła się nad medium, a następnie odpłynęła i zniknęła w mroku.

Po seansie goście mieli okazję wyrazić swoje zdanie na jego temat. Dość szybko zgodzili się, że obserwowane zjawiska były dowodem na istnienie innego, nadnaturalnego świata. Potem rozeszli się do domów, aby spotkać się ponownie dwa tygodnie później. Wtedy to gospodarz pokazu poinformował ich, że wszystko, co widzieli, było iluzją. Wyjaśnił również, jak osiągnięto obserwowane efekty. Medium była wyposażona w słuchawki z radiem ukryte pod woalką i kapeluszem, a sejf, który trzymała, nie był tym, do którego goście włożyli swoje przedmioty. Tamten sejf (po sprytniej podmiianie) umieszczono w są-

siednim pokoju i otwarto, a współpracownik P.T. Selbita przez radio opisywał jego zawartość wprost do ucha medium. Zielona mgła okazała się być fragmentem tiulu pokrytym fluoryzującą farbą, który niespostrzeżenie wniósł do pokoju inny współpracownik iluzjonisty, ubrany całkowicie na czarno (aby nie było go widać w mroku). Pokaz spirytystyczny polegał więc na rozwinięciu owego świecącego tiulu, przesunięciu go w powietrzu, a następnie zwinięciu i schowaniu oraz ewakuacji pomocnika do innego pomieszczenia.

W obliczu przedstawionych faktów członkowie komisji poprosili o ponowne przeprowadzenie pokazu, na co P.T. Selbit chętnie przystał. Drugi pokaz przeprowadzono dla jeszcze większego grona zainteresowanych, z których wielu wyrażało uznanie dla pomysłowości i technicznego kunsztu organizatora. Jedna osoba nie podzielała jednak tych zachwytów. Wspomniany wcześniej badacz zjawisk paranormalnych stwierdził mianowicie, że owo drugie spotkanie było fałszerstwem, wynikiem spisku mającego na celu ukrycie przed światem istnienia sił paranormalnych. Twierdził on, że podczas pierwszego spotkania na własne oczy widział pokaz takich sił, a drugie miało na celu wyłącznie zdyskredytowanie tego pierwszego. Jak stwierdził ów badacz, świadectwo jego oczu jest dla niego ważniejsze niż tłumaczenia iluzjonisty. Tutaj warto wspomnieć, że zaproszonym na pokaz badaczem zjawisk paranormalnych był sam Arthur Conan Doyle, autor licznych powieści, w tym serii książek o genialnym detektywie Sherlocku Holmesie. W powieści „Znak czterech” Doyle włożył w usta detektywa zdanie, które precyzyjnie, a jednocześnie lakonicznie podsumowuje sposób myślenia, którym powinien się kierować obiektywny obserwator rzeczywistości. Brzmi ono: „Gdy odrzucisz to, co niemożliwe, wszystko pozostałe, choćby najbardziej nieprawdopodobne, musi być prawdą”. Można powiedzieć, że zdanie to jest również doskonałym opisem metodyki, jaką posługują się nauki przyrodnicze w badaniu fenomenów świata fizycznego. Można też, jak myślę, przyjąć, że zdanie to stanowiło emanację poglądów samego Doyle’a, który zajmował się m.in. również prowadzeniem śledztw kryminalnych, na podobieństwo ikonicznego bohatera swych powieści. A jednak kiedy przyszło do weryfikacji kilku stosunkowo prostych trików, logika Doyle’a/Holmesa zawiodła na całej linii.

Opisana wyżej relacja nie jest jedynym przykładem słabych punktów w postrzeganiu rzeczywistości przez Doyle’a. Kilka lat później zdecydowanie bronił autentyczności zdjęć przedstawiających tzw. wróżki z Cottingale – wykonanych przez kilkuletnie dziewczynki w ich ogrodzie fotografii przedstawiających niewielkie, uskrzydłone postacie bawiące się z dziećmi. Te obrazy zostały uzyskane, jak się później okazało, przy pomocy bardzo prostej manipulacji, gdyż rzekome wróżki zostały po prostu wycięte z papieru i sprytnie umieszczone w kadrze. Doyle święcie wierzył również w autentyczność modnych wówczas



„zdjęć z duchami” przedstawiających fotografie żywych ludzi w towarzystwie zjawiskowych, półprzezroczystych postaci pojawiających się w tle. Wiary tej nie podważyła prezentacja sposobu wykonywania takich zdjęć przez jednego z przyjaciół Doyle’a, gdyż ten stwierdził, że jego przyjaciel ma wyjątkowo długie i smukłe palce, a osoba z przeciętnymi rękami nie potrafiłaby wykonać takiej sztuczki.

Można by zapewne zadać sobie uzasadnione pytanie, co działo się w umyśle Arthura Conana Doyle’a, że tak łatwo dawał się zwodzić, gdy chodziło o świat duchów. Wiemy przecież, że był dobrze wykształcony i dysponował odpowiednim, może nawet ponadprzeciętnym, aparatem poznawczym, umożliwiającym odróżnianie prawdy od kłamstwa. Nasuwa się wyjaśnienie, że słynny autor kryminałów, pomimo całej swojej przenikliwości, wiedzy i inteligencji, najwidoczniej po prostu z jakiegoś powodu CHCIAŁ wierzyć w istnienie zjawisk paranormalnych. Chciał w nie wierzyć tak bardzo, że był gotów uwierzyć w spisek mający na celu ukrywanie wiedzy o zjawiskach paranormalnych pomimo tego, że wyjaśniano mu i pokazywano, jak takie zjawiska można imitować!

Przenieśmy się w czasie o kolejne kilkadziesiąt lat, do połowy XIX wieku, zanim spróbujemy podjąć próbę zrozumienia tak niezwyklego zachowania u inteligentnego skądinąd człowieka. W owym czasie szalała na świecie inna pandemia, nazywana trzecią pandemią cholery. Na przełomie lat 40. i 50. XIX w. pochłonęła ona życie kilkudziesięciu tysięcy Brytyjczyków, w tym ponad 14 000 mieszkańców Londynu. Uwzględniając różnice w wielkości populacji, epidemia ta uderzyła w Anglię nawet mocniej niż obecna pandemia koronawirusa. W tym samym czasie Samuel Rowbotham, angielski pisarz i wynalazca, opublikował niewielką broszurę zatytułowaną „Astronomia sceptyczna: Ziemia nie jest globem”, w której podawał w wątpliwość kulistość Ziemi. W broszurze tej, którą później rozbudował do ponad 400-stronicowej książki, próbował wykazać, że prawda o kształcie Ziemi jest ukrywana przed społeczeństwem, gdyż w rzeczywistości żyjemy na płaskim dysku, w którego centrum znajduje się biegun północny, a obrzeża (czyli Antarktyda) to w istocie wysoki lodowy mur chroniony przez liczną armię żołnierzy zatrudnionych wyłącznie w celu ukrycia spisku. Rowbotham zbudował swój model Ziemi w oparciu o własną interpretację narracji biblijnej i znalazł wystarczająco dużo naśladowców, aby jego tezy przetrwały do dziś. W istocie większość argumentów przeciwko kulistości Ziemi wysuwanych przez współczesnych „płaskoziemców” jest żywcem wzięta z dzieła Rowbothama (którego reprinty można nawet kupić w niektórych księgarniach internetowych). Absurdalność tez Rowbothama, które z łatwością można obalić prostymi eksperymentami, oraz mnogość dowodów na kulistość Ziemi i łatwość ich pozyskania w erze informacji – nie robią na „płaskoziemcach” wrażenia. Najwyraźniej lu-

dzie ci uparcie CHCĄ tkwić w alternatywnej rzeczywistości, w której Ziemia jest płaska. Co ciekawe, badania socjologiczne prowadzone na środowisku „płaskoziemców” wskazują, że nie różnią się oni znacząco od reszty populacji ani w zakresie dochodów, ani wykształcenia. Okazuje się nawet, że bywają wśród nich ludzie wybitnie inteligentni.

Porównując przedstawione wyżej przypadki, nie sposób nie zauważyć pewnych analogii. W obu sytuacjach mamy do czynienia z prymatem modelu rzeczywistości nad obiektywnymi obserwacjami opisującymi tę rzeczywistość. Innymi słowy: zarówno Arthur Conan Doyle, jak i Samuel Rowbotham (oraz jego naśladowcy) przyjęli pewne założenia a priori co do tego, jak funkcjonuje świat rzeczywisty, a następnie stworzyli szereg hipotez, z których część skupiała się na dopasowaniu istniejących obserwacji dotyczących tego świata do przyjętego modelu, a druga część (większa) na wyjaśnianiu, dlaczego pozostałe istniejące obserwacje nie pasują do przyjętego modelu. W obu przypadkach nieuchronnie prowadziło to do stworzenia metahipotezy wyjaśniającej wszystkie niezgodności: hipotezy o spisku, którego celem jest ukrywanie istotnych informacji o rzeczywistości przed społeczeństwem. Taki sposób budowania modelu rzeczywistości jest niezwykle odporny na modyfikacje, ponieważ każdy argument podważający przyjęty model automatycznie trafia do kategorii kłamstw/ oszustw/fałszerstw, a każda osoba przedstawiająca taki argument jest klasyfikowana jako uczestnik spisku („przekupiony naukowiec”) lub bezwolna marionetka („ogłupiony przez mainstreamowe media”).

Warto w tym miejscu poświęcić chwilę na zastanowienie się, czym jest i jak powstaje model rzeczywistości, którym każdy z nas posługuje się na co dzień. Nie będzie niczym odkrywczym stwierdzenie, że powstaje on w wyniku integracji ogromnej ilości sygnałów dostarczanych naszemu mózgowi przez narządy zmysłów oraz interakcje społeczne. Model rzeczywistości, jakim posługuje się każdy z nas, powstaje zatem w oparciu o składową biologiczną i społeczną. Do składowej biologicznej zaliczamy: wrodzone i nabyte możliwości mentalne danej osoby oraz stan fizjologiczny i poziom realizacji podstawowych potrzeb biologicznych (zagrożenie głodem, stresem itp.). Składową społeczną stanowią bodźce i informacje dostarczane przez innych ludzi: wychowanie, edukacja, interakcje z grupą rówieśniczą, znajomymi itp. Efektem działania wszystkich tych czynników jest obraz świata (swego rodzaju mapa), który rozbudowujemy z każdym nowym doświadczeniem i każdym przeżytym rokiem. W istocie obraz ten, kiedy osiąga określony stopień złożoności, składa się z serii założeń opisujących poszczególne aspekty rzeczywistości. Założenia te konfrontujemy następnie z nowymi doświadczeniami i po każdej takiej konfrontacji podejmujemy decyzję, czy przyjęty przez nas model rzeczywistości należy zmodyfikować czy nie.

Być może Czytelnicy zorientowali się już, że opisany przeze mnie model rzeczywistości, którym posługuje się każdy z nas, choć zapewne zupełnie odmienny w treści, nie różni się w swej konstrukcji od modeli, jakimi posługiwali się Doyle czy Rowbotham! Nasz model również składa się z serii założeń, z których niektóre mogą być prawdziwe, a inne nie. Pytanie zatem: co dzieje się, jeśli nasze założenia przestają zgadzać się z obserwacjami? Czy jesteśmy gotowi te założenia poddawać próbie i w razie potrzeby modyfikować model rzeczywistości? Czy taka zmiana jest łatwa? Możemy spróbować odpowiedzieć sobie na to pytanie, kiedy przypomnimy sobie naszą własną reakcję na wieść, że to nie Święty Mikołaj przynosi gwiazdkowe prezenty... „Próba świętego Mikołaja” to w istocie jeden z pierwszych testów naszej zdolności do adaptacji i zmiany przyjętego modelu rzeczywistości. W naszym kręgu kulturowym w wieku przedszkolnym niemal wszystkie dzieci wierzą w Świętego Mikołaja lub jego inny kulturowy odpowiednik. W dziecięcym modelu rzeczywistości coroczna wizyta Świętego jest bardzo ważnym, pełnym emocji wydarzeniem. Tymczasem przychodzi moment, kiedy dziecko dowiaduje się, że ten aspekt jego modelu rzeczywistości jest fałszywy, gdyż prezenty dostarczają krowi. Jeśli przypomnimy sobie ten moment w naszym życiu lub życiu naszych dzieci, to zauważymy, jak trudna do akceptacji jest ta prawda. Jak często zdarza się, że dzieci płaczą, usłyszawszy, że to nie Święty Mikołaj przynosi te wszystkie zabawki! Ten płacz to wynik stresu związanego z wysiłkiem, jaki trzeba włożyć w przebudowanie swojego modelu rzeczywistości. U wielu dzieci proces ten jest bardzo długi. Potrafią przez kilka lat tkwić w swego rodzaju zawieszaniu pomiędzy chęcią wiary w Świętego Mikołaja a ostateczną akceptacją faktu, że on nie istnieje.

Przedstawiony wyżej konflikt między obserwacją a przyjętym modelem rzeczywistości zachodzi w istocie znacznie częściej, niż nam się wydaje, i nosi nazwę dysonansu poznawczego. Jest to zjawisko bardzo powszechnie występujące i szeroko opisane w literaturze, jednak dla potrzeb niniejszego wywodu wystarczy informacja, że w zdecydowanej większości przypadków pojawienie się dysonansu poznawczego prowadzi do odrzucenia obserwacji podważających istniejący model rzeczywistości. Innymi słowy – umysł próbuje za wszelką cenę chronić przyjęty przez siebie model rzeczywistości przed zmianami. Proces ten jest w zasadzie automatyczny, dlatego rzadko uświadamiamy sobie jego istnienie. To zjawisko może prowadzić bezpośrednio do swego rodzaju „spirały błędów”, gdzie odrzucenie jednego dowodu na niezgodność przyjętego modelu z rzeczywistością prowadzi do konieczności odrzucenia kolejnych dowodów, jeśli wspierają ten uprzednio odrzucony. W taki właśnie sposób, przez odrzucanie kolejnych dowodów podważających model rzeczywistości, w który wierzy dana osoba, tworzy się przestrzeń do skonstruowania hipotezy wyjaśnia-

jącej pochodzenie wszystkich odrzucanych obserwacji – hipotezy o istnieniu spisku. Aby jednak taka hipoteza się pojawiła, konieczny jest jeszcze jeden element: korelacja.

Jedną z istotnych cech naszego mózgu decydujących o jego przydatności jako narzędzia poznawania świata jest zdolność do rozpoznawania wzorców. Można zaryzkować twierdzenie, że rozpoznawanie wzorców w otaczającym świecie leży u podstaw wszelkiego poznania. To dzięki tej umiejętności potrafimy kojarzyć fakty oraz wykrywać niebezpieczeństwa i możliwości w otaczającym nas środowisku. Reakcja na widok drapieżnika czy jedzenia, interakcje międzyludzkie, odpowiedź na zmiany warunków środowiska (np. obserwacja nadciągającej chmury burzowej) – wszystkie te czynności i wiele innych wykorzystują zdolność mózgu do tworzenia spójnych i znaczących powiązań pomiędzy rezultatami obserwacji. Umiejętność ta jest kluczem do naszego przetrwania.

Badania prowadzone przez różne zespoły psychologów wykazały, że nasz system rozpoznawania wzorców nie jest pozbawiony wad. Jedną z nich jest swego rodzaju nadaktywność, pojawiająca się szczególnie w sytuacjach stresowych. Obserwacja zwyczajów połowowych rybaków z Wysp Triobrandy wykazała np., że ci z nich, którzy łowią na bardziej niebezpiecznych wodach, mają tendencje do tworzenia bardziej skomplikowanych i dłuższych rytuałów mających na celu zapewnienie szczęśliwego powrotu z połowu. W innym eksperymencie wykazano, że jeśli skoczkowi spadochronowemu w stanie stresu (przed skokiem) pokaże się karetkę papieru pokrytą losowymi znakami, to będzie on bardziej skłonny do znalezienia powiązań pomiędzy znakami (wzorca), niż ten sam skoczek już po szczęśliwym lądowaniu. Powszechnie znana jest skłonność niektórych sportowców do wykonywania przed ważnymi zawodami określonych rytuałów (wykonanie pewnej sekwencji ruchów, założenie „szczęśliwej koszulki” itp.), które mają zapewnić zwycięstwo. Przeprowadzone badania potwierdziły, że ta skłonność jest tym większa, im bardziej wygrana w danej konkurencji zależy od przypadku. W innych badaniach wykazano, że bardzo zestresowani studenci pierwszego roku studiów MBA mają tendencję do dostrzegania większej liczby różnego rodzaju zagrożeń i ukrytych powiązań niż bardziej już oswojeni ze studiami studenci wyższych lat. Wszystkie te badania dają razem dość klarowny obraz: pod wpływem stresu nasz system wykrywania wzorców wchodzi w stan podwyższonej czujności i stara się znaleźć jak najwięcej powiązań i zależności pomiędzy poszczególnymi zdarzeniami i elementami otaczającego nas świata. Czułość tego systemu staje się tak duża, że czasami zaczyna wykrywać wzorce tam, gdzie w rzeczywistości żadne powiązania nie występują, innymi słowy zaczyna dostrzegać sens w szumie informacyjnym.

Klasycznym przykładem takiej podwyższonej czujności jest doszukiwanie się związku przyczynowego pomiędzy szczepieniami a autyzmem. Rzeczywiście istnieje



korelacja pomiędzy wzrostem liczby przypadków zdiagnozowanego autyzmu a wzrostem wyszczepialności szczepionką MMR, ale dokładnie taka sama korelacja istnieje np. pomiędzy wzrostem liczby przypadków autyzmu a wzrostem sprzedaży żywności organicznej! Nikt jednak nie mówi, że żywność organiczna powoduje autyzm. Dlaczego? Bo żywność nie jest kojarzona z ryzykiem (czy słusznie, to osobna sprawa), podczas gdy szczepienia, jak każda procedura medyczna, są pewnym ryzykiem obciążone. Doskonale wykorzystują ten fakt wszelkiej maści ruchy antyszczepionkowe, które w swojej propagandzie wyolbrzymiają ryzyko szczepień, jednocześnie przemilczając bądź negując zyski z nich wynikające. W ten sposób nie tylko zniechęcają ludzi do szczepienia się, ale tworzą sytuację, w której pacjenci, pod wpływem stresu związanego z owym wyolbrzymionym ryzykiem, są szczególnie wyczuleni na wszelkie negatywne zdarzenia związane ze szczepieniami. Prowadzi to w efekcie do historycznych wręcz reakcji, których przykłady mamy niestety okazję obserwować na co dzień w obecnej pandemicznej rzeczywistości.

Związek stresu z podwyższoną wrażliwością systemu rozpoznawania wzorców staje się szczególnie interesujący w obliczu wyników badań nad sytuacjami, w których rodzą się i rozprzestrzeniają teorie spiskowe. Z badań tych wynika, że szczególnie sprzyjające okoliczności do rozprzestrzeniania takich teorii panują:

- Gdy skala wydarzeń jest szczególnie duża/znacząca, a ich wyjaśnienie wydaje się zbyt przyziemne i nie oddające skali zdarzenia,
- Gdy brakuje jasnych, oficjalnych wyjaśnień danego wydarzenia lub są one podważane przez osoby publiczne,
- Gdy społeczność doświadcza stresu i niepewności,
- Gdy motywacja do znalezienia wzorców w środowisku jest eksperymentalnie podwyższona,
- Wśród ludzi, którzy ciągle szukają sensu i wzorców w środowisku (np. wyznawcy zjawisk paranormalnych).

Zauważmy, że pierwsze trzy z powyższych podpunktów występują w społecznościach znajdujących się w stanie pandemii lub innej katastrofalnej sytuacji. Być może ten fakt wyjaśnia, dlaczego przywołany na początku Arthur Conan Doyle (a z nim wielu innych Brytyjczyków), tuż po wyczerpującej wojnie i w środku pandemii hiszpanki, tak łatwo poddawał się wierze w zjawiska paranormalne? Być może właśnie dlatego hipoteza płaskiej Ziemi sformułowana przez Rowbothama zyskała tylu zwolenników w czasie trzeciej pandemii cholery? Zapewne właśnie dlatego byliśmy w ostatnim roku świadkami wysypu niezliczonych artykułów, postów i tweetów doszukujących się spisków już nie tylko na polu medycznym, ale także w polityce (choćby słynne „ukradzione wybory” Trumpa)?

Zwróćmy jednak uwagę na kolejny podpunkt z powyższej listy. Odnosi się on do serii badań, w których wykazano, że można skłonić człowieka do wiary w teorię spiskową, manipulując subtelnie jego psychiką. Okazuje się

bowiem, że wystarczy zadać danej osobie pozornie niewinne pytanie o sytuację w jej życiu, w której nie miała kontroli nad swoim losem. Omawiane badania sugerują, że pytanie tego rodzaju wystarczy, aby badana osoba weszła w stan cechujący się podwyższoną gotowością do uznania za prawdziwą dostarczonej jej następnie teorii spiskowej. Wyniki tych badań są szczególnie istotne w kontekście wykorzystywania potęgi mediów społecznościowych do wpływania na decyzje podejmowane przez całe społeczności.

Ostatni punkt z powyższej listy odnosi się do grupy ludzi, którzy cechują się specyficzną osobowością – nastawioną na poszukiwanie nowości, sensacji i ukrytych powiązań. Myślę, że niemal każdy zna przynajmniej jedną taką osobę: poszukiwacza UFO, wyznawcę radiestezy, fana homeopatii czy leczących kryształów. Obecność takich osób w społeczeństwie, gdzie jednocześnie możemy znaleźć skrajnych sceptyków, klasycznych niewiernych Tomaszów, którzy nie uwierzą, dopóki nie zobaczą – wskazuje na istnienie pewnego zróżnicowania międzypersonalnego. Źródłem tego zróżnicowania może być zarówno odmienne wychowanie, jak i odmiennosc na poziomie biologicznym. Można zatem zadać pytanie, czy istnieją jakieś cechy biologiczne pchające niektórych z nas w objęcia teorii spiskowych.

Cóż, o funkcjonowaniu ludzkiego mózgu wciąż wiemy stosunkowo niewiele, jednak pierwsze kroki w kierunku identyfikacji cech warunkujących podatność na teorie spiskowe zostały już zrobione. Badacze zajmujący się tym zagadnieniem skierowali swoją uwagę w pierwszej kolejności w stronę układu mezo limbicznego. Jest to jeden z układów dopaminergicznych w naszym mózgu, którego funkcjonowanie jest powiązane z występowaniem zaburzeń psychotycznych w przebiegu schizofrenii. Mówiąc precyzyjniej, za zaburzenia te odpowiada podwyższone wydzielanie dopaminy w układzie mezo limbicznym. Zaburzenia psychotyczne to przede wszystkim zaburzenia postrzegania rzeczywistości i urojenia. Jak widzieliśmy wcześniej, powstawanie teorii spiskowych wiąże się właśnie z zaburzonym postrzeganiem rzeczywistości. Powstaje zatem pytanie: czy wydzielanie dopaminy może mieć związek z wiarą w teorie spiskowe? Przeprowadzone dotąd eksperymenty sugerują, że tak właśnie jest! W jednym z nich poddano badaniu dwie grupy osób, które ze względu na ich stosunek do teorii spiskowych można określić jako „sceptyków” i „wyznawców”. Obu grupom przedstawiano różnego rodzaju hipotezy, pytając, jak bardzo skłonni byłiby w nie uwierzyć. Jak należało się spodziewać „sceptycy” byli zdecydowanie mniej skłonni do wiary w przedstawiane hipotezy niż „wyznawcy”. Wszystko się jednak zmieniło, kiedy badanym grupom podano lek podnoszący poziom dopaminy (levodopę). Pod wpływem tego leku obie grupy były skłonne w równym stopniu wierzyć w prezentowane im hipotezy – „sceptycy” zmienili się w „wyznawców”!



W innym eksperymencie również podzielono uczestników w zależności od ich skłonności do wierzenia w teorie spiskowe, ale tym razem przeprowadzono na nich testy ukazujące ich skłonność do prawidłowego interpretowania wzorców. W tym badaniu okazało się, że grupa „sceptyków” lepiej radziła sobie z interpretacją pokazywanych im wzorców (odróżnianiem wzorów sensownych od bezsensownych) niż grupa „wyznawców”. Przeprowadzone następnie badania wykazały podwyższony poziom dopaminy u grupy „wyznawców” w porównaniu do „sceptyków”. Co więcej, badania genetyczne wariantów genu COMT wykazały, że wśród „sceptyków” dominował wariant odpowiedzialny za niskie stężenie dopaminy w przestrzeniach międzysynaptycznych, podczas gdy u „wyznawców” wariant odpowiedzialny za wysokie stężenie tego neuroprzekaźnika. Przeprowadzone jak dotąd badania sugerują zatem, że istnieje powiązanie pomiędzy fenotypem/genotypem a skłonnością do wiary w teorie spiskowe. Inne analizy wskazują, że ok. 20% osób w społeczeństwie należy do grupy, która ma tendencje do wiary w niemal wszystkie teorie spiskowe, jakie usłyszą. Kolejne kilkanaście procent stanowią osoby, które uwierzą w przynajmniej niektóre z tych teorii.

Powinniśmy zatem zaakceptować fakt, że znaczny odsetek naszych współobywateli jest podatny na wyjaśnienia rzeczywistości oferowane przez teorie spiskowe i że jest to immanentna cecha naszej kondycji jako gatunku. Skłonność do wiary w spiski nie zależy od inteligencji, wykształcenia czy statusu materialnego, lecz jest pochodną naszej ewolucyjnej drogi, na której ostrożność i podejrzliwość najwyraźniej opłacały się bardziej niż ciekawość i dokładne badanie nowych zjawisk. Dysponując taką wiedzą, możemy lepiej planować kampanie społeczne, przewidywać skutki podejmowanych działań np., w zakresie profilaktyki chorób zakaźnych, oraz próbować przeciwdziałać rozpowszechnianiu co bardziej szkodliwych informacji. Musimy jednak przy tym pamiętać, że osoby postrzegające świat w sposób kłóący się z naszą o nim wiedzą nie są w żaden sposób „gorsze”, „głupsze” czy „niedokształcone”. Istnieją przykłady pokazujące, że wyznawcy nawet najbardziej szalonych teorii mogą się zmienić, jeśli okaże się im troskę i uwagę oraz, przede wszystkim, nauczy krytycznej oceny otacza-

jącej nas rzeczywistości. Pamiętajmy: każdy z nas kiedyś wierzył w Świętego Mikołaja!

#### Literatura dla zainteresowanych:

1. „The two illusions that tricked Arthur Conan Doyle” – <https://www.bbc.com/future/article/20190828-the-two-bizarre-hoaxes-that-tricked-arthur-conan-doyl>
2. „Dopamine, paranormal belief, and the detection of meaningful stimuli” Krummenacher, P; Mohr, C; Hacker, H; Brugger, P, Journal of Cognitive Neuroscience 22:8 (2009), pp. 1670–1681
3. „Searching for General Model of Conspiracy Theories and Its Implication for Public Health Policy: Analysis of the Impacts of Political, Psychological, Structural Factors on Conspiracy Beliefs about the COVID-19 Pandemic” Seoyong Kim, Sunhee Kim, Int. J. Environ. Res. Public Health 2021, 18, 266. <https://doi.org/10.3390/ijerph18010266>
4. „Limited not lazy: a quasi-experimental secondary analysis of evidence quality evaluations by those who hold implausible beliefs” Kristy A. Martire, Bethany Gowns, Agnes S. Bali, Bronte Montgomery-Farrer1, Stephanie Summersby, Mariam Younan1, Cogn. Research (2020) 5:65 <https://doi.org/10.1186/s41235-020-00264-z>
5. „Linking unfounded beliefs to genetic dopamine availability” Katharina Schmack, Hannes Rössler, Maria Sekutowicz, Eva J. Brandl, Daniel J. Müller, Predrag Petrovic, Philipp Sterzer, Frontiers in Human Neuroscience September 2015 (vol.9) article 521
6. „The Psychology of Conspiracy Theories” Karen M. Douglas, Robbie M. Sutton, Aleksandra Cichocka, Current Directions in Psychological Science 2017, Vol. 26(6) 538–542
7. „The social consequences of conspiracism: Exposure to conspiracy theories decreases intentions to engage in politics and to reduce one’s carbon footprint” Daniel Jolley, Karen M. Douglas, British Journal of Psychology (2012) 1-22 DOI:10.1111/bjop.12018

Marcin WOŹNIAK

Dr hab. n. med. Marcin Woźniak, prof. UMK, pełni obowiązki kierownika Zakładu Rekonstrukcji i Oceny Skutków Wypadków Komunikacyjnych Katedry Medycyny Sądowej Wydziału Lekarskiego CM UMK Link do wykładu: <https://youtu.be/DHiv8aQYlBA> (przedruk z „Primum” nr 7-8/21)

## PACJENT POCOVID-19: OKIEM NEUROLOGA

W cyklu artykułów „Pacjent po Covid-19” napiszemy, jakie mogą pojawić się problemy po przejściu zakażenia wirusem SARS-CoV-2. Przedstawimy je z punktu widzenia lekarzy reprezentujących różne dziedziny medycyny i innych specjalistów zajmujących się różnymi obszarami medycyny i nauk pokrewnych.

**Jednym z bardziej charakterystycznych objawów u części pacjentów, u których zdiagnozowano Covid-19,**

**jest utrata węchu i smaku. Czy oznacza to, że wirus uszkadza ośrodki w mózgu odpowiedzialne za te odczucia?**

Według mojej wiedzy wirus uszkadza obwodową część układu nerwowego, czyli nerwy i zakończenia nerwowe odpowiedzialne za przewodzenie węchu i smaku. Nie mamy dowodów naukowych na uszkodzenie mózgowia, tzn. ośrodków odpowiadających za odbiór bodźców węchowych i smakowych – tłumaczy Robert Kucharki, neuro-



log. – To stwierdzenie opieramy na wiedzy, jaką mamy o tym, jak działają inne wirusy infekujące drogą kropelkową. To częsty mechanizm i możemy mieć pewne przypuszczenia, że działa to tak samo w przypadku wirusa SARS-Cov-2. Namnaża się on w jamie nosowej i ustnej. Są tam zakończenia nerwowe odpowiadające za odbiór wrażeń smakowych i zapachowych. Ulegają one uszkodzeniu, ale niekoniecznie uszkodzenie dotyka ośrodkowego układu nerwowego. Raczej się tak nie dzieje, ponieważ obserwujemy, że odczucia te, po pewnym czasie, powracają. Oznaczałoby to, że nerwy się zregenerowały – dodaje. Prawdą jest natomiast, że ten wirus ma wyjątkowy tropizm do zakończeń nerwowych odpowiedzialnych za węch i smak.

**Często pacjenci po chorobie, gdy ponownie zaczynają odczuwać smak i węch, komunikują lekarzom, że zapachy, które znają, odczuwają inaczej. Informują też czasem, że odczuwają zapachy nieprzyjemne, chociaż w ich pobliżu nie ma żadnego źródła takich zapachów. Jak takie odczucia tłumaczą neurologi?**

Teorii jest kilka. Jedna z nich mówi o zniekształceniu bodźców zapachowych i smakowych na skutek uszkodzenia zakończeń nerwów obwodowych. Niestety, nie mamy w portfolio możliwych do przeprowadzenia badań neurofizjologicznych takiego, które jednoznacznie i obiektywnie mogłoby potwierdzić takie uszkodzenie.

Innym wyjaśnieniem może być pojawienie się uszkodzenia nerwów obwodowych w okresie ostrego schorzenia. W tym czasie pacjent nie czuje węchu i smaku. Gdy odczuwanie bodźców wraca, mogą się pojawić nieprawidłowe odczucia, np. zapach spalenizny itp. Jest to mechanizm podobny do neuropatii czuciowej np. w cukrzycy, gdy pacjenci odczuwają pieczenie, palenie w stopach, mimo że nie ma tam bodźca związanego z wysoką temperaturą. Kolejnym etapem powstawania przewlekłego nieprawidłowego odczuwania zapachów może być tzw. błędne koło emocjonalne. Pojawił się bodziec, który spowodował określone odczucia (w tym przypadku SARS-Cov-2 uszkodził zakończenia nerwowe), i – pomimo regeneracji tych zakończeń – pacjent nadal odczuwa to samo ze względu na silne emocje, które towarzyszyły chorobie i wyznaczyły pewien mechanizm krążenia bodźców w mózgu.

U pewnej liczby moich pacjentów nawet pokusiłbym się o zdiagnozowanie zespołów podobnych do PTSD, czyli Zespołu Stresu Pourazowego, wywołanych silnymi emocjami podczas bardzo poważnego wydarzenia (traumy) – dodaje Robert Kucharski. – I dzieje się to nie zawsze u tych pacjentów, którzy bardzo ciężko przechodzili chorobę. Po prostu strach przed koronawirusem, wręcz paraliżujący lęk generowany także medialnie, może rzutować na późniejsze występowanie lęku i zniekształceń postrzegania odbieranej rzeczywistości już po pełnym powrocie do zdrowia – dodaje. W takich przypadkach wskazana jest farmakoterapia i szybko wdrożona psychoterapia.

### **Mgła pocovidowa. Czy naprawdę istnieje?**

Byłbym raczej sceptyczny – tłumaczy Robert Kucharski. – Pacjenci zgłaszają oczywiście objawy, które zostały opisane jako tzw. mgła pocovidowa. Objawy te sugerowałyby, że wirus uszkodził centralny układ nerwowy, czyli mózg. Objawy te najczęściej charakteryzują się męczliwością psychiczną, zmniejszeniem możliwości aktywności, zaburzeniami uwagi, trudnościami w skupieniu się. Skłaniałbym się raczej ku stwierdzeniu, że ciężka infekcja, jaką jest Covid-19 (szczególnie gdy dochodzi do niewydolności oddechowej z koniecznością tlenoterapii, a nawet terapii respiratorowej), musi wpłynąć na późniejszą pracę mózgu i nie jest to zjawisko specyficzne dla Covid-19, natomiast zdarza się częściej z uwagi na ciężkość przebiegu tej właśnie infekcji. Wiele innych infekcji, szczególnie gorączkowych, trwających kilka-kilka dni także powoduje gorsze samopoczucie i pogorszenie funkcjonowania poznawczego i nie jest to cecha specyficzna dla infekcji SARS-Cov-2. Poza tym trzeba pamiętać, że część pacjentów zachorowuje na Covid-19, mając już wyjściową osobowość nacechowaną lękiem, potrzebą kontroli, melancholią itd. Tacy pacjenci, nawet jeśli przechorują zakażenie lżej, są bardzo skupieni na swoim stanie i łatwo ulegają medialnym sugestiom o wyjątkowości wpływu SARS-Cov-2 na mózg. Zgłaszają się do lekarzy, relacjonując problemy ze skupieniem uwagi, zaburzeniami poznawczymi. Z mojego doświadczenia – u żadnego z takich pacjentów w szczegółowym badaniu neuropsychologicznym nie obserwujemy niczego więcej poza tym, co współistnieje z ich lękiem. Trzeba pamiętać, że lęk i depresja stanowią pewnego rodzaju continuum o podobnych mechanizmach neuroprzebiegów i powodują faktyczne zaburzenia poznawcze. Nasilenie lęku i depresji po przechorowaniu poważnej infekcji (zarówno jeśli chodzi o przebieg kliniczny, jak i kwestię kalibru „ciężkości” wiadomości medialnych) może także nasilać zaburzenia poznawcze, które, w mniejszym stopniu, pacjent miał jako towarzyszące swojej charakterystyce osobowościowej. Jedynie badania longitudinalne, tzn. określenie przy pomocy obiektywnych narzędzi stanu poznawczego i funkcjonowania mózgu przed zachorowaniem na Covid-19 oraz po wyzdrowieniu, pozwoliłyby jednoznacznie stworzyć podwaliny wiedzy o „mgłę pocovidowej” wywołanej przez wirusa. Myślę tu np. o szczegółowym badaniu neuropsychologicznym skorelowanym z badaniem czynnościowym mózgu metodą rezonansu magnetycznego. Gdyby w takich badaniach powstał obraz charakterystycznych odchyśleń moglibyśmy próbować wyodrębnić jednostkę chorobową.

### **Starszy pan czuje się lepiej. Syn i wnuk gorzej**

Doktor Robert Kucharski zaobserwował jeszcze jedną ciekawą zbieżność między zachorowaniem na Covid-19 a wiekiem pacjenta. Uważa, że chociaż w większości przypadków starsi pacjenci dużo ciężiej przechodzą samą chorobę, ich stan psychiczny jest zdecydowanie lep-





szy po powrocie do zdrowia niż młodszych pacjentów. Według neurologa jest to związane z nastawieniem osób starszych bardzo pragmatycznie, tzn. nastawiają się one na zadanie przetrwania trudnego zdarzenia, jakim jest infekcja, i jeśli ich organizm biologicznie się obroni, to wracają do dobrego stanu zadziwiająco szybko. Być może jest to związane z багаżem doświadczeń życiowych. Seniorzy mają za sobą wiele trudnych przeżyć związanych z chorobami swoimi i bliskich. Zdają sobie sprawę z tego, że w większości przypadków po chorobie wraca się do zdrowia i tego oczekują również w przypadku przejścia infekcji koronawirusem.

– Przyznam, że było dla mnie sporym zaskoczeniem, że stan zdrowia większości moich pacjentów w pode-

szłym wieku nie pogorszył się po wyzdrowieniu – opowiada neurolog. – Jednak to moje subiektywne wrażenie. Pamiętajmy, że medycyna jest nauką opartą na faktach. Minie jeszcze wiele lat, zanim zrozumiemy mechanizm działania tego wirusa i wszystkie konsekwencje, które niesie ze sobą ta niepokojąca nas wszystkich infekcja.

*O autorze: Robert Kucharski, neurolog, neurogeriatra. W pracy zawodowej zajmuje się przede wszystkim pacjentami z objawami z pogranicza psychiatrii i neurologii. Od wielu lat specjalizuje się w zaburzeniach poznawczych i zaburzeniach pamięci w schorzeniach neurodegeneracyjnych. Pasjonat podróży i fotografii.*

Dorota KOWALEWSKA  
(przedruk z „Primum” nr 10/21)

## KIM WŁAŚCIWIE JEST WSPÓŁCZESNY LEKARZ RODZINNY?

*Polska medycyna rodzinna cierpi przede wszystkim z powodu niedoboru specjalistów jej dedykowanych. Jedyne połowa kadry POZ to specjaliści medycyny rodzinnej. Wg danych Ministerstwa Zdrowia w opiece podstawowej pracuje 21 tys. lekarzy. Tak, potrzebujemy minimum 21 tys specjalistów medycyny rodzinnej.*

*Drugi problem to stanie organizacyjnym okrakiem pomiędzy angielskim general practitioner'em (GP) a niemieckim hausarzt'em. Mnie bliższa jest koncepcja niemieckiego lekarza domowego, który osobiście prowadzi własną praktykę. W Polsce jednak od kilku lat skręcamy w kierunku sprawowania opieki podstawowej przez duże przychodnie, a nawet olbrzymie korporacje. Ciekaw jestem zdania młodych lekarzy rodzinnych. Poprosiłem o opinię świeżo upieczoną specjalistkę medycyny rodzinnej, dr Aleksandrę Śremską.*

Jerzy Rajewski

Specjalizacja z medycyny rodzinnej to bardzo młoda specjalizacja lekarska. Za jej początek w Polsce uznaje się 23 czerwca 1992 r. – wówczas odbyło się spotkanie założycielskie Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce. Jednym z pryncypiów medycyny rodzinnej jest ciągłość kompleksowej opieki medycznej – realizowana przez lekarzy rodzinnych, którzy nawiązują długoterminowe relacje z pacjentami. Ciągłość opieki zapewnia lepszy compliance, lepsze efekty terapeutyczne i redukcję błędów medycznych.

### **Skrzyżowanie internisty i pediatri?**

Lekarz rodzinny, obejmujący opieką medyczną zarówno dzieci, jak i dorosłych, często jest postrzegany jako „skrzyżowanie internisty i pediatri” – oczywiście w ograniczonym zakresie. Jednakże zakres kompetencji lekarza rodzinnego jest znacznie szerszy. Rodzinny diagnozuje i przynajmniej wstępnie leczy także schorzenia dermatologiczne, laryngologiczne, okulistyczne, neuro-

logiczne, psychiatryczne, chirurgiczne i in. Ponadto realizuje program szczepień ochronnych, jak również równolegle Narodowy Program Szczepień przeciw COVID-19, współpracuje z opieką długoterminową oraz hospicjami, realizuje profilaktykę zdrowotną, orzeka o stanie zdrowia pacjenta, wystawiając stosowne zaświadczenia.

### **Lekarz pierwszego kontaktu czy lekarz POZ?**

W stosunku do lekarza rodzinnego często stosuje się zamiennie określenie „lekarz pierwszego kontaktu”, co wydaje się jak najbardziej uzasadnione, i „lekarz POZ”, które już może nastroczać problemów z interpretacją. „Lekarz POZ” to wbrew pozorom nie jest określenie dotyczące wszystkich lekarzy pracujących w podstawowej opiece zdrowotnej. Akurat to określenie jest definicją ustawową zawartą w art. 6 Ustawy z 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej i opisuje lekarza spełniającego ściśle określone kryteria, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej albo który wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym NFZ zawarł umowę o udzielanie wyżej wymienionych świadczeń. Zgodnie z najnowszą definicją ustawową – lekarzem POZ, poza lekarzem specjalistą lub lekarzem odbywającym szkolenie w dziedzinie medycyny rodzinnej, może być także lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie medycyny ogólnej, w dziedzinie pediatrii, w dziedzinie chorób wewnętrznych, pod warunkiem, że spełnia on inne zawarte w ustawie kryteria. Natomiast określenie „lekarz POZ” często błędnie używane jest w odniesieniu do wszystkich pozostałych lekarzy różnych innych specjalizacji lub w trakcie szkoleń specjalizacyjnych pracujących w ramach podstawowej opieki zdrowotnej na stałe lub tymczasowo. Podsumowując – zarówno w odniesieniu do definicji ustawowej, jak i potocznego nazewnictwa lekarze POZ to bardzo heterogenna grupa.



## Lekarz domowy?

Bardzo intrygującym i dość popularnym wśród pacjentów określeniem stosowanym wobec lekarza rodzinnego jest również „lekarz domowy”. Okazuje się bowiem, że lekarz rodzinny często bywa, a przynajmniej powinien być takim właśnie „przyjacielem domu”. Z uwagi na częstotliwość kontaktów pacjentów z lekarzem rodzinnym z reguły posiadają oni wyobrażenie o zakresie jego kompetencji, ale specjalizacja z medycyny rodzinnej nie do końca jeszcze ugruntowała się w ich świadomości. Pacjenci bywają zdziwieni, że jest to zupełnie odrębna specjalizacja lekarska. W mojej praktyce spotkałam się z pytaniami pacjentów: „A to gdzie Pani jeszcze pracuje? W jakim szpitalu? Nie chciała Pani robić jakiejś specjalizacji?”. To dla lekarza w trakcie specjalizacji i dla specjalisty medycyny rodzinnej lekko frustrujące. Zapewne ta niewiedza pacjentów wynika z faktu, że lekarze różnych specjalizacji pracują w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, przy czym i tak nie rozwiązuje to problemu ogromnego deficytu lekarzy rodzinnych w Polsce.

### Specjalizacja z medycyny rodzinnej...

... nie jest szczególnie popularna i postrzegana jako atrakcyjna wśród młodych lekarzy dokonujących wyboru specjalizacji. Znaczna część specjalistów medycyny rodzinnej jest w wieku emerytalnym, a wśród młodszych coraz większym problemem wydaje się być wypalenie zawodowe. Medycyna rodzinna w moim przekonaniu jest specjalizacją wszechstronną i ciekawą, choć polskie realia znacznie ograniczają jej potencjał. W trakcie specjalizacji w dziedzinie medycyny rodzinnej każdy lekarz przez 2 lata zdobywa wiedzę i umiejętności w swojej placówce macierzystej, a w kolejnych dwóch latach szkolenia specjalizacyjnego realizuje zewnętrzne staże kierunkowe w różnych oddziałach klinicznych oraz w poradniach specjalistycznych. Obowiązkowo musi zrealizować staże z zakresu takich dziedzin jak: interna, pediatria, chirurgia, ginekologia, a następnie realizuje staże fakultatywne, wybrane zgodnie ze swoimi preferencjami, pracując przykładowo w oddziale dermatologii, okulistyki, rehabilitacji, neurologii albo w hospicjum.

Celem medycyny rodzinnej jest zagwarantowanie pacjentowi wszechstronnej opieki, do czego ma przygotować szkolenie specjalizacyjne, jak i ciągłości opieki, poprzez wypracowanie trwałych i wieloletnich relacji lekarz – pacjent. Zgodnie z tą ideą lekarz rodzinny powinien bardzo dobrze znać swoich pacjentów i sprawować wieloletnią opiekę nad całymi rodzinami pacjentów. W mojej opinii aktualnie staje się to coraz bardziej niemożliwe z uwagi na wzrost liczby świadczeń zdrowotnych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej przy jednoczesnym deficycie lekarzy rodzinnych. System podstawowej opieki zdrowotnej staje się coraz bardziej niewydolny. Coraz częściej pacjentem zajmują się

różni, rotujący się lekarze POZ, co nie wpływa dobrze na jakość opieki medycznej. Ponadto medycyna rodzinna jest dyscypliną, w której czas i uwaga poświęcona przez lekarza na wysłuchanie pacjenta jest tym, czego nie da się zastąpić żadną inną metodą terapeutyczną, przy czym czas poświęcony pacjentowi staje się w Polsce coraz krótszy. Wynika to nie tylko z braków kadrowych czy zbyt dużej liczby pacjentów przypadających na jednego lekarza rodzinnego – powyżej dwóch tysięcy pacjentów, ale także z nadmiaru biurokracji. Nie wspominając już o dodatkowych obowiązkach lekarza rodzinnego w obliczu pandemii, a więc diagnostyce i leczeniu COVID-19.

Telemedycyna, która pomaga nam utrzymać ciągłość opieki medycznej w ramach POZ od początku trwania pandemii, ma zastosowanie jedynie w przypadku kontynuacji leczenia przewlekłego i nie rozwiązuje problemu przeciążenia lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. W krajach takich jak np. Holandia, Dania, Irlandia, Szwecja czy Szwajcaria – podstawowa opieka zdrowotna jest bardzo dobrze rozwinięta, a warunki pracy są o wiele lepsze ze względu na ogromną pomoc ze strony personelu medycznego, zwłaszcza pielęgniarek, które posiadają szerszy zakres kompetencji niż w Polsce. Bardzo duże znaczenie w odciążeniu lekarzy pierwszego kontaktu mają tam także sekretarki medyczne. Ponadto telemedycyna w podstawowej opiece zdrowotnej funkcjonuje tu od lat.

W Polsce nie do końca docenienia się rolę lekarza rodzinnego u podstawy systemu. Jesteśmy dopiero na etapie poszerzania kompetencji lekarza rodzinnego, budowania i zacieśnienia efektywnej interdyscyplinarnej współpracy pomiędzy lekarzami rodzinnymi a lekarzami innych specjalizacji. O to ostatnie szczególnie zabiegam w wymiarze lokalnym w ramach Komisji ds. Młodych Lekarzy, która podjęła się organizacji systematycznych interdyscyplinarnych szkoleń dla lekarzy. Lekarz rodzinny z reguły zna dobrze swoich pacjentów – widzi różne choroby, ale ciągle te same twarze i to go wyróżnia na tle specjalistów innych dziedzin medycznych, którzy widzą te same choroby, a różne twarze. Pacjenci często bywają zagubieni w skomplikowanym systemie ochrony zdrowia – potrzebują swojego lekarza rodzinnego jako przewodnika po systemie, lekarza podchodzącego do nich w sposób holistyczny i jako przyjaciela rodziny.

*O autorce: Aleksandra Śremska – wiceprzewodnicząca Komisji ds. Młodych Lekarzy przy Bydgoskiej Izbie Lekarskiej, wiceprezeska Kolegium Lekarzy Rodzinnych Oddziału Kujawsko-Pomorskiego, działaczka Porozumienia Rezydentów i @polekwmedycynie, inicjatorka akcji medialnej #wylecznienawieść, specjalistka medycyny rodzinnej i certyfikowana lekarka Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością, absolwentka studiów podyplomowych w zakresie prawa medycznego i zarządzania w ochronie zdrowia. (przedruk z „Primum” nr 10/21)*

# CHOROBY ODZWIERZĘCE – NIEDOCENIANI WROGOWIE

Większość chorób zakaźnych pochodzi od zwierząt. Groźne dla nas są bakterie, grzyby, priony, robaki i pierwotniaki. W przyszłości problemów mogą przysporzyć nam jednak wirusy, które dysponują największym potencjałem pandemicznym.

Współcześnie jesteśmy dumnymi, ale pysznymi świadkami postępu w zwalczaniu i prewencji chorób zakaźnych, jaki dokonuje się w tym zakresie od ponad 100 lat. Trudno wymienić wszystkie wielkie nazwiska, w tym noblistów, którzy się do tego przyczynili, ale jako specjalista chorób zakaźnych nie mogę nie przywołać wypowiedzi Franka Macfarlane'a Burneta, wybitnego uczonego, laureata Nagrody Nobla z 1960 r. za pionierskie badania dotyczące reakcji immunologicznej u ludzi. Był świadkiem niszczycielskich pandemii, w tym słynnej hiszpanki z 1918 r. Pisał wówczas: „Od początku rolnictwa i urbanizacji aż po współczesne mi czasy choroby zakaźne stanowiły główną przyczynę umieralności ludzi”, aby w połowie lat 70. XX wieku w 4. wydaniu swej książki *Natural History of Infectious Diseases* prorokować: „Co do przyszłości chorób zakaźnych, to nie wydarzy się nic nowego”.

## Przełamywanie barier

Jak bardzo się mylił, okazało się już 4 lata później, gdy w Kongu pojawiło się ognisko gorączki Ebola, której pierwszą znaną ofiarą śmiertelną był dyrektor tamtejszej szkoły wiejskiej. Brak czasu, by szerzej rozwijać ten temat, ale dodajmy jeszcze, że w 1988 r. enterokoki (bakterie jelitowe), uodporniwszy się na antybiotyki ostatniej szansy (wankomycyna), stały się częstą przyczyną zakażeń szpitalnych jako superbakterie. A w 1997 r. szczep H5N1 wirusa grypy, przełamując barierę genetyczną między drobiem (kury) a człowiekiem (w Hongkongu), zapoczątkował pierwszą światową falę ptasiej grypy.

Epidemie chorób zakaźnych dziesiątkują ludzi niemal każdego roku, co stanowi poważne wyzwanie dla medycyny – tym bardziej, że poza powracającymi starymi, dawnymi wrogami, coraz częściej wiele z tych infekcji jest nowych dla naszego gatunku, jak chociażby koronawirus SARS-CoV-2, który wywołał wcześniej nieznaną chorobę i spowodował zachorowanie milionów i zgony tysięcy ludzi. Jak wynika z badań opublikowanych w „*Science of the Total Environment*”, zmiany, jakie dokonały się w ostatnim stuleciu w roślinności południowych prowincji Azji, stworzyły nowe, odpowiednie środowisko dla nietoperzy, które przeniosły się na inne, dotąd dziewicze dla nich obszary. Oczywiście przy okazji zabrały ze sobą wirusy, które weszły w interakcję z innymi zwierzętami, które przyjęły rolę rezerwuarów, czy/i wektorów, jak – być może – łuskowce. Jak podaje zoolog dr Robert Beyer z Cambridge, światowa populacja nietoperzy jest nosicielem około trzech tysięcy różnych koronawirusów. Dotąd znamy trzy z nich (SARS-CoV-1, MERS i SARS-

-CoV-2), które transmitowały do człowieka, a następnie rozprzestrzeniły się wśród ludzi.

## Koronawirusy – groźni wrogowie

Wirusy potrafią zmieniać gospodarzy, przeskakując z jednego rodzaju (gatunku) na inny, jednocześnie stając się niebezpiecznymi patogenami w nowym środowisku. W wyniku tych ewolucji coraz więcej nowych ludzkich chorób zakaźnych ma pochodzenie odzwierzęce. Pewne typy wirusów wykorzystują predylekcję do wywoływania pandemii. Właśnie koronawirusy należą do takich, głównie z uwagi na charakter ich genomów oraz zdolności ewoluowania i zmienności. Warto mieć na uwadze, że należą do słynnej już kategorii jednoniciowych RNA, w której znajdują się m.in. wirusy: grypy, Eboli, wściekliczny, Nipah, hantawirusy i retrowirusy, a także wirus odry. Ich zła sława wiąże się ze skłonnością do mutowania i tworzenia mnóstwa genetycznych wariacji podczas replikacji. W „*Pathogens*” z lutego 2021 r. ukazała się publikacja Haydena Hedmana i współpracowników, wśród których byli mikrobiolodzy, genetycy molekularni, immunolodzy oraz lekarze weterynarii kilku współpracujących ze sobą uniwersytetów amerykańskich. Jednocześnie opisują możliwość transmisji SARS-CoV-2 nie tylko między ludźmi, ale również między ludźmi i zwierzętami, a także między samymi zwierzętami różnych gatunków. Zwrócono też uwagę na możliwość (w szczególnych warunkach) transmisji od zwierząt do człowieka, nie wykluczając zwierząt domowych, pozostających w bliższym kontakcie z chorym zakaźnie. W obliczu nowych zagrożeń nie można nie brać pod uwagę tego, że wirusy i kolejne epidemie/pandemie przez nie spowodowane czekają nas nieuchronnie.

## Pandemiczny potencjał

W połowie lutego 2021 r. rosyjskie służby sanitarne poinformowały o wyizolowaniu z wymazów pobranych od pracowników фермы drobiu w południowej Rosji (7 zachorowało, ale zbadano wszystkich) nowego szczepu grypy ptasiej H5N8! Jest to informacja o tyle niepokojąca, że gniazda zakażeń tym szczepem wirusa wykryto u drobiu (fermy japońskie, chińskie, koreańskie i brytyjskie), ale tylko u ptactwa. Dotychczas ten szczep grypy uważano za niegroźny dla ludzi. Tymczasem stwierdzone zachorowania wśród pracowników, choć łagodne, ale typowe dla grypy dowodzą, że szczep H5N8 pokonał barierę międzygatunkową i przenosi się na ludzi, ale jeszcze nie między ludźmi. Jednak ujawnienie takiej możliwości jest tylko kwestią czasu, co wynika z dotychczasowych doświadczeń z wirusami grypy i może stać się przyczyną kolejnej pandemii.

Potencjał pandemiczny ma również wirus Nipah, który także wywołuje ostrą niewydolność układu oddechowego oraz zapalenie mózgu. Co ważne, jest o 40-75 razy



bardziej śmiertelny niż COVID-19. Przeskoczył na ludzi, podobnie jak tamten, z nietoperzy i może być przenoszony między ludźmi, a także przez skażoną żywność! Pierwsze zachorowania ujawniono w 1999 r. w Malezji wśród handlowców świń. Śmiertelność wynosiła wtedy 30%. Rozprzestrzenił się po Azji: w Indonezji, Indiach i na Filipinach, ale dotarł również do Ghany i na Madagaskar. Naukowcy zastanawiają się, co spowodowało, że to właśnie ten spośród 50 wirusów bytujących u nietoperzy stał się patogeny dla człowieka.

Podobny pandemiczny potencjał ma kilkanaście już znanych naukowcom wirusów, które bez trudu będą się przenosić z człowieka na człowieka i wywoływać pandemię.

### **Epidemia, która zaczyna się od zwierząt**

Spośród około 400 zidentyfikowanych chorób zakaźnych, które występowały na świecie w 1940 r., ponad 60% pochodziło od zwierząt! Warto podkreślić, że zagrożić nam mogą nie tylko wirusy i bakterie, ale także: grzyby, priony, robaki i protisty (dawniej nazywane pierwotniakami).

Posługując się modelami matematycznymi, naukowcy są jednak zgodni, że najwięcej problemów w przyszłości mogą nam przysporzyć wirusy, które „przeskoczyły” ze zwierząt na człowieka i to one dysponują największym potencjałem pandemicznym. Rozwijają się szybko, mutują, brakuje skutecznych leków przeciw nim, cechują się wysoką śmiertelnością wśród swoich ofiar.

Poza Nipah do najgroźniejszych zaliczono wirusy powodujące gorączki krwotoczne (Marburg, Ebola, Lassa). Epidemie wywołane wirusem Lassa występują regularnie w wielu krajach Afryki Zachodniej, a trwają dłużej niż Ebola czy Marburg, które pojawiają się sporadycznie i szybko wygasają.

Nowe, groźne dla nas wirusy pojawiają się tam, gdzie zachodzi częsta interakcja między ludźmi i zwierzętami. Czy można wyliczyć, że np. wirus Schmallerberg powodujący samoistne poronienia u zakażonych zwierząt albo wirusy wenezuelskiego, końskiego zapalenia mózgu i Mayaro, które już kilkakrotnie powodowały epizooty (czyli zarazy) wśród zwierząt w Ameryce Południowej i Środkowej, nie przeskoczą na człowieka i zaczną się rozprzestrzeniać między ludźmi?

### **Mikroby pozornie oswojone**

Wiele wirusów krąży wśród drobiu domowego i świń, które również mają w płucach receptory, np. dla wirusa grypy. Dlatego tak łatwo doszło do interakcji materiału genetycznego, a np. targowiska, na których zwierzęta domowe są pomieszane z dzikimi, są idealnym środowiskiem dla dostosowywania się drobnoustrojów (patogenów) do kolejnych gatunków i przejścia na człowieka. To powoduje, że nowa, agresywna epidemiologicznie i klinicznie pandemia jest nieunikniona.

Pozornie pokonane mikroby przystąpiły do kontrofensywy. Według „Historii medycyny” Johna Pickstane’a z Uniwersytetu w Manchesterze zawiodą mechanizmy kontroli chorób zakaźnych. Współczesnym tego przykładem jest nieradzenie sobie z zagrożeniami wynikającymi chociażby z uprzemysłowienia rolnictwa, gdzie np. przy użyciu nowoczesnych żniwiarek dochodzi do rozpylenia w powietrzu krwi kaleczonych gryzoni polnych, a w niej wirusów, które wywoływały choćby w latach 50. XX wieku w Brazylii ciężkie zachorowania wśród rolników. 10 lat później, również w Brazylii, opisywano zakażenie wirusem Machupo u ludzi penetrujących zamieszkałe przez gryzonie i inne drobne zwierzęta składowiska starych opon, będące wylegarnią drobnoustrojów. Z kolei przy młóceniu zielonego groszku dochodziło do przypadków leptospirozy.

### **Co nas czeka w przyszłości**

I jeszcze ostatnie doniesienia z USA oraz z Chin niewykluczające ściągnięcia na nas kolejnej pandemii grypy – niestety, za pośrednictwem psów (czasopismo „mBio”), na które z kolei wirus może się przenosić ze świń. Psy mają już swój udział także w szerzeniu dirofilariozy.

W 2020 r. „Science Magazin” opisał zakażenie trądem dziko żyjących szympanów i to w dwóch grupach oddalonych od siebie o tysiąc kilometrów w regionach Afryki Zachodniej. Naukowcy nie wykluczają, że bakteria *Mycobacterium leprae* miała w przeszłości nosiciela (rezerwuara) innego niż człowiek.

Podsumowując, trzeba powiedzieć, że jak się wydaje (o czym głośno mówią naukowcy, w tym epidemiolodzy i ekolodzy), stoimy u wrót zakażenia pandemicznego o nieznanym dotąd charakterze.

*Maciej SAS, prof. dr hab. n. med. Andrzej GŁADYSZ  
(przedruk z „Medium” nr 10/12)*

## **NADAL ODSTĘPSTWA OD PROCEDUR**

„System monitorowania niepożądanych działań leków nie funkcjonuje prawidłowo. Działania te, rozpoznawane w szpitalach, nie zawsze są jednak zgłaszane przez pracowników medycznych do odpowiednich organów. Zaniechania te nie pozwalają na dokładne poznanie zagrożeń towarzyszących farmakoterapii, a w konsekwencji na ograniczanie niektórych niekorzystnych następstw stosowania leków”.

Do takich wniosków prowadzą wyniki kontroli przeprowadzonej przez inspektorów NIK. Wskazują oni na konieczność, zgodnego z obowiązującymi procedurami, przekazu informacji w tej bardzo ważnej dziedzinie. To niezbędny warunek, aby system nadzoru nad bezpieczeństwem farmakoterapii spełniał swoje zadania. Poza tym ów nadzór, prowadzony globalnie i indywidualnie





w poszczególnych krajach, jest ważnym elementem systemów opieki zdrowotnej na całym świecie.

Działaniem niepożądanym produktu leczniczego (ndl) jest każde niekorzystne i niezamierzone działanie produktu leczniczego. Taką definicję przyjęła Unia Europejska. Tymczasem w niektórych szpitalach jest ona zawężana, wykluczane są na przykład następstwa stosowania leków przed przyjęciem do szpitala lub w dawkach innych niż terapeutyczne. Raport NIK wskazuje na następujące sytuacje, w jakich mogą wystąpić niepożądane działania leku:

- gdy stosuje się lek zgodnie ze wskazaniami i w zalecanej dawce,
- gdy stosuje się lek we wskazaniach innych od tych, które zawarte są w ulotce, czyli informacji dla pacjenta – off-label use (pozarejestryjne stosowanie leku),
- gdy nadużywa się leku,
- gdy stosuje się lek w celach pozamedycznych,
- gdy przedawkuje się lek – świadomie lub nieświadomie,
- gdy popełniony został błąd w stosowaniu leku.

Odstępstwa od procedur nie są niestety czymś nowym. Już we wcześniejszych kontrolach – czytamy w dokumencie Najwyższej Izby Kontroli – prowadzonych w latach 2016–2019, NIK stwierdziła, że zgłoszeń ndl nie przekazywano do właściwych instytucji oraz do aptek szpitalnych lub przekazywano je ze znacznym opóźnieniem. W trakcie obecnej kontroli monitorowania ndl stwierdzono, że żaden ze skontrolowanych szpitali nie zadbał o prawidłowe funkcjonowanie systemu wychwytywania, zgłaszania i analizowania niepożądanych działań leków. Aż w 30% kontrolowanych szpitali personel medyczny nie stwierdził żadnego ndl, a w 20% szpitali liczba ndl stwierdzonych przez personel medyczny w okresie trzech lat wahała się od dwóch do ośmiu przypadków.

Zgłoszenia niepożądanych działań leków (ndl), w tym niepożądanych odczynów poszczepiennych (nop), powinny trafiać do właściwego urzędu lub podmiotu odpowiedzialnego. Zarówno Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, jak i podmioty odpowiedzialne zobowiązane są do dokonania analiz przyczynowo-skutkowych otrzymanych zgłoszeń i przekazania ich do zewnętrznych baz danych. W Polsce działają też w ramach uczelni w Krakowie, Poznaniu, Wrocławiu, Szczecinie i Gdańsku regio-

nalne ośrodki monitorowania ndl. Chociaż są one niezależne od URPL i nie są formalnie włączone do systemu zgłaszania ndl, to gromadzą i analizują dane o ndl, a także prowadzą działalność informacyjno-szkoleniową dla pracowników ochrony zdrowia w zakresie zgłaszania ndl.

Zgłoszenia ndl – czytamy w dalszym ciągu wspomnianego raportu – pochodzą najczęściej od lekarzy. Personel pielęgniarski i ratowniczy jest mniej aktywny w tym zakresie. Ustalenia kontroli oraz wyniki badań ankietowych 840 respondentów pokazują także, iż zdarzają się sytuacje, w których osoby wykonujące zawody medyczne błędnie interpretują definicję ndl, nie znają jej lub nie stosują. Badania w zakresie znajomości przez personel medyczny zasad monitorowania ndl wykazały w ponad 300 przypadkach (z 1190 analizowanych przez NIK), że nie uznał on negatywnych skutków działania leków za ndl, mimo że spełnione zostały przesłanki do takiej kwalifikacji. Z tego aż 85% przypadków, zgodnie z ustawową definicją, powinno zostać uznanych za ciężkie ndl, ponieważ spowodowały one konieczność hospitalizacji. Niemal połowa ndl stwierdzonych przez pracowników medycznych w kontrolowanych szpitalach nie została w ogóle zgłoszona do urzędu lub podmiotu odpowiedzialnego bądź została zgłoszona z opóźnieniem przekraczającym ustawowe 15 dni.

Wnioski skierowane przez NIK do ministra zdrowia wskazują m.in. na konieczność:

- przeprowadzenia rzetelnej analizy potrzeb finansowych URPL niezbędnych dla zapewnienia prawidłowej realizacji obowiązków związanych z analizą i przekazywaniem zgłoszeń ndl,
- zwiększenia udziału w procesie nauczania przyszłych lekarzy i innych osób wykonujących zawody medyczne zagadnień związanych z ndl oraz stałego podnoszenia kwalifikacji w tym zakresie, zmiany prawa poprzez wprowadzenie obowiązku odnotowywania w dokumentacji medycznej wystąpienia ndl ze wskazaniem kategorii, do której ono należy, podjęcia działań legislacyjnych mających na celu wprowadzenia w przepisach powszechnie obowiązujących definicji pojęcia „monitorowanie niepożądanych działań leków”.

(ap)

(przedruk z Biuletynu Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 12/20-1/21)

## UWAGA! TAKIE SYTUACJE MOGĄ BYĆ CORAZ CZĘSTSZE

Po zaostreniu prawa aborcyjnego lekarze rodzinni powinni szczególnie uważać podczas wystawiania recept na leki, zawierające np. mizoprostol - zaleca Andrzej Matyja, Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej.

**Panie doktorze, ostatni wyrok Trybunału Konstytucyjnego, zmieniający dotychczasowe prawo aborcyjne, może wpłynąć, pana zdaniem, na pracę zawodową lekarzy?**

Uważam, że tak. Nie zamierzam się tu wdawać w dyskusję światopoglądową, a tym bardziej w politykę, ale



chciałbym przestrzec wszystkich, aby byli wyjątkowo czujni przy podpisywaniu recept.

#### **Dlaczego?**

Aby przypadkiem nie wystawić albo nie podpisać recepty na której jest lek, mogący wywołać poronienie.

**Uważa pan, że pacjentki lub ich partnerzy mogą teraz próbować wyłudzać recepty na takie preparaty?**

Mieliśmy do czynienia z tego typu przypadkami już wcześniej, teraz takie sytuacje mogą być coraz częstsze.

**Ostatnio jedna z takich spraw wpłynęła do Biura Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, prawda?**

W styczniu tego roku otrzymałem pismo z prokuratury informujące, że toczy się dochodzenie w sprawie naruszenia art.152 §2 Kodeksu Karnego przez lekarza rodzinnego, pracującego w jednym z ośrodków zdrowia w naszym województwie. Prokurator chciał wiedzieć, czy w tym przypadku nie doszło także do naruszenia art. 42 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Artykuł 42 UOZL mówi o tym, że lekarz może bez dokonania badania pacjenta wystawić receptę, niezbędną do kontynuacji leczenia, jeżeli jest to uzasadnione stanem zdrowia pacjenta, odzwierciedlonym w dokumentacji medycznej. Natomiast art. 152 §2 kk to już sprawa przygotowująca zazwyczaj lekarza o palpitację serca. Mianowicie art. 152 §1 brzmi: Kto za zgodą kobiety przerywa jej ciążę z naruszeniem przepisów ustawy, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3. § 2 Tej samej karze podlega, kto udziela kobiecie ciężarnej pomocy w przerwaniu ciąży z naruszeniem przepisów ustawy lub ją do tego nakłania.

#### **Możemy poznać trochę szczegółów tej sprawy?**

Pacjentki nie stać było na kolejną ciążę, nie miała pieniędzy na zabieg w podziemiu aborcyjnym ani na zabieg za granicą. Dowiedziała się gdzieś, że można nabyć w aptece, ale tylko na receptę, tabletki stosowane w chorobie wrzodowej żołądka o nazwie Cytotec, które po zażyciu odpowiedniej dawki spowodują poronienie. Jej plan był prosty. Przynajmniej raz w miesiącu przychodziła do Ośrodka Zdrowia po recepty na swoje choroby. Aby nie tracić czasu w kolejkach, zazwyczaj wypisywała kartkę

z nazwami koniecznych specyfików i podawała pielęgniarkę w rejestracji.

**Czyli schemat obecnie praktykowany chyba w każdej przychodni...**

W ten sposób na zamówieniu pojawił się Cytotec. Nazwa chemiczna leku to misoprostol, a pacjentka na stałe zażywa mesopral, inhibitor pompy protonowej. Nazwy bardzo podobne. Pielęgniarka wypisała leki na recepcie, wyciągnęła dokumentację pacjentki i zaniósła do lekarza. Ten przystawił pieczętkę i dał podpis. Miał pełne zaufanie do swoich współpracownic. Taki system bardzo usprawnia pracę. W ten oto sposób pacjentka zdobyła potrzebny jej lek.

O całej tej sprawie wiedział tylko jej partner. Zażyła doustnie jednorazowo cztery tabletki. Naturalnie po kilku godzinach pojawił się ból brzucha oraz krwawienie z pochwy, bo tak właśnie działa misoprostol. Substancja jest dość powszechnie stosowana w położnictwie do zwalczania krwotoków poporodowych oraz do indukcji czynności skurczowej macicy, jednak dawkowana jest jako „off label”. Pacjentka, mimo że oczekiwała takiego efektu, to wpadła w przerażenie. Wezwała karetkę i pojechała do najbliższego szpitala na oddział ginekologiczny. Tam, jak na spowiedzi, opowiedziała lekarzowi o wszystkim, ze szczegółami. Ciąża była wczesna, więc lekarze opróżnili jamę macicy drogą kuretażu. Po zabiegu jednak byli zobowiązani powiadomić prokuraturę o możliwości popełnienia przestępstwa przez lekarza, który wystawił receptę na Cytotec i przyczynił się do przerwania ciąży.

**W podobnej sytuacji może właściwie znaleźć się każdy lekarz rodzinny...**

Tak, dlatego chciałbym przestrzec wszystkich, by szczególnie uważali, gdy podpisują się na recepcie. Na zakończenie powiem, że ciekawostką w całej tej sytuacji jest to, że do odpowiedzialności karnej może być pociągnięty lekarz, który wystawi receptę na taki preparat, a kobieta, która połknie takie tabletki, za czyn określony w art. 152 kk nie podlega karze.

#### **Dziękuję za rozmowę.**

*(przedruk z „Eskulapa Świętokrzyskiego” nr 3-4/21)*

## **OPŁATA CZY DOPŁATA**

W czerwcu 2021 r. Polskie Towarzystwo Stomatologiczne wydało stanowisko, w którym rekomenduje wprowadzenie regulacji pozwalających – w sytuacjach uzasadnionych względami medycznymi – udzielać pacjentowi świadczeń spoza koszyka NFZ podczas wizyty w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Stanowisko PTS jest bezpośrednim pokłosiem sporu, jaki od lat toczy się między Narodowym Funduszem Zdrowia a lekarzem dentystą działającym na obszarze Okręgowej Izby Lekarskiej w Rzeszowie. W ostatnim

czasie lekarz dentysta złożył apelację do wyroku wydanego przez sąd rejonowy skazujący go za „przestępstwo poświadczenia nieprawdy w składanych do NFZ sprawozdaniach i spowodowania niekorzystnego rozporządzenia mieniem przez NFZ”. Sprawa stała się medialna, gdyż sam zainteresowany lekarz otwarcie informował o niej zarówno przedstawicieli środowiska lekarskiego, parlamentarzystów, jak i media.

Zarzuty NFZ dotyczyły dodatkowych świadczeń, jakie lekarz dentysta udzielał po zabiegach chirurgicznych



wykonywanych w ramach NFZ, a mianowicie aplikacji materiału kościozastępczego (tzw. biomasy), za co pobierał dopłatę na tej samej wizycie. Fundusz dopatrzył się też „prywatnego charakteru wizyty” w fakcie pobierania opłaty za trzecie zdjęcie RTG (jak wiadomo, koszyk świadczeń stomatologicznych przewiduje tylko dwa zdjęcia w okresie roku).

Wydane stanowisko PTS porusza prawne i medyczne aspekty sporu, podnoszonego niejednokrotnie przez lekarzy dentystów, a dotyczącego możliwości pobierania tzw. „dopłat” do świadczeń nieobjętych refundacją, a wykonywanych jednocześnie ze świadczeniami gwarantowanymi. Stanowisko PTS sprowadza się do dwóch zasadniczych elementów:

- świadczeniodawca nie może być karany za leczenie pacjenta zgodnie z Deklaracją Lekarską;
- brak reakcji ze strony organów władzy publicznej w Polsce na stanowisko PTS powinien spotkać się z weryfikacją, m.in. na poziomie unijnym.

Jak mówi mec. Natalia Krej, radca prawny Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, pacjenci powinni być leczeni zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, a lekarze nie mogą ponosić odpowiedzialności za sytuację wynikającą z istniejących luk w prawie czy w funkcjonowaniu systemu medycznego w Polsce i dodaje, że problemem jest fakt, iż w polskim systemie prawnym nie istnieje jeden uniwersalny mechanizm finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych. Na stronach lokalnych oddziałów NFZ można znaleźć różną interpretację prawną, dopuszczającą lub niestosowanie „dopłat” do stomatologicznego leczenia gwarantowanego. W samej ustawie natomiast można znaleźć definicję legalnego świadczenia gwarantowanego, którym jest świadczenie opieki zdrowotnej „finansowane w całości lub współfinansowane ze środków publicznych”. Jak podkreśla mec. Krej: – Definicja ta wskazuje jednoznacznie na wolę ustawodawcy dopuszczalności istnienia w polskim publicznym systemie ochrony zdrowia mechanizmów współfinansowania (współfinansowania) świadczeń opieki zdrowotnej przez świadczeniobiorców.

Stanowisko PTS poparła Naczelna Izba Lekarska, wysyłając do sądu pismem stanowisko w tej sprawie oraz ustnie przedstawiając uzupełniające uwagi samorządu lekarskiego na rozprawie apelacyjnej. Uwagi te dotyczyły m.in. niejednolitego stanowiska różnych oddziałów Funduszu oraz powszechnej w systemie opieki zdrowotnej praktyki łączenia świadczeń komercyjnych i refundowanych, np. podczas wystawiania skierowań na badania laboratoryjne płatne i niepłatne. Podkreślano też konieczność odróżnienia pojęć finansowania w formie „dopłat” od „opłat”. Wskazano, że jednoczesne wykonanie zabiegów podstawowego i uzupełniającego (komercyjnego) w tej konkretnej sytuacji podyktowane było interesem pacjenta. Na koniec, przedstawiciele samorządu podważyli również samą metodologię zbierania dowodów w sprawie – na podstawie ankiet wysyłanych do pacjentów, u których przeprowadzono takie zabiegi.

W omawianym postępowaniu – po rozpatrzeniu apelacji lekarza i stanowiska NRL – Sąd Okręgowy w Rzeszowie 9 lipca 2021 r. uchylił wyrok sądu rejonowego i przekazał sprawę do ponownego rozpatrzenia przez sąd pierwszej instancji. Nie zmienia to faktu, że w całym kraju trwają kontrole NFZ-etu prowadzone na podstawie wytycznych organów ścigania, a polegające na wzywaniu pacjentów do osobistego stawiennictwa i złożenia wyjaśnień na okoliczność udzielenia (lub nieudzielenia) im tych czy innych świadczeń zdrowotnych w takim czy innym czasie. Według słów lek. stom. Andrzeja Cisi, przewodniczącego KS NRL: – Całość niesie z naturalnych względów od początku posmak sprawy kryminalnej. W społecznym odbiorze takiego postępowania przysługujące lekarzowi domniemanie niewinności schodzi na dalszy plan. Wszystko to automatycznie nadwątla pozycję lekarza, która w obliczu wykonywania przez niego zawodu zaufania publicznego jest koniecznym warunkiem jego prawidłowego wykonywania.

Zapewne sami pacjenci dawno się już pogubili w tym wszystkim.

Patrycja PROC

Źródła: [www.infodent24.pl](http://www.infodent24.pl), [www.nil.org.pl](http://www.nil.org.pl)  
(przedruk z „Panaceum” nr 10/21)

## SILNY UMYSŁ NA TRUDNE CZASY – RZECZ O ODPORNOŚCI PSYCHICZNEJ

Żyjemy w ciekawych, ale trudnych i wymagających czasach. Świat pędzi nieubłagane – coraz szybciej zmienia się nasze otoczenie, domy, samochody, urządzenia usprawniające pracę, zwiększa się też dostęp do informacji. Pojawiają się nowe oczekiwania, potrzeby, zagrożenia: zmiany klimatu, konflikty społeczne, migracje, epidemie (COVID-19). Nic dziwnego, że wielu z nas traci siły i zaczyna się gubić, co często ujawnia się w codziennych rozmowach: „mam

już tego dość”, „dłużej chyba nie dam rady”, „nie mogę się doczekać, gdy wszystko wróci do normy”. Gabinety psychologów wciąż zapełniają się nowymi pacjentami. Jednocześnie spotyka się ludzi, którzy mimo ograniczeń pandemii i trudności realizują swoje cele i stawiają sobie nowe wyzwania – często mówi się o nich, że mają silny umysł, są „twardzi” psychicznie albo mają dużą odporność psychiczną. Odporność psychiczna. Co to takiego?



Nikt z nas nie lubi doświadczać poczucia bezsilności, zwątpienia czy frustracji. Kiedy jednak nie potrafimy uporać się z nadmiarem obciążeń i trosk, odczucia te stają się naszym udziałem. Warto zatem przyrzeć się bliżej zagadnieniu odporności psychicznej.

Według Jima Loehra, czołowego psychologa sportu, odporność psychiczna oznacza „zdolność do konsekwentnego działania w celu wykorzystania maksimum swoich umiejętności niezależnie od okoliczności rywalizacji oraz interakcji z innymi sportowcami, która leży u podstaw sukcesu sportowego”.

W 1995 roku Loehr w swojej książce „The New Toughness Training for Sport” doprecyzował pojęcie twierdząc, że składają się na nie:

- elastyczność emocjonalna – zdolność do radzenia sobie z różnymi nieoczekiwanymi emocjami;
- reakcja emocjonalna – zdolność do podtrzymywania napięcia emocjonalnego służącego większej wydajności (duch walki);
- siła emocjonalna – kontrola emocji w sytuacji stresu i presji;
- odporność emocjonalna – zdolność do radzenia sobie z porażką, trudnościami, rozczarowaniami.

Zaczął się od sportu, ale przecież kwestia odporności psychicznej dotyczy każdej sfery naszego życia. Nic więc dziwnego, że zagadnieniem zainteresowało się wielu uczonych. Celem ich badań stało się znalezienie odpowiedzi na pytania, co składa się na odporność psychiczną, co ją determinuje, jak można na nią wpływać.

Jedną z ważniejszych koncepcji jest trójskładnikowa teoria twardości/wytrzymałości psychicznej (hardiness). Susane C. Kobasa definiuje ją jako umiejętność radzenia sobie w trudnych warunkach i sytuacjach. Jej podstawę stanowią: umiejętność pokonywania wyzwań, wysokie poczucie wpływu i kontroli oraz zaangażowanie.

Obecnie najbardziej aktualny i powszechnie wykorzystywany do opisu odporności jest Model 4C, zaproponowany przez prof. Petera Clough’a (psycholog sportowy) i Douga Strycharczyka (dyrektor AQR International – organizacji opracowującej narzędzia badawcze i testy psychometryczne). Swoje badania przedstawili w interesującej, dostępnej na polskim rynku książce pt. „Odporność psychiczna. Strategie i narzędzia rozwoju”. Autorzy są także twórcami kwestionariusza MTQ48 (Mental Toughness Questionnaire) służącego do pomiaru odporności psychicznej. Według nich odporność psychiczna to cecha osobowości, która w dużej mierze decyduje o jakości radzenia sobie z presją, stresem, wyzwaniami.

W zaproponowanym modelu 4C ogólna wytrzymałość psychiczna opiera się na czterech filarach:

1. wyzwanie (challenge), które charakteryzuje się postrzeganiem wyzwań jako szansy oraz dostrzeganiem w kryzysach możliwości pozytywnych zmian/rozwoju.
2. pewność siebie (confidence), która oznacza wysoką wiarę we własne siły, kompetencje, możliwości.

3. zaangażowanie (commitment), czyli wytrwałość w dążeniu do celu, sumienność, konsekwentność i odpowiedzialność.

4. poczucie wpływu/kontroli (control) – wiara, że nasze działania, życie, zależą w głównej mierze od nas samych. Osoby z wysoką samokontrolą działają proaktywnie, biorą sprawy w swoje ręce, nie zrzucają odpowiedzialności na los czy inne osoby. To także umiejętność kontroli własnych reakcji emocjonalnych (na nich skupiał się głównie Jim Loehr).

#### **Czy można rozwinąć wytrzymałość/odporność psychiczną?**

Zdaniem autorów – pomimo tego, że jest to cecha osobowości warunkowana genetycznie – zdecydowanie tak. Można to zrobić poprzez pracę nad jej poszczególnymi składowymi.

##### **Wzmacnianie obszaru związanego z wyzwaniami**

Wzmacnianie tego obszaru polega na świadomym koncentrowaniu się na pozytywnych aspektach tego, co nas otacza i czego doświadczamy oraz pozytywnych oczekiowaniach w stosunku do wyników działania, zarówno swojego, jak i innych. To także dostrzeżenie i rozwijanie swoich pozytywnych stron, zdolności i zainteresowań oraz koncentracja na własnych zaletach.

Umiejętność dostrzegania pozytywów jest uważana za jeden z mierników zdrowia psychicznego. Skupianie się na mocnych stronach nie wyklucza dostrzegania błędów i porażek, ważne jest jednak to, aby nie były one powodem frustracji i zahamowań, lecz źródłem konstruktywnych wniosków. Taki sposób myślenia jest nazywany często myśleniem pozytywnym.

##### **Wzmacnianie pewności siebie**

Podstawą pewności siebie jest wysoka samoocena. Zmniejsza lęk i niepokój, redukuje stres, pozwala stawiać ambitne cele, podejmować trudne zadania oraz sprzyja radzeniu sobie z doznanymi porażkami. Samoocena związana jest ze świadomością tzw. osobniczego potencjału (to mocne strony człowieka: zalety i zdolności, umiejętności, osiągnięcia). Samoświadomość tworzymy dzięki samoobservacji i reakcji otoczenia na nasze działania. Ma szczęście ten, kogo własne otoczenie dostrzega i wspiera, przekazując konstruktywne informacje zwrotne, komplementy czy konstruktywną krytykę. Wiedząc, jak ważna jest samoocena i związane z nią poczucie wartości, przypominajmy sobie swoje osiągnięcia, umiejętności, zalety i cieszymy się z nich. Wspierajmy także innych, pokazując im, że ich dostrzegamy, komentując, doceniając, konstruktywnie krytykując – oni na pewno to docenią i zrewanżują się tym samym.

Inną kwestią jest świadomość własnych myśli (tzw. monolog wewnętrzny). Monolog wewnętrzny to pojawiające się w głowie uwagi na własny temat; ich istnienia nie zawsze jesteśmy w pełni świadomi. Treść monologu dotyczy obrazu własnej osoby, własnych praw i obowiązków i wpływa na zachowanie – czasami jak samospełniająca się przepowiednia.



Nasze myśli mogą nas motywować do działania (jesteś w tym dobry, zawsze dajesz sobie radę, wszyscy cię podziwiają...) lub działać hamująco (na pewno ci się to nie uda, wszyscy będą się śmiali, jesteś taki nieporadny, powinieneś ustąpić szefowi, nie powinieneś się wychylać itd.). Dlatego tak ważna jest umiejętność ich identyfikacji, zwłaszcza w sytuacjach trudnych, i przekształcanie tych hamujących na myśli konstruktywne (asertywne). Może się to odbywać poprzez: koncentrację na pozytywnych doświadczeniach, odwołanie się do praw osobistych i asertywnych, odwołanie się do własności osoby (do posiadanego potencjału).

### **Wzmacnianie zaangażowania**

Zaangażowanie rozumiane jest jako umiejętność wyznaczania sobie celów i konsekwencja w ich osiąganiu. Cele, które nas motywują do działania, to cele konkretne, łatwe do zmierzenia, wykraczające poza codzienną rutynę (będące wyzwaniem), ale realistyczne (możliwe do osiągnięcia) i określone w czasie.

Pamiętajmy, aby jednocześnie nie było ich zbyt wiele. Dzielimy je na etapy i nagradzamy się za ich realizację. Zaangażowaniu sprzyja koncentracja na pojedynczych zadaniach, ograniczanie bodźców rozpraszających, korzystanie z pomocy i wsparcia oraz dobra kondycja psychofizyczna (trening, odpoczynek, sen, posiłki).

### **Wzmacnianie kontroli**

Najważniejsze jest uświadomienie sobie, że nawet wśród sytuacji czy zdarzeń nieprzewidywalnych, losowych, całkowicie od nas niezależnych, odnaleźć można obszary, na które możemy oddziaływać. Taka psychologiczna postawa buduje wewnętrzną siłę i jest źródłem proaktywnych, konstruktywnych zachowań. Wzmacnianie kontroli to także pogłębianie umiejętności radzenia sobie ze stresem. Warto przypomnieć, że może się to odbywać poprzez redukcję związanego z nim napięcia, co można uzyskać dzięki różnym formom aktywności fizycznej (ćwiczenia gimnastyczne, sport, aktywny wypoczynek, praca fizyczna), poprzez stosowanie technik relaksacyjnych takich jak np. technika relaksacji Jakob-

sona, trening autogenny Schultza czy treningi uważności (mindfulness) oraz redukcję nieprzyjemnych emocji towarzyszących stresowi. Taki efekt wywołuje np. mentalna zmiana stosunku do zdarzenia wywołującego stres poprzez obniżenie jego rangi i znaczenia dla naszego życia – „trudno, jak się nie uda, to spróbuję jeszcze raz”, „na tym świat się nie kończy”, próby wyobrażania sobie swojego zachowania w sytuacji wywołującej stres np. konstruowanie scenariusza możliwego przebiegu rozmowy o pracę, swoich zachowań, wypowiedzi, ubioru itp. oraz otwarte przyznawanie się przed sobą (lub innymi) do własnego lęku, doznawanej przykrości (rozmowy na ten temat z osobami bliskimi czy terapeutami).

### **Podsumowanie**

Odporność psychiczna daje nam siłę do skutecznego radzenia sobie z wyzwaniami, stresem i presją. Jej wymiary: nastawienie do wyzwań, pewność siebie, zaangażowanie i kontrolę można świadomie wzmacniać i kształtować.

Pamiętajmy, że sprzyjają jej kondycja fizyczna i pozytywne relacje z innymi (wsparcie społeczne). Wykorzystajmy więc wspaniałe letnie miesiące do pracy nad swoim duchem, ciałem i relacjami z innymi ludźmi. Nagrodą będzie wzrastająca siła/odporność/wytrzymałość psychiczna i w konsekwencji bezcenne we współczesnych czasach: równowaga i wewnętrzny spokój.

*Lek. Dariusz DELIKAT*

*Lekarz laryngolog i psycholog. Absolwent AM we Wrocławiu oraz Uniwersytetu SWPS. Posiada wieloletni staż pracy w szpitalu i przychodni oraz w branży farmaceutycznej, gdzie m.in. zarządzał działem HR i działem szkoleń. Autor wielu programów szkoleniowych z zakresu szeroko pojętych umiejętności psychologicznych. Od 5 lat prowadzi cieszące się zainteresowaniem szkolenia w Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej (Wywieranie wpływu na zachowania i postawy pacjentów, Lekarz asertywny..., Analiza transakcyjna na co dzień..., Wypalenie zawodowe, Psychologia pacjenta...).*

*(przedruk z „Medium” nr 7-8/21)*

## **PRAWO NA CO DZIEŃ**

## **CZAS PRACY REZYDENTÓW**

W dniu 8 sierpnia 2020 r. weszła w życie ustawa z 16 lipca 2020 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2020 r., poz. 1291). Przyniosła ona m.in. zmiany istotne dla lekarzy odbywających specjalizację. Przepisy te, jak to stało się ostatnio normą, napisane są w sposób daleki od doskonałości

Specjalizacja zarówno w trybie rezydenckim, jak i pozarezydenckim obejmuje zgodnie z art. 160 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty:

1) pracę w wymiarze czasu równym czasowi pracy lekarza zatrudnionego w podmiocie leczniczym – 7 godzin 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin 55 minut



na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym,

2) pełnienie dyżurów medycznych lub pracę w systemie zmianowym lub równoważnym w maksymalnym czasie pracy dopuszczonym przepisami o działalności leczniczej (art. 16f ust. 3 pkt 2h) ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry), przy czym:

a) dyżury medyczne muszą być pełnione w maksymalnym czasie dopuszczalnym przepisami o działalności leczniczej (bez klauzuli opt-out), czyli 10 godzin 5 minut na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym,

b) praca w systemie zmianowym jest możliwa, jeśli program specjalizacji to dopuszcza i gdy lekarz pracuje na tej samej zmianie co jego kierownik specjalizacji,

c) praca w systemie równoważnym jest możliwa, jeśli dopuszcza to program specjalizacji i taki system pracy obejmuje wszystkich lekarzy w jednostce prowadzącej specjalizację.

Dyżury medyczne muszą być również odbywane we wskazanych w programie specjalizacji jednostkach organizacyjnych podmiotu leczniczego prowadzącego specjalizację (art. 16f ust. 3 pkt 2a ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry).

Podkreślanie wymaga to, że przepisy te stosuje się wyłącznie do pełnienia dyżurów medycznych w wymiarze godzinowym określonym w programie specjalizacji, a nie do wszystkich dyżurów, które pełni lekarz w trakcie specjalizacji.

Zgodnie z art. 135 § 1 Kp system równoważnego czasu pracy polega na tym, że dopuszczalne jest przedłużenie dobowego wymiaru czasu pracy, nie więcej jednak niż do 12 godzin, w okresie rozliczeniowym nieprzekraczającym jednego miesiąca.

Z kolei zgodnie z art. 128 § 2 pkt 2 Kp przez pracę zmianową rozumie się wykonywanie pracy według ustalonego rozkładu czasu pracy przewidującego zmianę pory wykonywania pracy przez poszczególnych pracowników po upływie określonej liczby godzin, dni lub tygodni.

Dyżurem medycznym jest wykonywanie poza normalnymi godzinami pracy czynności zawodowych, o czym stanowi art. 95 ust 2 ustawy o działalności leczniczej.

Cele organizacyjne i ekonomiczne, dla których wprowadza się system zmianowy oraz równoważnego czasu pracy, w modelowym ujęciu wyłączają jednoczesne peł-

nienie dyżurów medycznych. Wydaje się, że z tego powodu w omawianym przepisie rozdzielono pełnienie dyżurów i pracę w systemach zmianowym czy równoważnym.

Art. 16i ust. 3 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry przyznaje lekarzowi pełniącemu dyżur medyczny w ramach realizacji programu specjalizacji prawo do wynagrodzenia jak za pracę w godzinach nadliczbowych albo, na jego wniosek, czas wolny.

Przepisy regulują również kwestie czasu odpoczynku, czyli tzw. „zejść po dyżurze” lekarzy rezydentów. Stosownie do art. 16i ust. 9 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry w przypadku pełnienia dyżuru przez lekarza odbywającego szkolenie w trybie rezydenckim okres odpoczynku po dyżurze wlicza się do podstawowego wymiaru czasu pracy. Korzystanie przez lekarza z okresu odpoczynku nie powoduje obniżenia wynagrodzenia należnego na podstawie umowy o pracę. Czas odpoczynku po dyżurze objętym programem specjalizacji, w którym – co oczywiste – nie jest realizowany program specjalizacji, nie wydłuża okresu odbywania specjalizacji.

Lekarz, który odbywa specjalizację, może również podpisać klauzulę opt-out i pełnić w związku z tym dodatkowe dyżury medyczne. Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry przyznaje mu w takich przypadkach i pod pewnymi warunkami szczególne uprawnienia określone w art. 16i ust. 10.

Uprawnienie to niewydłużenie okresu szkolenia specjalizacyjnego o długość okresów odpoczynku po dyżurze.

Warunki to:

- pełnienie dyżurów wyłącznie w jednostkach organizacyjnych podmiotu prowadzącego specjalizację, które są wskazane w programie szkolenia specjalizacyjnego (nie mogą to być dowolne komórki tego podmiotu zgodne z jego potrzebami),

- zgoda kierownika specjalizacji,

- okres odpoczynku po takich dyżurach nie może przekroczyć średnio 5 dni roboczych miesięcznie w okresie rozliczeniowym.

Za takie dyżury lekarz musi otrzymywać odrębne wynagrodzenie niż to przewidziane w umowie o pracę w celu odbywania szkolenia specjalizacyjnego.

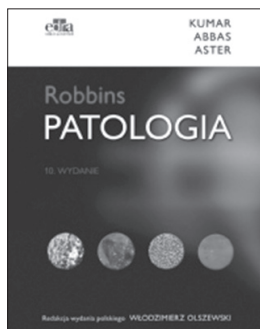
Mec. Jarosław KLIMEK  
(przedruk z „Panaceum” nr 10/21)

## ODESZLI OD NAS

Z największym smutkiem zawiadamiamy, że w dniu 14 września 2021 roku  
w wieku 79 lat niespodziewanie odszedł od nas

Śp. lek. **Lech KUNICKI**

EDRA URBAN & PARTNER Sp. z o.o. •  
50-011 Wrocław, ul. Kościuszki 29  
Zamówienia: [ksiegarnia@edraurban.pl](mailto:ksiegarnia@edraurban.pl) •  
tel.: 42/680 44 09, fax: 42/680 44 86w



## **PATOLOGIA ROBBINS**

**V. Kumar, A.K. Abbas, J.C. Aster**

**wyd. 10, red. W. Olszewski**

**rok wydania 2019**

**ISBN 978-83-66310-18-6, format 216 x 276, opr. twarda, str. 958, cena: 178,20 zł**

Podręcznik jest kolejnym, trzecim polskim wydaniem Patologii Robbinsa opartym na dziesiątym wydaniu angielskojęzycznym.

Mamy nadzieję, że również ta edycja zostanie życzliwie przejęta przez studentów – nie tylko medycyny, lecz także nauk biologicznych – oraz lekarzy pragnących uaktualnić swoją wiedzę w zakresie patologii.

Przekazywane informacje zostały znacznie uaktualnione w porównaniu z poprzednią edycją. Zmiany wynikają przede wszystkim z pogłębienia naszej wiedzy z różnych dziedzin badawczych, szczególnie w zakresie genetyki, czego następstwem jest dokładniejsze poznanie mechanizmów molekularnych patogenezы i rozwoju technik biologii molekularnej. Nowy, wprowadzający rozdział pozwala na szczegółowe poznanie terminologii i znaczenia pojęć stosowanych w genetyce i biologii molekularnej.

W niniejszej publikacji przekazano te wiadomości nie tylko w sposób zwięzły, ale wykazano ich praktyczne zastosowanie w biologii, a szczególnie w medycynie. W poszczególnych rozdziałach, głównie w odniesieniu do nowotworów, omówiono metody umożliwiające stosowanie nowoczesnej tzw. terapii zindywidualizowanej.

Prof. dr hab. n. med. Włodzimierz Olszewski

## **ULTRASONOGRAFIA. OD WSKAZANIA DO INTERPRETACJI**

**K. Seiz, B. Braun**

**red. W. Jakubowski**

**rok wydania 2021**

**ISBN 978-83-66548-95-4, format 230 x 310, oprawa twarda, str. 514, cena 179,10 zł**

Ultrasonografia to małoinwazyjna, bezpieczna, trefna, szybka i niezbyt kosztowna metoda diagnostyczna. Autorzy podręcznika omówili jej zalety i ograniczenia oraz bardzo dobrze oddali klimat codziennej klinicznej praktyki diagnostów ultrasonograficznych.

Publikacja powinna okazać się pomocna zarówno doświadczonym, jak i początkującym diagnostom USG oraz lekarzom wszystkich specjalności wykonującym to badanie.

Przeanalizowano w niej różne poziomy trudności diagnostyki ultrasonograficznej, pokazano, jak je opanować oraz podkreślono różnice w stosunku do tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego.

Można w niej znaleźć m.in.:

- kompleksowy opis możliwości diagnostycznych ultrasonografii,
- specjalistyczną i fachową wiedzę z zakresu obrazowania wszystkich narządów ludzkiego ciała umożliwiającą trafne rozpoznanie i dokładną ocenę,
- bogaty materiał ilustracyjny, a dodatkowo unikalne ryciny poglądowe na początku rozdziałów o narządach,
- 25 opisów szczególnych przypadków,
- przejrzysty układ i liczne wyróżnienia w tekście przydatne podczas przygotowywania się do egzaminu,
- krótkie zintegrowane z podręcznikiem filmy możliwe do odtworzenia za pomocą kodu QR.

## ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO I STOMATOLOGII AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1968

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!

Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie Absolwentów Wydziału Lekarskiego i Stomatologii Akademii Medycznej we Wrocławiu rocznik 1968, które planowane jest w dniach 03.06-05.06.2022 r. w Pszczynie. Zakwaterowanie w hotelu IMPERIUM w Pszczynie ul. Bielska 54. Pokoje 2-3 osobowe z łazienkami.

Program zjazdu:

- **Piątek 03.06.2022 r.** Zakwaterowanie w godzinach popołudniowych, wieczorem na terenie przylegającym do hotelu - spotkanie przy grillu lub kolacji.

- **Sobota 04.06.2022 r.** Śniadanie w hotelu. Msza św. w Kościele Wszystkich Świętych w Pszczynie, zwiedzanie Pałacu Pszczyńskiego, którego właścicielem był właściciel zamku w Książu (muzeum wnętrz zabytkowych), zwiedzanie zabytkowego Kościoła Ewangelickiego połączone z wykładem tematycznym w sali tego kościoła, zwiedzanie rynku (zdjęcie pamiątkowe na ławce z księżną Daisy von Pless), czas wolny na zwiedzanie indywidualne parku pszczyńskiego wg własnego uznania (plan Pszczyny będzie dołączony do zaproszenia), przejazd busikami do Goczałkowic - zwiedzanie nowoczesnego centrum ogrodniczego KAPIAS. Na terenie centrum możliwość zjedzenia obiadu ew. lodów, kawy, ciasta itp. w restauracji, barze lub w ogrodzie - we własnym zakresie, powrót do hotelu. Wieczorem bankiet w restauracji WAROWNIA RYCERZY PSZCZYŃSKICH (obok hotelu).

- **Niedziela 05.06.2022 r.** Śniadanie w hotelu, wykwaterowanie, powrót do domu.

Opłata za uczestnictwo Absolwenta (również osoby towarzyszące) wynosi 550 zł od osoby. Wpłaty prosimy dokonywać na konto 58-1020-2528-0000-0102-0567-6376 z dopiskiem na przelew: Zjazd r.1968 oraz nazwiska obecnego oraz panińskiego, jak również adresu, celem przesłania zaproszenia. Nieprzekraczalny termin wpłaty 31.01.2022 r. z uwagi na konieczność potwierdzenia dokonanych rezerwacji hotelu i restauracji

**Komitety organizacyjny:**

- Anna Steinert /Kozieł/ tel. 696 617 024 e-mail [asteinert\(5\)interia.pl](mailto:asteinert(5)interia.pl),
- Ewa Miłaszewicz tel.502 050 273
- Bogusław Kudyba tel.606 736 620
- Krzysztof Wronecki

Do dyspozycji gości pokoje 2 i 3-osobowe, proszę o e-mailowe zgłoszenie nazwisk koleżanek i kolegów, z którymi chcą być Państwo zakwaterowani. Na zapleczu hotelu parkingi.

Jeżeli z powodu pandemii zjazd koleżeński nie będzie się mógł odbyć - pieniądze wpłacone na konto będą zwrócone.

---

**Stobrowskie Centrum Medyczne Sp. z o.o. z siedzibą w Kup zatrudni od 01.01.2022:**

- **lekarza ze specjalizacją z chorób wewnętrznych lub medycyny rodzinnej** do pracy w charakterze lekarza POZ w Ośrodku Zdrowia w Chróścicach

- **lekarza ze specjalizacją z chorób dziecięcych** do pracy w charakterze lekarza pediatry POZ w Ośrodku Zdrowia w Chróścicach

Forma zatrudnienia do uzgodnienia – umowa o pracę lub umowa kontraktowa. Bardzo dobre warunki finansowe – do negocjacji. Kontakt telefoniczny: 77/403-28-51 lub mailowy: [kadry@szpital-kup.eu](mailto:kadry@szpital-kup.eu)

---

**Prezes Zarządu Szpitala Wojewódzkiego w Opolu Sp. z o.o. zatrudni lekarza specjalistę ortopedii i traumatologii narządu ruchu** do pracy w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej - w tym do pełnienia dyżurów medycznych. Forma zatrudnienia i wynagrodzenia do uzgodnienia. Prosimy o kontakt: tel. 77/44-33-100; e-mail: [sekretariat@szpital.opole.pl](mailto:sekretariat@szpital.opole.pl). Adres : Szpital Wojewódzki w Opolu Sp. z o.o., ul. Kośnego 53.





**Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu poszukuje osoby na stanowisko: Kierownika Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.** Kandydaci powinni spełniać wymogi kwalifikacyjne określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami.

Zakres obowiązków: kierowanie oddziałem zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz regulacjami wewnętrznymi, w sposób umożliwiający sprawne funkcjonowanie oddziału, zapewniający właściwą opiekę nad pacjentami, w tym m.in.:

- planowanie i organizacja pracy podległego zespołu celem osiągnięcia jak najlepszej jakości usług medycznych, motywowanie zespołu do pogłębiania wiedzy, zachęcanie do pracy naukowej, prowadzenia prac badawczych, organizowanie szkoleń wewnątrzoddziałowych, informowanie na bieżąco o wszystkich nowościach z dziedziny wiedzy medycznej,

- nadzór nad fachowym zabezpieczeniem obsługi aparatury i sprzętu medycznego, nad gospodarką lekami, środkami sanitarnymi i opatrunkowymi oraz ewidencją i rozchodem środków odurzających i silnie działających, nad dokumentacją medyczną- jej prawidłowym i terminowym sporządzaniem i przechowywaniem, nad Punktem Przyjęć Planowych,

- dbanie o przestrzeganie przez personel medyczny praw pacjenta i wywiązywania się z obowiązków względem pacjenta, kontrolowanie dyscypliny pracy, wspólne omawianie sposobu ustalania rozpoznania i metod leczenia wybranych przypadków chorobowych,

- przeprowadzanie analizy kosztów jednostkowych i ogólnych oraz czuwanie nad ich racjonalizacją, wybieranie najkorzystniejszych ofert zaopatrzeniowych w trybie zamówień publicznych, kontrolowanie sprzętów administracyjno-gospodarczych pod kątem celowości zakupu, ewidencji, konserwacji, likwidacji itp.

- utrzymanie właściwego stanu sanitarno-higienicznego oraz ładu i porządku w oddziale, m.in. przepisów bhp, p.poż. oraz dotyczących zakażeń wewnątrzszpitalnych.

W zamian oferujemy:

- dowolny rodzaj współpracy: kontrakt/ umowa zlecenie/ umowa o pracę, możliwość rozwoju kompetencji zawodowych, możliwość uczestniczenia w szkoleniach zewnętrznych i wewnętrznych,

- szansę rozwoju naukowego oraz pracy dydaktyczno-naukowej,

- środowisko życzliwie nastawionych do siebie koleżanek i kolegów,

- pracę w profesjonalnym zespole ludzi, dla których liczy się człowiek,

Jeśli rozważasz zmianę oraz chęć poszerzenia swych doświadczeń zawodowych w dynamicznym środowisku, jakie tworzy nasz szpital to serdecznie zapraszamy do złożenia swej aplikacji (cv, podanie o pracę) na adres e-mail: [rekrutacja@usk.opole.pl](mailto:rekrutacja@usk.opole.pl). Pytania kierować można pod nr tel.: 77/45-20-133, 77/45-20-125.

## OPOLSKA IZBA LEKARSKA

**Biuro:** tel. 77/454-59-39, [opole@hipokrates.org](mailto:opole@hipokrates.org)

**czynne:** poniedziałek, wtorek, czwartek **7.30-15.30**; środa **7.30-16.00**; piątek **7.30-15.00**

**Rejestr Lekarzy:** [opole.rejestr@hipokrates.org](mailto:opole.rejestr@hipokrates.org)

**Praktyki Prywatne:** [opole.praktyki@hipokrates.org](mailto:opole.praktyki@hipokrates.org)

**Radca prawny** – tel. kontaktowy: 601 708 952, przyjmuje: poniedziałek 9.00-10.30,

środa 14.30-17.00, czwartek 14.00-16.00,

piątek – po uprzednim ustaleniu telefonicznym.

**Składki:** [opole.skladki@hipokrates.org](mailto:opole.skladki@hipokrates.org)

**Administracja Biura Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej:**

tel. 77/453-75-72; [opole.rzecznik@hipokrates.org](mailto:opole.rzecznik@hipokrates.org)

**Administracja Biura Okręgowego Sądu Lekarskiego:**

tel. 77/454-85-75; [opole.sad@hipokrates.org](mailto:opole.sad@hipokrates.org)

Prezes Zarządu Szpitala Wojewódzkiego w Opolu sp. z o.o. zatrudni lekarza ortopedii i traumatologii narządu ruchu lub lekarza chirurgii ogólnej do pracy w szpitalnym oddziale ratunkowym. Forma zatrudnienia i wynagrodzenia do uzgodnienia. Prosimy o kontakt: tel. 77/44-33-100, e-mail : sekretariat@szpital.opole.pl. Adres : Szpital Wojewódzki w Opolu sp. z o.o., ul. Końskiego 53.

Zespół Opieki Zdrowotnej, ul. Moniuszki 8, 48-210 Biała zatrudni lekarza specjalistę chorób wewnętrznych (bądź chcącego podjąć specjalizację w tej dziedzinie) lub kardiologa. Oferujemy zatrudnienie w dogodnej formie. Zapewniamy dwupokojowe mieszkanie. Szczegółowe informacje pod numerem telefonicznym 77/438-70-33.



**Zobaczysz jeszcze więcej**

**Samsung RS85 Prestige**

Samsung RS85 to istna rewolucja w ultrasonografii dzięki nowym funkcjom diagnostycznym i doskonałej jakości obrazowania. To jeszcze większa pewność diagnostyczna i uproszczony, bardziej przyjazny system. RS85 to aparat, który zrewolucjonizuje Twój gabinet.

**Technologia w zasięgu**

**Samsung HS40**

Atrakcyjna cena w połączeniu z nowoczesną technologią – to właśnie aparat ultrasonograficzny Samsung HS40. Popraw możliwości wizualne każdego badania i zapewnij efektywną diagnostykę.



**GEMED®** | ul. Batorego 19, 41-506 Chorzów | 32 350 04 18 | gemed@gemed.info.pl

Specjalistyczny Szpital w Branicach zatrudni lekarzy specjalistów psychiatrów, lekarzy w trakcie specjalizacji lub chętnych do specjalizacji w psychiatrii. Oferujemy bardzo dobre warunki płacowe oraz mieszkanie służbowe. Tel: 77/403-43-07 lub e-mail: sws.kadry@op.pl.

OPTIMA MEDYCYNĄ SA poszukuje chętnych lekarzy do dyżurowania w Nocnej i Świątecznej Opiece Zdrowotnej w Opolu. Dwa zespoły dyżurowe pediatryczny i internistyczny. Oferujemy atrakcyjne stawki dyżurowe. Zainteresowane osoby proszone są o kontakt: dswitala@optima-medycyna.eu.

Okręgowa Izba Lekarska Opolu informuje, że posiada i udostępni (wypożyczy) nieodpłatnie na okres użytkowania elektryczny wózek inwalidzki pokojowo-terenowy INVACARE G40, dla seniorów lekarzy, lekarzy dentystów mających trudności w poruszaniu się.

## e-dokumentacja medyczna

### Wymiana elektronicznej dokumentacji medycznej

Dostęp do elektronicznej dokumentacji medycznej na podstawie przepisów ustawy mają:

- 1 pacjent (po zalogowaniu na Internetowe Konto Pacjenta) lub osoba upoważniona przez pacjenta;
- 2 pracownik medyczny, który wytworzył elektroniczną dokumentację medyczną (bez ograniczenia czasowego);
- 3 lekarz, pielęgniarka lub położna udzielający pacjentowi świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej;
- 4 pracownik medyczny w ramach kontynuacji leczenia;
- 5 każdy pracownik medyczny w sytuacji zagrożenia życia pacjenta.



#### Schemat wymiany EDM



Lekarz POZ w swoim lokalnym systemie gabinetowym wysyła zgłoszenie do systemu e-zdrowie (P1) o elektroniczną dokumentację medyczną pacjenta z np. przychodni kardiologicznej.



System e-zdrowie (P1) weryfikuje zgłoszenie i wysyła komunikat zwrotny, w którym wskazuje m.in. listę wytworzonych dokumentów oraz miejsce, gdzie są przechowywane. Informacja ta jest przekazywana automatycznie, w czasie rzeczywistym.



lista dokumentów zależy od trybu dostępu do EDM, zgody pacjenta, a także polityk dostępowych funkcjonujących w systemie ochrony zdrowia w Polsce



System lekarza POZ komunikuje się bezpośrednio z systemem przychodni wskazanej przez system e-zdrowie (P1) w celu pobrania EDM



aby podmiot leczniczy mógł udostępnić dokumenty muszą być one zaindeksowane w trybie online



System udostępniający EDM, czyli przychodni kardiologicznej, weryfikuje w ramach komunikacji z systemem e-zdrowie (P1) autentyczność danych wnioskującego o EDM i potwierdza zwrótnie, że dokumentacja może być udostępniona.



Pozytywna weryfikacja powyższych punktów prowadzi bezpośrednio do możliwości wymiany EDM pomiędzy systemami.



## BIULETYN INFORMACYJNY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

WYDAWCA: Opolska Izba Lekarska, 45-054 Opole, ul. Grunwaldzka 23, tel. 0 77 454 59 39,  
www.izbalekarska.opole.pl; nr konta: 54-1020-3668-0000-5102-0009-8277

REDAKCJA: Jerzy Lach; OPRACOWANIE GRAFICZNE: Wydawnictwo i Drukarnia Świętego Krzyża

ŁAMANIE i DRUK: Wydawnictwo i Drukarnia Świętego Krzyża w Opolu, ul. Katedralna 8A

NAKLAD: 2800 egz. ISSN 1426-661X