



Sprawdź
ATRAKCYJNĄ
OFERTE
PRENUMERATY



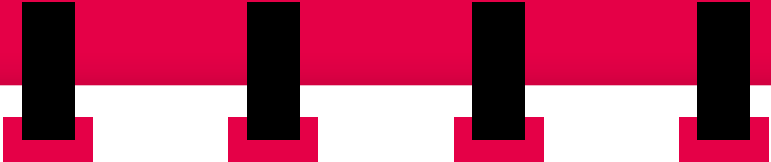
WOJNA
UKRAIŃCY ZWYCIĘŻAJĄ
TEŻ W... SZPITALACH



BEATA PAWLUS
NEONATOLOGIA TO
SPECJALIZACJA HOLISTYCZNA

SŁUŻBA ZDROWIA

ROK ZAŁOŻENIA 1949



2023

STARA BIEDA

MINISTER BEZ
ŻADNEGO TRYBU

NAUKI MEDYCZNE
POTRZEBUJĄ KOBIEC

RZECZPOSPOLITA
BEZZĘBNA



Fundacja Żyjmy Zdrowo uruchamia program pomocy humanitarnej i medycznej dla Ukrainy. W tym celu zostanie zorganizowana zbiórka środków finansowych, które będą przeznaczone na celowaną pomoc dla uchodźców z Ukrainy.

The Żyjmy Zdrowo Foundation is launching a humanitarian and medical aid program for Ukraine. For this purpose, a collection of funds will be organized, which will be allocated to targeted aid for refugees from Ukraine.

Konto jest ogólnodostępne i może je zasilić każdy.

The account is open to the public and anyone can pay it up.

Środki można wpłacać na rachunek o numerze:

Funds can be deposited into the account number:

**09 1020 1185 0000 4902 0326 4108 PLN
24 1020 1185 0000 4602 0326 4082 EUR
29 1020 1185 0000 4402 0326 4090 GBP**

POMAGAMY UKRAINIE
WE HELP UKRAINE

SPIS TREŚCI

- 5 **ROZMAWIAJMY**
O BEZPIECZEŃSTWIE LEKOWYM
Renata Furman
- 6 **co powiedzieli**
Agnieszka Gorgoń-Komor, Mateusz
Morawiecki, Adam Niedzielski, Błażej
Poboży
- 8 **system**
2023 – STARA BIEDA
Małgorzata Solecka
- 11 **raporty**
PANDEMIA ZMNIJSZYŁA
ZAUFANIE DO SZCZEPIEŃ?
Małgorzata Solecka
- 18 **psychiatria**
REFORMA SYSTEMU PSYCHIATRII
ZBACZA Z WYZNACZONEGO
KURSU
Z Markiem Balickim rozmawia
Ewa Szarkowska
- 22 **psychiatria**
WOŁANIE O PROFILAKTYKĘ
Z Krzysztofem Walczewskim rozmawia
Katarzyna Cichosz
- 24 **psychiatria**
PROSIMY O ZMIANY
Z Agnieszką Lewonowską-Banach
rozmawia Katarzyna Cichosz
- 26 **psychiatria**
PROBLEM NIE ZAWSZE
ROZUMIANY
Z Ewą Jędrus rozmawia
Katarzyna Cichosz



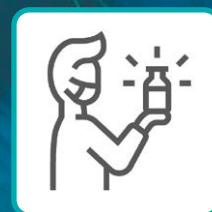
- 28 **raporty**
POLSKA, PARIAS EUROPY?
Małgorzata Solecka
- 34 **kadry**
NAUKI MEDYCZNE POTRZEBUJĄ
KOBIEC
Oliwia Tarasewicz-Gryt
- 38 **kadry**
KOBIEC W CHIRURGII: RÓWNE
SZANSE NA ROZWÓJ ZAWODOWY?
Anna Jarosz
- 42 **wydarzenia**
KONGRES ZDROWIA
PUBLICZNEGO 2022
- 55 **regulacje**
ALKALOIDY PIROLIZYDYNOWE
Justyna Grzechocińska
- 63 **pediatria**
BÓL GŁOWY U DZIECI –
NIEDOCENIANY PROBLEM
Anna Jarosz
- 66 **zdrowie publiczne**
RZECZPOSPOLITA BEZZĘBNA
Justyna Grzechocińska
- 69 **wywiad**
NEONATOLOGIA – SPECJALIZACJA
HOLISTYCZNA
Z Beatą Pawłus rozmawia Renata Furman
- 76 **kardiochirurgia**
50 LAT KRAKOWSKIEJ
KARDIOCHIRURGII DZIECIĘCEJ
Elżbieta Borek





POROZUMIENIE
NA RZECZ

DOBRYCH PRAKTYK
W SZCZEPIENIACH



*Nie pozwalajcie faktom znaczyć więcej,
niż to, czego istotnie dowodzą.*

Louis Pasteur

Porozumienie na Rzecz Dobrych Praktyk w Szczepieniach to grupa złożona z przedstawicieli kluczowych instytucji, organizacji i stowarzyszeń, mająca na celu zabranie wspólnego głosu w dyskusji na temat stosowania szczepień ochronnych w Polsce przy wykorzystaniu potencjału merytorycznego i społecznego każdego z członków inicjatywy.

Stworzenie platformy o charakterze edukacyjnym i społecznym ma na celu dotarcie do opinii społecznej, rodziców, a także osób odpowiedzialnych za kreowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce z możliwie pełnym obrazem nt. właściwości szczepień ochronnych, ich znaczenia i wpływu dla zdrowia społeczeństwa oraz sprostanie wyzwaniom systemowym wynikającym z priorytetów zdrowia publicznego.

**Misja Porozumienia to budowanie długofalowego
zaufania wobec szczepień ochronnych.**

Więcej: www.szczepienia-ioz.pl



znajdź nas



Twitter: <https://twitter.com/praktykw>



LinkedIn: <https://www.linkedin.com/company/42426882>

RENATA FURMAN
redaktor naczelna



Rozmawiamy o bezpieczeństwie lekowym

Nie milkną komentarze po opublikowaniu projektu nowelizacji ustawy refundacyjnej. W różnych aspektach i różnym tonie wypowiadało się na jego temat wiele środowisk. Ostatnio głos zabrały organizacje branżowe, zrzeszające podmioty branży farmaceutycznej. Skierowały one do premiera Mateusza Morawieckiego oraz członków parlamentarnych Komisji Zdrowia list otwarty. Apelują w nim „o skupienie się na najpilniejszych wyzwaniach, tj. wzmacnianiu bezpieczeństwa lekowego Polski i Europy oraz zapobieganiu brakom leków, a tym samym także przebudowanie projektu ustawy, które będzie zapobiegać przyczynom braków leków, a nie tylko doraźnie uzupełniać ich braki”.

Sygnatariusze listu w sposób dobitny prezentują stanowisko, że ustawa w zaproponowanej formie nie przyczyni się do podniesienia bezpieczeństwa lekowego i do zwiększenia produkcji substancji czynnych i leków w Polsce. Pragną merytorycznej debaty, która doprowadziłaby do wypracowania rozwiązań przyczyniających się w sposób realny do zapobiegania nie tylko powtarzającemu się, ale niestety – w mniejszym lub większym natężeniu – trwałemu brakowi leków na rynku. Aby to osiągnąć, proponują zorganizowanie wspólnych warsztatów ekspertów resortu zdrowia z przedstawicielami sektora i organizacji pacjentów.

Wymiana argumentów w otwartym, szczerym dialogu zawsze jest pożądana. Ważne, żeby wzięli w nim udział przedstawiciele wszystkich środowisk, które mogą mieć nie tylko wpływ na kształt rynku farmaceutycznego, ale także mogą podzielić się doświadczeniem i uwagami co do konsekwencji braku przewidywalności i stabilności w dostępie do leków. Takimi osobami z oczywistych powodów są lekarze. Dlatego zabrakło mi w liście propozycji, aby w postulowanej debacie wzięli udział także przedstawiciele środowiska lekarskiego.

Miejmy nadzieję, że tak potrzebny dialog będzie miał miejsce i że wezmą w nim udział wszystkie te organizacje i podmioty, które skutecznie mogą przyczynić się do wypracowania optymalnych instrumentów regulacji i funkcjonowania rynku leków w Polsce.

SŁUŻBA ZDROWIA

WYDAWCA

„Sanitas” sp. z o.o.,
ul. Glogera 2 lok. 5, 02-051 Warszawa
tel. (22) 877 27 71
www.sluzbazdrowia.com.pl
redakcja@sluzbazdrowia.com.pl

SEKRETARIAT

tel. (22) 592 47 80
sekretariat@sluzbazdrowia.com.pl

REDAKTOR NACZELNA

Renata Furman
renata.furman@sluzbazdrowia.com.pl

I ZASTĘPCA REDAKTORA NACZELNEGO

Mariusz Gujski

ZASTĘPCA REDAKTORA NACZELNEGO

Tomasz Kobosz
tomasz.kobosz@sluzbazdrowia.com.pl

DZIAŁ KLINICZNY I NAUKOWY

Tomasz Kobosz (szef działu),
Ewa Biernacka, Justyna Grzechocińska,
Mariusz Kielar, Marcin Wełnicki

STALI WSPÓŁPRACOWNICY

Krzysztof Boczek, Halina Pilonis,
Małgorzata Solecka, Ewa Szarkowska,
Oliwia Tarasiewicz-Gryt, Martyna Tomczyk

DZIAŁ MARKETINGU I REKLAMY

Bogusława Wołosz
tel. (22) 877 27 71
boguslawa.wolosz@ww1.com.pl

FINANSE I OGŁOSZENIA

Bożena Grela
tel. (22) 877 27 71;
ksiegowosc@sluzbazdrowia.com.pl

SKŁAD I ŁAMANIE

Ewa Przytuła

KOREKTA

Bożena Sigismund, Janusz Sigismund

Konto: „Sanitas” sp. z o.o.
Bank PeKaO SA XIII O/Warszawa Filia Ciołka
24 1240 2034 1111 0000 0307 0761

Materiałów niezamówionych nie zwracamy. Zastrzegamy
sobie prawo redagowania i skracania nadesłanych tekstów.
Nie odpowiadamy za treść zamieszczanych reklam i ogłoszeń.

”Cytaty miesiąca



Budżet dla szpitali w 2023 r. jest zdecydowanie większy. Wycena świadczeń rośnie, bo punktem odniesienia jest rok poprzedni. W wyniku tego zwiększenie nakładów robionych przez NFZ na szpitalnictwo będzie większe o 4 mld zł.

Adam Niedzielski
minister zdrowia

Od lat walczymy o Polskę równych szans i zależy nam na tym, żeby poprzez wdrożenie Krajowej Sieci Onkologicznej dostęp do pomocy dla pacjentów był jak najbardziej sprawiedliwy i równomierny na całym terytorium naszego kraju.

Mateusz Morawiecki
prezes Rady Ministrów



Powinniśmy wspierać wszystkich, którzy pracują na rzecz nauki, a także wprowadzają ją do biznesu i sektora zdrowia, tak, aby wszystkie zawody medyczne mogły leczyć ludzi chorych zgodnie ze standardami.

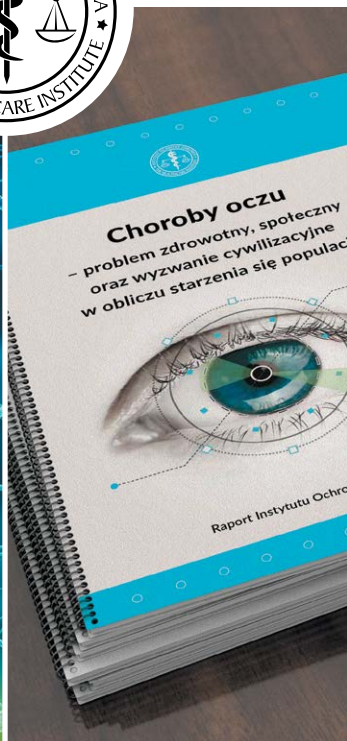
Agnieszka Gorgoń-Komor
przewodnicząca Parlamentarnego Zespołu ds. Badań Naukowych i Innowacji w Ochronie Zdrowia

Ustawa o przekształceniu naszej flagowej jednostki, Centralnego Szpitala Klinicznego na Wołoskiej, w Państwowy Instytut Medyczny to wyzwanie i wielki temat.

Błażej Poboży
podsekretarz stanu w MSWiA



Instytut Ochrony Zdrowia



Instytut Ochrony Zdrowia jest ośrodkiem analitycznym typu think tank, działającym od 2012 roku. Impulsem powstania Instytutu była podnoszona przez wielu interesariuszy ochrony zdrowia potrzeba definiowania przez niezależny podmiot możliwych odpowiedzi na wyzwania, jakie stoją przed polskim systemem służby zdrowia, oraz wyznaczania i wskazywania priorytetów w obszarze zdrowia, zarówno w aspekcie medycznym, jak i społecznym oraz systemowym.

Instytut wspiera dyskusje i kluczowe procesy decyzyjne w ochronie zdrowia, poprzez generowanie wyjątkowych treści, opinii i analiz. Myślą przewodnią pracy Instytutu jest analizowanie wybranych zagadnień z perspektywy zdrowotnej, społecznej oraz ekonomicznej, aby zapewnić możliwie pełny obraz sytuacji.

Instytut opracowuje raporty i rekomendacje dotyczące konkretnych problemów zdrowotnych, organizacyjnych czy decyzyjnych w ochronie zdrowia, przygotowuje stanowiska i rekomendacje w ramach pracy grup kluczowych liderów opinii, przygotowuje od strony merytorycznej **kongresy i konferencje naukowe** i systemowe w obszarze zdrowia.

2023

STARA BIEDA



**A MAŁGORZATA
SOLECKA**

Dziennikarka
specjalizująca się
w tematyce ochrony
zdrowia

Wiara w to, że zmiana daty oznacza nowe szanse, nowe możliwości, nowe otwarcie, od dawna nie dotyczy systemu ochrony zdrowia. I chyba w mało którym obszarze tak dobrze oddaje sytuację odpowiedź: „stara bieda”, gdy komuś przyjdzie do głowy zapytać: „co słychać”. Będzie źle, ale czy beznadziejnie?

Na początku roku trzeba odpowiedzieć twierdząco. Tak, to będzie beznadziejny rok. Nawet jeśli rząd już 3 stycznia przyjął projekt ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej, co jest informacją z kategorii przynajmniej dających nadzieję, jeśli nie pozytywnych. Jednak nawet najlepsze rozwiązania formalno-prawne nie zadziałają, a na pewno nie zadziałają w pełni, jeśli nie będzie wystarczających, odpowiednich, pieniędzy. A tych nie ma – i nie będzie jeszcze bardziej. 4,8 proc. PKB na zdrowie to nie jest „tylko” jedna z wielu danych raportu OECD i Komisji Europejskiej. To realia polskiego systemu ochrony zdrowia i kluczowa determinanta jego potencjału. Beznadzieja jednak może się mienić wszystkimi odcieniami szarości – czego więc, konkretnie, możemy się spodziewać? Czego oczekiwać?



nastolatek i nie wiadomo, dla jakich przyczyn z tych planów, jak się wydaje, zrezygnowano, zwłaszcza że WHO jednoznacznie zaleca krajom, które muszą dokonywać wyboru, priorytetowe szczepienia dziewczynek. A że zgodnie z NSO szczepienia przeciw HPV miały ruszyć w 2021 roku, wydaje się, że przynajmniej jeszcze dwa, trzy roczniki nastolatków powinny otrzymać dostęp do w pełni refundowanej szczepionki. Nie wiadomo, kiedy szczepienia faktycznie ruszą, jaki preparat będzie stosowany w ramach szczepień populacyjnych, jakie będzie zainteresowanie ze strony rodziców – ale bez względu na wszystkie pytania, samo pojawienie się bezpłatnych szczepień przeciw HPV będzie pozytywnym sygnałem. Na liście nadziei trzeba umieścić



Nadzieje. Można byłoby zaryzykować, że będzie to sukces, a nie nadzieja, gdyby tylko była pewność. A tej – brak. W 2023 roku z bardzo dużym prawdopodobieństwem ruszą w końcu szczepienia przeciw HPV. Już na początku stycznia Ministerstwo Zdrowia zapowiedziało, że obejmą one dwa roczniki – dwunasto- i trzynastoletków – i to obu płci. To niezgodne z zapisami Narodowej Strategii Onkologicznej, która przewiduje, że szczepienia chłopców ruszą z kilkuletnim poślizgiem – przy tworzeniu NSO zakładano szersze szczepienia

również spodziewany dalszy rozwój badań klinicznych – niewątpliwie dostęp do nich w ostatnich kilku latach przeniósł się na zgoła inny poziom, a procedowana w sejmie ustawa o badaniach klinicznych oznacza kolejny (milowy) krok w dobrą stronę. To korzyść dla polskiej medycyny, ale przede wszystkim – dla pacjentów, którzy jeszcze niedawno swoich szans, w przypadku braku powodzenia w leczeniu lub wręcz braku leczenia, musieli szukać w ośrodkach zagranicznych. Trzeba (ale też można) mieć nadzieję, że

2023 rok będzie nie gorszy niż ten, który właśnie się skończył.

Obawy. Pełna lista wystarczyłaby do wypełnienia całego wydania, niestety. Dwie kluczowe: pieniądze i polityka. Pieniądze, które są (poniżej 5 proc. PKB) i których nie ma (licząc bardzo ostrożnie, nieco ponad 50 mld zł, które znaleźć się w systemie powinny, jeśli mielibyśmy z powagą traktować 6,3 proc. PKB, czyli ciągle znacząco mniej, niż w Europie wydaje się na zdrowie ze środków publicznych. Gdyby chcieć poważnie traktować „dobry średni europejski poziom”, którego osiągnięciem, lub bliskim osiągnięciem, w zakresie finansowania ochrony zdrowia chwalił się prezes PiS Jarosław Kaczyński w końcówce roku, publiczne nakłady powinniśmy niemal podwoić. Poziom finansowania ochrony zdrowia, niezależnie od wygłaszanych przez polityków frazesów, to nadal kroplówka, podtrzymująca funkcje życiowe organizmu, która nie tylko nie zapewnia najmniejszych perspektyw rozwojowych, ale wręcz ogranicza, coraz bardziej, ze względu na dynamikę kosztów i przede wszystkim dynamikę wzrostu zapotrzebowania, możliwości zaspokajania bieżących potrzeb. W kontekście pieniędzy dużą rolę odgrywa też obawa o kondycję gospodarki – jedyne dotychczasowe gwaranta wzrostu nakładów na zdrowie, bo praktycznie cały stały postęp zawdzięczaliśmy stale rosnącemu poziomowi zatrudnienia oraz wzrostowi wynagrodzeń. Te ostatnie w drugiej połowie roku zaczęły jednak realnie spadać (wzrost płac, choć duży, nie nadążał za inflacją). To huiobowa wiadomość.

Dlaczego powinniśmy się obawiać nie tylko o pieniądze, ale i o politykę? Bo polityką – w mniej lub bardziej udany sposób – decydenci będą chcieli przykryć brak pieniędzy. Można więc spodziewać się prób przerzucania odpowiedzialności za pogarszanie się sytuacji w systemie – na przykład na

lekarzy (wiadomo, zarabiają krocie, nawet ponad 100 tysięcy miesięcznie), nieudolnych dyrektorów szpitali, samorządowców, uprawiających – nomen omen – politykę i szukających okazji do krytykowania rządu.

Polityka, trzeba zakładać, będzie przykrywać zwykły brak kompetencji lub – co chyba jeszcze gorsze – intencjonalne pozorowanie działań. Przykłady można mnożyć. Gdy na początku roku premier ogłaszał przyjęcie przez rząd projektu ustawy o KSO, jego urzędnicy zaszerwowali mediom informację o przełomach, jakie już dokonały się w systemie, wpisując na listę dokonań wprowadzenie do POZ opieki koordynowanej. Nie napomknęli jedynie, że wystartowała ona w niezwykle mikrej liczbie placówek, zaś proces jej implementacji jest obliczony na wiele... lat, nie miesięcy. Inny przykład: szczepienia przeciw grypie, które zostały sparaliżowane decyzjami Ministerstwa Zdrowia (odstąpienie od finansowania szczepionek nie tylko dla całej populacji, ale nawet dla pracowników ochrony zdrowia, ograniczenie pełnej refundacji do seniorów i kobiet w ciąży) ten sam resort postanowił, w styczniu „usprawniać” (przez umożliwienie farmaceutom wypisywania recept, co samo w sobie jest oczywiście korzystne i logiczne, jednak bardzo mocno spóźnione). Drugi przykład: tłok na SOR-ach, którego nie udało się rozładować. Minister zdrowia ogłosił receptę w postaci „wieczorynek” w każdym szpitalu, w którym działa oddział ratunkowy. Żaden z doradców (chyba) nie odważył się ministrowi powiedzieć, że ponad 90 proc. szpitali ma już swoje placówki nocnej i świątecznej pomocy. I jakoś pacjenci z oddziałów ratunkowych nie znikają. Odpowiedź na pytanie, dlaczego tak jest, można streścić bardzo krótko: duża część pacjentów zgłaszających się na SOR-y wcale nie szuka tam pomocy lekarskiej w drobnych sprawach, którymi z założenia może się zajmować nocna pomoc lekarska.

Mimo że polityka mocno będzie rzućtać na ochronę zdrowia, należy zakładać, że nie stanie się jednym z wiodących, a nawet istotnych, tematów debaty publicznej przed jesiennymi wyborami parlamentarnymi. Na pewno nie w taki sposób, jaki byłby adekwatny do potrzeb. Obóz rządzący będzie się starać pomniejszać problemy i pompować ponad granice przyzwoitości własne zasługi, opozycja – tu obawy są może mniej sprecyzowane, ale wcale przez to nie mniejsze – nie pokazuje, żeby miała jakąkolwiek, a już na pewno nie spójną i sensowną kontrpropozycję, ofertę programową. Zdrowie po trzech latach pandemii najwyraźniej przestało być tematem, który „żre” w mediach i rozgrzewa opinię publiczną.



Wyzwania. Tych również nie zabraknie – podstawowym na pewno będzie utrzymanie stabilności systemu i jego wydolności w zakresie zaspokajania potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Wydaje się, że o nadrobieniu długu zdrowotnego przynajmniej na razie mowy nie będzie, a za sukces będzie trzeba uznać, gdy nie będzie się on powiększać, w każdym razie – nie drastycznie. W tym kontekście usprawnienie i lepsza organizacja opieki onkologicznej może mieć fundamentalne znaczenie, ze względu na odłożone w czasie wykrywanie przypadków nowotworów (efekt pandemii).

Jednym z najpoważniejszych wyzwań na poziomie operacyjnym będą niewątpliwie płace, a konkretnie – wymagane i oczekiwane przez pracowników medycznych podwyżki wynagrodzeń. Jeszcze system nie okrzepł po podwyżkach, które weszły w życie 1 lipca (dość powiedzieć, że coraz częściej słychać o szpitalach, które – by zrealizować ustawę na poziomie minimalnym – zapożyczają się w parabankach!), już na horyzoncie pojawiają się wyliczenia dotyczące skutków podwyżek, jakie będą musiały być zrealizowane w połowie roku, i to zakładając, że do tego czasu nie pojawi się pomysł kolejnej nowelizacji. A to, że może się pojawić, jest bardzo prawdopodobne: pracownicy ochrony zdrowia, zarówno pielęgniarki i położne, jak i zawody medyczne (i niemedyczne) z niższymi współczynnikami odkryli już pod koniec roku, że „historyczne” i „beprecedensowe” podwyżki nie ochroniły ich wynagrodzeń przed historyczną i beprecedensową, ocierającą się o pułap 20 procent, inflacją. Tymczasem wynagrodzenia – bez żadnych gwarancji podwyżek, o które najłatwiej zabiegać jednak lekarzom, a trochę trudniej – pozostałym zawodom medycznym – mają pozostać na tym samym poziomie jeszcze przez sześć miesięcy.

Wynagrodzenia personelu to fundamentalny, ale nie jedyny, problem związany z największym wyzwaniem dla zarządzających, jakim jest inflacja. Koszty funkcjonowania placówek nadal będą rosły w szybkim tempie... i koło się zamyka. Dochodzimy do obaw, czyli – pieniędzy. Realny (by nie powiedzieć: pewny) jest scenariusz, w którym przychody płatnika, a co za tym idzie – przychody świadczeniodawców zaczynają się rozmiącać z kosztami w sposób prowadzący do zapaści, jeśli nie katastrofy.

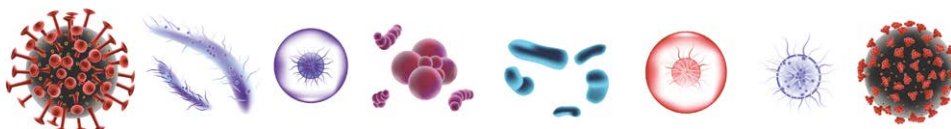
Taki to będzie rok. ■



 MAŁGORZATA
SOLECKA

PANDEMIA ZMNIEJSZYŁA ZAUFANIE DO SZCZEPIEŃ?

Po dwóch latach pandemii COVID-19 zaufanie do szczepień nie wzrosło. Przeciwnie – patrząc globalnie, w skali całej UE nieznacznie się zmniejszyło. Z raportu, przygotowanego w ramach „Vaccine Confidence Project” (wcześniejsze ukazały się w latach 2018 i 2020) wynika po pierwsze, że w stosunku do poprzedniej edycji sprzed dwóch lat nastąpił generalny spadek zaufania do szczepień. Po drugie – powiększa się luka w zaufaniu do szczepień między osobami starszymi a najmłodszymi dorosłymi. Po trzecie, również wśród pracowników ochrony zdrowia, zwłaszcza w niektórych krajach (w tym w Polsce) pojawiają się niepokojące sygnały.



81,5 proc. obywateli UE uważa obecnie, że szczepionki są ważne, 85,6 proc. ocenia, że są one skuteczne, a 82,3 proc. – że są bezpieczne. To średnia dla całej UE-27. Między krajami występują znaczące, by nie powiedzieć – gigantyczne – różnice. Największe zaufanie do szczepień występuje w krajach skandynawskich i na Półwyspie Iberyjskim, w Hiszpanii i Portugalii (nietrudno dostrzec korelację z wysokim poziomem zaszczepienia przeciw COVID-19). Na drugim biegunie jest Bułgaria, ale niewiele lepiej jest np. na Słowacji. W tych dwóch krajach z zaufaniem do szczepień jeszcze przed pandemią był jednak kłopot. Zwraca natomiast uwagę duży spadek zaufania w ciągu dwóch lat w innych krajach naszego regionu – np. Czechach, Litwie, Łotwie, ale też w Niderlandach. Polska na tle całej wspólnoty prezentuje wyniki bliskie średniej. Zaufanie do szczepień, które wyraźnie wzrosło między latami 2018 a 2020, w 2022 roku spadło – przede wszystkim, jak w zdecydowanej większości innych krajów, za sprawą grupy młodych dorosłych. Jeśli chodzi o ogólne nastawienie do szczepień, w 2018 roku za bezpieczne uznawało je 71 proc. Polaków, w 2020 roku – już 90 proc., ale w ostatnim badaniu – tylko 80 proc. Z tym że szczepienia są skuteczne cztery lata temu zgadzało się 74 proc., dwa lata temu – 90 proc., zaś w 2022 roku – 82 proc. Podobnie rysuje się przekonanie o ważności szczepień. Jest jeden wskaźnik, który wyraźnie się poprawił: pytani, czy szczepienia są zgodne z ich przekonaniami, Polacy cztery lata temu odpowiedzieli twierdząco tylko w niespełna 60 proc. Dwa lata później grupa zwiększyła się do 70 proc., a w 2022 roku – do 83 proc.

Warto wziąć pod lupę dysproporcje między młodymi i najstarszymi Polakami. Poglądy tej drugiej grupy w sprawie szczepień praktycznie się nie zmieniają. Poglądy młodych – poprawiają się tylko jeśli chodzi o zgodność z przekonaniami. Największe rozwarstwienie między młodymi a starszymi występuje w poglądach na bezpieczeństwo i skuteczność szczepień.

Na tle Europy Zachodniej wyróżniamy się – na niekorzyść – jeśli chodzi o stosunek do szczepień przeciw grypie sezonowej oraz HPV. W przypadku grypy widać spory progres – w 2018 roku w bezpieczeństwo, skuteczność i istotność wierzyło nieco poniżej 60 proc. Polaków, w tej chwili dobre opinie o tym szczepieniu ma ok. 70–80 proc. (w zależności od pytania). Jednak widać też zmarnowany potencjał, bo w 2020 roku szczepienie przeciw grypie miało dobre notowania u więcej niż 80 proc. Polaków. To, co jeszcze zwraca uwagę, to ogromna dysproporcja między deklarowanymi poglądami w sprawie szczepionki przeciw grypie (70–80 proc. z nas uważa, że jest ona bezpieczna, potrzebna i skuteczna) a rzeczywistym poziomem zaszczepienia, nawet w rekordowo dobrym sezonie 2021/2022 (7–8 proc. społeczeństwa).

Drugim preparatem, który wyraźnie odróżnia nas od Europy Zachodniej jest szczepionka przeciw HPV – i nie jest to dobry prognostyk przed objęciem tego szczepienia pełną refundacją w ramach PSO. W dodatku obserwujemy spadek pozytywnego nastawienia do tej szczepionki – w 2020 roku ponad 85 proc. Polaków było przekonanych, że szczepionka jest ważna, a ponad 82 proc. – że jest skuteczna (stosunek do tego szczepienia był wówczas badany po raz pierwszy). Po dwóch latach jest o tym przekonanych 76,3 proc. Polaków. Autorzy raportu zaznaczają, że w przypadku tego szczepienia poziom zaufania (w ważność, bezpieczeństwo i skuteczność) wyraźnie obniżył się na przestrzeni dwóch lat niemal we wszystkich krajach UE.



A co ze szczepieniami przeciw COVID-19? Największe zaufanie przekłada się na wysoki stopień zaszczepienia – przodują tu Hiszpania i Portugalia, gdzie pozytywne opinie o bezpieczeństwie, skuteczności i ważności szczepień przeciw COVID-19 prezentuje ok. 90 proc. społeczeństwa. Na przeciwnym biegunie jest wręcz fatalnie zaszczepiona Bułgaria (45 proc. Bułgarów dobrze myśli o szczepieniu, zaszczepionych jest znacząco mniej). W Polsce, która in minus odstaje od europejskiej średniej pod względem poziomu zaszczepienia, opinie na temat szczepienia przeciw COVID-19 utrzymują się z dala od skrajnych biegunów. Jesteśmy jednak w gronie krajów, które raczej powątpiewają w to szczepienie.





Kluczową, jak się wydaje, częścią raportu jest badanie nastawienia profesjonalistów medycznych – przede wszystkim lekarzy i pielęgniarek: wobec szczepień w ogóle i wobec poszczególnych szczepionek. Wnioski?

Liderami są Luksemburg i Malta, tam 100 proc. ankietowanych jest przekonanych do szczepień. W Estonii odsetek również jest bardzo wysoki i przekracza 99 proc. Zaufanie do szczepień wśród profesjonalistów medycznych jest wyraźnie wyższe niż w całej populacji i generalnie wynosi nieco ponad 90 procent. Jednak, jak zauważa Komisja Europejska – ono również w ciągu dwóch lat, choć pozostaje na wysokim, stabilnym poziomie, nieco ucierpiało, zwłaszcza w niektórych krajach. Wśród nich wyróżnia się Francja. Tam w 2020 roku ze stwierdzeniem, że szczepienia są ważne dla dzieci zgodziło się 100 proc. badanych, podczas gdy w 2022 roku nieco ponad 95 proc. Pogląd, że szczepienia są generalnie bezpieczne, dwa lata temu podzielało niemal 99 proc., a w 2022 roku zgodziło się z nim jedynie 74 proc. (!) badanych. Również w Grecji zaobserwowano spadek o ponad 11 punktów procentowych twierdzących odpowiedzi na pytanie o bezpieczeństwo szczepień – i podobny o ich skuteczność.

W tym przypadku pytano również, czy medycy zarekomendowaliby konkretne szczepienia swoim pacjentom. W sprawie szczepionki MMR panuje niemal jednomyślność – w niemal wszystkich krajach rekomendowałyby ją ponad 90 proc. profesjonalistów (przy czym w dużej części krajów „ponad 90 proc.” oznacza wynik bliski 100 proc.). Wyjątkiem są Bułgaria (89,7 proc.), Grecja (82,8 proc.) i Austria (79,8 proc.). W zdecydowanej większości krajów ponad 90 proc. medyków rekomenduje również szczepienie przeciw grypie sezonowej – poza Węgrami (84 proc.) i Austrią (80 proc.). Większe rozbieżności pojawiają się przy szczepieniu przeciw HPV: wynik poniżej 90 proc. zanotowano w pięciu krajach, przy czym najniższy wskaźnik w Estonii (nieco powyżej 81 proc.). I wreszcie – szczepienie przeciw COVID-19: znów „tylko” trzy kraje z wynikiem poniżej 90 proc., ale wśród nich – Polska (nieco ponad 89 proc. profesjonalistów odpowiedziało pozytywnie). Najślabiej wypadła w tym zestawieniu Słowacja (84 proc.).



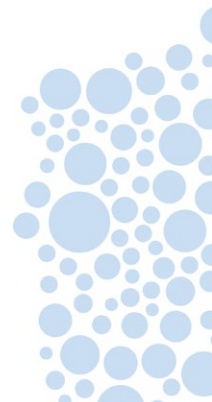
A jakie jest nastawienie europejskich medyków w sprawie szczepień kobiet w ciąży? Jeśli chodzi o szczepienia przeciw grypie, aż w dwudziestu krajach mniej niż 90 proc. z nich rekomendowałoby takie szczepienie – najślabiej wypadły Czechy (60 proc.), Bułgaria (50 proc.) i Słowacja (niemal 49 proc.). Niemal identyczny wynik (dziewiętnaście krajów) jest w przypadku pytania o szczepienie przeciw COVID-19. Tu najślabiej wypadły Chorwacja (66 proc.), Słowacja (niespełna 60 proc.) i Bułgaria (55,7 proc.).

Jeśli chodzi o Polskę, wyniki również powinny – co najmniej – dać do myślenia. O ile szczepienie MRR poleciliby 98,7 proc., o tyle szczepienie przeciw grypie rekomendowałoby nieco ponad 94 proc., zaś tylko 86,4 proc. zarekomendowałoby to szczepienie kobiecie w ciąży. W przypadku szczepień przeciwko HPV ich rekomendację deklaruje 92,3 proc. medyków, natomiast najgorzej w zestawieniu plasowały się szczepienia przeciwko COVID-19. Tylko 89,4 proc. medyków poleciliby to szczepienie swojemu pacjentowi, a 83,9 proc. poleciliby zaszczepienie się przeciwko COVID-19 kobiecie w ciąży.

Jakie są przyczyny spadku zaufania do szczepień po dwóch latach pandemii? Można zaryzykować tezę, że to efekt wahadła – w latach 2018–2020 deklarowane zaufanie do szczepień odbiło się po pierwsze na fali przetaczającej się przez kraje UE epidemii odry, po drugie – już w samym roku badania – oczekiwania na szczepionkę przeciw COVID-19. Pandemia COVID-19 stłumiła częstość występowania innych chorób zakaźnych (choć jak pokazują dane NIZP-PZH, prezentowane pod koniec listopada, w roku 2022 niemal wszystkie wróciły do przedpandemicznych „norm”), zaś szczepionki przeciw COVID-19 nie okazały się skuteczne w takim zakresie, jak społeczeństwa miały nadzieję – nie zatrzymały transmisji wirusa ani zachorowań, choć skutecznie – co do tego nie ma wątpliwości – zapobiegały ciężkim przebiegom i spłaszczyły do minimalnych rozmiarów krzywą zgonów z powodu COVID-19.

Nie ma wątpliwości, że w tej chwili najważniejszym zadaniem, jakie stoi przed światem nauki, ale też decydentami i politykami, zarówno na szczeblu unijnym, jak i w poszczególnych krajach, jest budowanie takiego przekazu, który wzmacni zaufanie do szczepień. Priorytetowo powinny być traktowane dwie grupy: młodzi dorośli (bo to oni najczęściej podejmują decyzje o szczepieniach dzieci) oraz... profesjonalisci medyczni. Bo choć poziom zaufania do szczepień w tej grupie jest wysoki, wyniki pokazują, że jest jeszcze sporo do zrobienia w zakresie upowszechnienia wiedzy medycznej na temat bezpieczeństwa i ważności szczepień – choćby w zakresie szczepień w okresie ciąży. ■

MINISTER BEZ ŻADNEGO TRYBU



A MAŁGORZATA
SOLECKA

Fot. Patryk Ogorzałek / Agencja Gazeta

Adam Niedzielski „jedyką” na poznańskiej liście PiS? Pod koniec 2022 roku minister zdrowia zadeklarował, że przygotowuje się do startu w jesiennych wyborach parlamentarnych. Powód? Poselski mandat i obecność w sejmie przekładają się, zdaniem Niedzielskiego, na większą skuteczność w przeprowadzaniu kluczowych decyzji. Skoro już o skuteczności mowa...

W ostatnim roku Adam Niedzielski szczególnie upodobał sobie Wielkopolskę jako cel ministerialnych wojaży – i, podobno, nie bez przyczyny. Szef resortu zdrowia ma negocjować z kierownictwem Prawa i Sprawiedliwości pierwsze miejsce na poznańskiej liście kandydatów do sejmiku. To odważny krok, biorąc pod uwagę, że Poznań to jeden z bastionów Koalicji Obywatelskiej (w ostatnich wyborach ponad 45 proc. głosów i połowa z dziesięciu mandatów). Poprzednik Niedzielskiego, prof. Łukasz Szumowski, mierzył raczej zamiar podług sił, startując z Płocka, gdzie konkurować musiał raczej z kolegami z Solidarnej Polski niż z politycznymi przeciwnikami.

Trudno powiedzieć, co Adam Niedzielski – od urodzenia związany ze stolicą – będzie miał do zaoferowania akurat poznanianom, poza oczywiście kartonowymi czekami, z którymi może przyjeżdżać do szpitali. Może więc warto spojrzeć szerzej i sprawdzić listę dokonań i sukcesów, skutecznie (zrealizowanych projektów? Choćby tych najważniejszych).

Wzrost wydatków na zdrowie. Tu skuteczności ministrowi zdrowia odmówić nie sposób. W końcówce 2022 roku, jako pierwszy szef resortu w historii, doprowadził do wyzerowania wydatków budżetu państwa na świadczenia zdrowotne, przeprowadzając z sukcesem (choć nie bez problemów) proces legislacyjny nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, która w skrócie – choć merytorycznie poprawnie – winna się zwać ustawą 5 proc. PKB na zdrowie. Mimo zamieszania w Komisji Zdrowia, która w pierwszym czytaniu projekt rządowy odrzuciła (ale po upływie niespełna doby „naprawiła” swój „błąd”), mimo weta senatu ustawa, która uszczupla finanse systemu ochrony zdrowia o ok. 13 mld zł, w 2023 roku weszła w życie. A minister nie ma sobie nic do zarzucenia, stawiając krytykom tego rozwiązania pytanie bynajmniej nie retoryczne: – Na co niby nie wystarczy pieniędzy?

Nakłady na ochronę zdrowia, według rządu, są gwarantowane przez ustawę 7 proc. PKB na zdrowie i... rosną jak szalone. Kancelaria Premiera ogłosiła 3 stycznia (zresztą po raz kolejny), że zaplanowane na 2023 rok ponad 165 mld zł to 115 proc. więcej niż wynosiły wydatki publiczne na zdrowie w 2015 roku i będzie to już 6,3 proc. PKB. Nie wspomniano, że PKB z 2021 roku, i można by się zastanawiać, czy nie podlega to nowym regulacjom, które zabraniają wprowadzania konsumentów w błąd fałszywymi promocjami i nakazują sprzedawcom podawanie pełnych danych, na podstawie których potencjalny klient może sobie wyrobić zdanie nie tylko o atrakcyjności, ale przede wszystkim prawdziwości oferty. No ale skoro Orlen mógł przez pół roku zawyżać ceny na stacjach benzynowych



Fot. Łukasz Cynalewski / Agencja Gazeta

dla dobra Polaków, by po podwyżce VAT nie odczuli szoku cenowego, rząd może mamici społeczeństwo, że poziom finansowania systemu zbliża się do „dobrego średniego poziomu europejskiego”, bo gdyby Polacy poznali prawdę, mogliby popaść w jeszcze większe przygnębienie – według danych OECD i Komisji Europejskiej ryzyko depresji dotyka ponad sześciu na dziesięciu Polaków. Lub, co być może jeszcze gorsze – nie zgłasować na PiS. Nie tylko w Poznaniu.

Poziom publicznych nakładów na zdrowie – licząc realnie, a nie według ustawowej metodologii – w 2020 roku wyniósł ok. 4,8 proc. PKB, co sytuuje Polskę w absolutnym ogonie państw europejskich – na pewno tych, które należą do klubu UE/EFTA. I choć nominalny wzrost środków jest niezaprzeczalny, zawdzięczamy go z jednej strony rosnącej gospodarce, z drugiej – rozpędzonej inflacji. Dokładnie tak jak podczas grudniowej debaty w senacie mówił Wojciech Konieczny, senator Lewicy: – To nie są prawdziwe nakłady, uwzględniające rosnące koszty. (...) Ludzie też będą więcej zarabiać w przyszłym roku, ale z racji inflacji będą klepali większą biedę. Podobnie będzie w ochronie zdrowia – stwierdził, podkreślając, że gwarancje płynące z ustawy 7 proc. PKB na zdrowie są ułudą. – Będziemy wypełniać warunki z tej ustawy, ale chyba przez dwa lata coś się wydarzyło? Chyba jest jakaś inflacja, chyba coś się dzieje w gospodarce, chyba koszty rosną znacznie bardziej? (...) To jest wytrych, który pozwala mówić, że nakłady rosną. (...) Gdybyśmy mieli deflację, gdybyśmy mieli sytuację odwrotną, to być może można by się tutaj takimi argumentami posługiwać, a tak to są one nieprawdziwe. Nakłady na ochronę zdrowia realnie maleją w stosunku do rosnących kosztów. Stąd zadłużenie szpitali, stąd większe kolejki i zdziwienie Prawa i Sprawiedliwości – bo przecież powinno być lepiej, skoro jest więcej pieniędzy. Jest więcej pieniędzy, ale jeszcze więcej jest kosztów – punktował.

Przygotowanie do tridemii. Jednym z postulatów, jakie mocno wybrzmiewały podczas grudniowego Kongresu Zdrowia Publicznego, który odbywał się na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym, było upowszechnienie i rozpropagowanie – wobec przybierającego na sile sezonu infekcyjnego, który od listopada, nawet października, funkcjonował (wówczas jeszcze jako prognoza) nie jako twindemia, ale wręcz tridemia (COVID-19, grypa, RSV) – testów antygenowych. Dostępnych, szeroko, w szpitalach, w POZ, w aptekach, w miejscach pracy. Testów combo, optymalnie. 5 stycznia minister zdrowia ogłosił, że podpisał przygotowane w trybie pilnym (!) rozporządzenie, które zagwarantuje (!!) pacjentom dostęp do takich – profesjonalnych – testów w poradniach POZ. Kiedy? Nie wiadomo. Kto kupi testy? Bynajmniej nie Rządowa Agencja Rezerw Strategicznych. Nie. Testy mają kupować świadczeniodawcy, zamawiając je w hurtowniach. NFZ zrefunduje zakup (do jakiego limitu?) oraz zapłaci za wykonanie testu.

Reakcja ekspertów i praktyków: szok i niedowierzanie. Bo sezon infekcyjny w pełni, spodziewany szczyt przed nami (przełom stycznia i lutego), a ministerstwo zdaje się robić wszystko, by i tak spóźniona decyzja o wprowadzeniu testów do POZ nie przyniosła efektu w postaci realnej ich dostępności tam, gdzie pacjenci zgłaszają się z objawami infekcji najczęściej (o ile nie zostają w domach). Ale czy naprawdę jest się czemu dziwić, skoro już latem (!) eksperci podnosili, że tegoroczny sezon infekcyjny będzie wyjątkowo trudny (nie były to dywagacje, ale wnioski oparte na twardych danych z półkuli południowej, przede wszystkim z Australii). Wczesną jesienią, obserwując dużo wyższą aktywność RSV, powtarzali apele o wzmocnienie kampanii szczepień przeciw COVID-19, ale przede wszystkim – zmianę decyzji w sprawie szczepień przeciw grypie.

Ministerstwo Zdrowia bowiem już wiosną ubiegłego roku sygnalizowało, że nie będzie kontynuacji bezpłatnych, powszechnych szczepień, a pod koniec sierpnia ogłosiło, że

co prawda NFZ zapłaci za samo wykonywanie szczepień, ale za szczepionki – oprócz najstarszych seniorów i kobiet w ciąży – Polacy będą musieli zapłacić (przy czym tylko niektórym będzie przysługiwać częściowa refundacja). Resort wycofał się nawet – ku bezbrzeżnemu zdumieniu specjalistów – ze sfinansowania zakupu szczepionek dla personelu medycznego. Już wtedy eksperci ostrzegali, że zaprzeczamy to, co udało się osiągnąć w pandemii, gdy w ostatnich dwóch sezonach zainteresowanie szczepieniami przeciw grypie gwałtownie wzrosło, choć nadal poziom zaszczepienia – mimo blisko stuprocentowego wzrostu – pozostaje na żenująco niskim (to określenie prof. Marcina Czecha) poziomie. 8–9 proc. zaszczepionej populacji – od reszty Europy oddziela nas cywilizacyjna przepaść. Szliśmy jednak przynajmniej we właściwym kierunku, lecz resort zdrowia nie dostrzegł, najwyraźniej, związku między łatwością w dostępie do szczepień i zniesieniem wszystkich barier a poziomem zaszczepienia, bo wszystkie podjęte decyzje szły w dokładnie odwrotną stronę. Szczepienia nie dość, że płatne, to jeszcze dostępne wyłącznie na receptę, wystawianą – a jakże – przez lekarza (lub pielęgniarkę).

Efekt? Przewidywalny. 5 grudnia wiceminister Waldemar Kraska raportował w senacie, że ze szczepień przeciw grypie skorzystało niespełna 650 tysięcy osób. Do początku stycznia ta liczba urosła o kilkadziesiąt tysięcy. Zablockowane poradnie POZ, obłożone oddziały szpitalne (w tym pediatryczne, w Polsce dzieci nie szczepi się niemal wcale), apteki raportujące braki leków przeciwpalnych i przeciwgorączkowych, absencje w szkołach – resort zdrowia już pod koniec grudnia zapowiedział, że ułatwi dostęp do szczepień. I już na pierwszym styczniowym posiedzeniu sejm zajmie się zmianą przepisów, które umożliwią farmaceutom wystawianie recept. Przy okazji, składając tę obietnicę, wiceminister Kraska ubolewał, że pracownicy służby zdrowia... nie dają społeczeństwu dobrego przykładu, nie szczepiąc się masowo. Oczywiście – powinni. Nie da się jednak ukryć, że bicie się w cudze piersi to coś, co ministerstwu wychodzi (od lat) najlepiej. Kwestia testów combo i szczepień przeciw grypie to tylko ułamek problemu. Choć na przełomie roku COVID-19, z punktu widzenia nie tyle sytuacji epidemiologicznej, co stabilności systemu ochrony zdrowia, nie był problemem, nie tylko w Polsce, już na początku stycznia ECDC wydało komunikat, wyrażający zaniepokojenie perspektywą szerzenia się w Europie nowego wariantu SARS-CoV-2, czyli Krakena. Dał się on poznać w Chinach jako niezwykle agresywny pod względem zakaźności, o wiele łatwiej przełamujący odporność poszczepienną i naturalną. ECDC prognozuje, że z wariantem, który na przełomie grudnia i stycznia zdominował Amerykę Północną, Staremu Kontynentowi przyjdzie się mierzyć za około miesiąc.



Apel o przygotowania w Polsce przechodzi praktycznie bez echa, nie licząc ważnego, ale chyba zignorowanego przez decydentów stanowiska ekspertów Naczelnej Izby Lekarskiej, którzy 5 grudnia przedstawili swego rodzaju plan minimum, obejmujący, między innymi, zintensyfikowanie szczepień przeciw COVID-19 oraz grypie, przynajmniej w grupach zwiększonego ryzyka ciężkiego przebiegu COVID-19. Obydwie kategorie szczepień (stan na początek stycznia 2023 roku) są praktycznie martwe i bardziej zasadne byłoby mówienie o ich reaktywacji niż wzmacnianiu.

Uporządkowanie systemu. „Pakiet Niedzielskiego”, czyli ustawy o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjenta, szpitalnictwie i Krajowej Sieci Onkologicznej nie weszły w życie 1 stycznia i jeśli wejdą (projekt ustawy o jakości na początku stycznia czekał na pierwsze czytanie, projekt ustawy o KSO został przyjęty przez rząd, a projekt – kolejny, po poprzednich, zmiażdżonych w trakcie konsultacji publicznych – ustawy o szpitalnictwie miał status „ktokolwiek widział, ktokolwiek wie”), jest mało prawdopodobne, by przed końcem kadencji odciśnęły swój ślad w realiach systemu.

Jest oczywiście prawdą, że każda podróż zaczyna się od pierwszego kroku. To taki sam truizm jak stwierdzenie, że nie myli się ten, kto nic nie robi. Te stwierdzenia nie oznaczają jednak ani tego, że na pierwszym kroku można pozostać (zwłaszcza jeśli z zacięciem opowiada się o fascynujących przygodach), ani że można – bez konsekwencji – podejmować decyzje oparte na własnych przekonaniach (uprzedzeniach?), a potem nawet się z nich nie wycofywać, tylko nadbudowywać złe decyzje kolejnymi. A to, jak się wydaje, jest modus operandi Ministerstwa Zdrowia w ostatnich latach, co dobitnie pokazują działania w obszarze bieżących, pandemicznych, wyzwań.

Ale i w kwestii snucia opowieści o dokonaniach, gdy jeszcze nie przekroczyło się progu, nie brakuje przykładów. Opieka koordynowana. Perła w koronie, można powiedzieć. Święty Graal zmian systemowych. Uczyniono pierwszy krok – wspaniale. Gorzej, że towarzyszyły temu – jeszcze nawet zanim został wykonany – opowieści o „rewolucyjnej zmianie” dla pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej, choć i eksperci, i praktycy podkreślali, od miesięcy, że będziemy mieć do czynienia z rozłożoną na lata – na wiele lat – ewolucją. Jeszcze gorzej, że zaledwie po trzech miesiącach, gdy wyzwania wcale nie ubyło (mówi o nich wprost choćby konsultant krajowa



w dziedzinie medycyny rodzinnej, pełnomocniczka ministra zdrowia ds. wdrażania opieki koordynowanej, prof. Agnieszka Mastalerz-Migas, wskazując na dostępność do specjalistów jako wyjątkowo wąskie gardło modelu koordynacji opieki), wręcz odrąbiono sukces. – W 2022 dzięki działaniom rządu m.in. (...) poszerzono dostęp do specjalistycznego leczenia za pośrednictwem lekarza pierwszego kontaktu – chwaliła się 3 stycznia Kancelaria Premiera. Pomijając fakt, że lekarz pierwszego kontaktu nie funkcjonuje w systemie już od lat, owo „poszerzenie dostępu” dotyczy na razie bardzo skromnego ułamka i świadczeniodawców, i pacjentów. A opieka koordynowana pozostaje wyzwaniem, a nie – dokonaniem.

System zaś, po ponad dwóch latach rządów Adama Niedzielskiego, bynajmniej nie jest porządkowany „krok po kroku”. Jak w soczewce widać to w obszarze newralgicznym, czyli szpitalnych oddziałach ratunkowych, gdzie działania pozorowane (wymóg tworzenia poradni nocnej pomocy lekarskiej w szpitalach z oddziałami ratunkowymi jako remedium na obłożenie SOR-ów mógłby być trafiony, gdyby nie fakt, że od lat ok. 90 proc. szpitali takie poradnie prowadzi) z niezrozumiałymi, a w każdym razie – niekonsultowanymi: pozostając przy SOR-ach, 4 stycznia Ministerstwo Zdrowia bez uprzedzenia „wyłączyło” możliwość wystawiania skierowań na SOR-y. Samo w sobie nie wydaje się to sprzeczne z logiką i zdrowym rozsądkiem (po co w stanie nagłym skierowanie na SOR, a jeśli nie ma stanu nagłego, pacjent na SOR trafiać nie powinien), tyle tylko – że to kolejna decyzja, która rozwiązuje problem istniejący chyba wyłącznie w głowach kierownictwa resortu, bo lwia część skierowań dotyczy konkretnych oddziałów, a szpitale różnie zarządzają ruchem pacjentów – część „przepuszcza” ich przez oddziały ratunkowe przed decyzją o hospitalizacji. Lekarze, w tym lekarze POZ, kręcą głowami, próbując zrozumieć, co minister chciał osiągnąć. I, przede wszystkim, dlaczego – znów – się nie konsultował, działając „bez żadnego trybu”. ■



 EWA
SZARKOWSKA

REFORMA SYSTEMU PSYCHIATRII ZBACZA Z WYZNACZONEGO KURSU

Rozmowa z Markiem Balickim, byłym pełnomocnikiem ministra zdrowia ds. reformy psychiatrii dorosłych i byłym kierownikiem biura ds. pilotażu Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022, ministrem zdrowia w latach 2003 oraz 2004–2005.

Ewa Szarkowska: Czy rok 2022 można uznać za udany dla polskiej psychiatrii?

Marek Balicki: Jeśli chodzi o reformę opieki psychiatrycznej, to działa się dalej rzeczy dobre. Widoczny jest rozwój psychiatrii dzieci i młodzieży, wzrosła liczba centrów zdrowia psychicznego dla dorosłych. W końcu listopada działało ich 59, a kolejnych 26 przygotowywało się do ruszenia. Oznacza to, że nowy system opieki środowiskowej obejmować będzie niedługo jedną trzecią populacji dorosłych Polaków. Można by więc sądzić, że reforma psychiatrii postępuje, ale niestety, podsumowanie całości działań nie wypada już tak dobrze. Przypomnę, że to był ostatni rok realizacji drugiej edycji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022. Wraz z końcem roku powinien zakończyć się pilotaż centrów zdrowia psychicznego, a przetestowane w nim rozwiązania powinny zamienić się w rozwiązania systemowe. Ale zamiast kropki, mamy kolejny przecinek, bo pilotaż został przedłużony. Pojawiły się też budzące niepokój znaki zapytania i w związku tym niepewność tego, jak będzie wyglądał system za kilka lat jest teraz większa.

E.S.: Co Pan ma na myśli?

M.B.: W drugiej edycji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego rząd wskazał na dwa działania legislacyjne konieczne do osiągnięcia jego celów. Pierwsze to wpisanie środowiskowej opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży oraz dorosłych do ustawy, czyli uchwalenie regulacji ustawowych nowego modelu. Drugi cel to ustawowe określenie zasad współpracy międzysektorowej, czyli opieki zdrowotnej z pomocą społeczną i z systemem oświaty zwłaszcza w zakresie koordynacji pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi. Program zakładał, że w roku 2022 dojdzie do

przyjęcia tych regulacji, np. w drodze nowelizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Niestety, prace nad tym ważnym aktem prawnym zostały przerwane w połowie 2021 roku, co zresztą było jedną z przyczyn mojej rezygnacji z funkcji pełnomocnika ministra zdrowia ds. reformy opieki psychiatrycznej dla dorosłych. W grudniu 2022 roku na stronie Rządowego Centrum Legislacji pojawił się projekt nowelizacji wspomnianej ustawy. Niestety, dokument ten w ogóle nie odnosi się do Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, za to zawiera daleko idące zmiany dotyczące podstawowych kwestii praw człowieka, wolności itd., które nie były przedmiotem publicznej debaty.

E.S.: To poważny zarzut.

M.B.: W projekcie nowelizacji znalazło się kilka zmian w terminologii na mniej stygmatyzującą i wzmacniającą podmiotowość pacjentów z problemami psychicznymi, ale jednocześnie po cichu rozszerzono przesłanki medyczne przyjęcia do szpitala psychiatrycznego i domu pomocy społecznej bez zgody pacjenta – z wąskiego kryterium, jakim były zaburzenia psychotyczne, psychozy na rzecz jakichkolwiek zaburzeń psychicznych. Czyli osoba z zaburzeniami osobowości czy zaburzeniami lękowymi, która jest w stanie decydować o sobie, jest zdolna do postrzegania rzeczywistości i świadomego kierowania swoim postępowaniem, może być bez swojej zgody przyjęta do szpitala psychiatrycznego i przymusowo leczona. To może szokować. Nie wiem, czy minister Niedzielski ma świadomość wagi takiego zapisu i konsekwencji, jakie za sobą niesie. Zastanawiające, że w uzasadnieniu do projektu ustawy nie ma wyjaśnienia, dlaczego ma być wprowadzona tak daleko idąca zmiana, sprzeczna z modelem postępowania przymusowego przyjętym jeszcze w latach 90. XX wieku. Przypomnę

też, że na początku lat 90. prof. Stanisław Dąbrowski, główny promotor ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, walczył z Ministerstwem Sprawiedliwości, żeby nie obejmowała ona wyłącznie kwestii przymusu, ale również rozwiązania systemowe. I teraz wygląda na to, że jeśli chodzi o kwestie systemowe, ciągle jesteśmy na etapie sprzed 30 lat. Na dodatek niespodziewanemu rozszerzeniu ulegają regulacje dotyczące przymusu. Mam jednak nadzieję, że niepokój społeczny wywołany projektem spowoduje, iż ostatecznie nie wejdzie on w życie w proponowanym kształcie.

E.S.: W grudniowym projekcie nowelizacji, o którym rozmawiamy, znalazły się też regulacje w zakresie psychoterapii.

M.B.: Rzeczywiście, do projektu wprowadzono definicje psychoterapii i psychoterapeuty. Wynika z nich, że psychoterapeutą jest osoba mająca certyfikat, o którym mowa w rozporządzeniu koszykowym. Jest to niespójne z niedawnym projektem nowelizacji rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia, wprowadzającym tytuł specjalisty w dziedzinie psychoterapii, który mógłby uzyskać lekarz, a także magister pielęgniarstwa, psychologii, pedagogiki, socjologii lub resocjalizacji. Wprowadzenie nieprzedyskutowanej ze środowiskiem definicji psychoterapii do projektu nowelizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, tak jak nieprzygotowane wprowadzenie specjalizacji w tej dziedzinie, bo na przykład nie ma żadnych przepisów przejściowych, tak jakby dziś nie było szkoleń i certyfikatów, budzi duży niepokój. Sprawa psychoterapii wymaga rzeczywiście regulacji ustawowych, ale dobrze przygotowanych, a nie takich wrzuconych fragmentarycznie, wbrew opinii środowiska i dyskusjom, które toczyły się

od dłuższego czasu. To jest dla mnie działanie zaskakujące i też w pewnym sensie przemocowe, skoro z ust ministra Niedzielskiego słyszymy, że będzie to realizowane bez względu na to, jakie jest stanowisko środowisk.

E.S.: W chwili Pana rezygnacji z funkcji pełnomocnika ministra ds. reformy ochrony zdrowia psychicznego w połowie 2021 r., był prawie gotowy projekt nowelizacji ustawy. Co się z nim dzieje?

M.B.: Prace się wówczas rozpoczęły. Obecne działania Ministerstwa Zdrowia wskazują na to, że dalszego ciągu nie będzie. Tamtych propozycji nie ma w grudniowym projekcie nowelizacji, nie ma ich również w planie prac legislacyjnych rządu, a kadencja się kończy. Wygląda więc na to, że minister chce wprowadzić model środowiskowy w drodze zmiany rozporządzenia koszykowego, a to jest niezgodne z narodowym programem, który w 2017 roku przyjął rząd. Nie widać też żadnych działań w kierunku likwidacji tzw. sektorowości, czyli określenia zasad współpracy systemów pomocy społecznej, opieki zdrowotnej i edukacji, by pomoc dla osób z problemami psychicznymi mogła być skoordynowana i efektywna. Jak na razie systemy te działają odrębnie. I dalej poradnie psychologiczno-pedagogiczne działają w sys-

temie edukacji, a niezależnie od nich działają poradnie środowiskowe, które powstały w ramach reformy opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży. Rezygnacja z ustawowej regulacji zasad tej współpracy, wbrew ustaleniom narodowego programu, jest błędem.

E.S.: Modelu środowiskowej opieki psychiatrycznej opartej na centrach zdrowia psychicznego nie wpisano do ustawy, ale przedłużono jego pilotaż. Czy to dobra decyzja?

M.B.: Przedłużenie programu pilotażowego ponad drugą edycję programu potwierdza, że coś tu nie zagrało, że nie zrobiono rzeczy koniecznych do tego, aby pilotaż mógł przejść w zmianę systemową, m.in. nie uchwalono regulacji ustawowych, o których mówiłem. Minister zdrowia nie wydał też rozporządzenia o standardzie organizacyjnym opieki zdrowotnej w Centrum Zdrowia Psychicznego. Te działania są potrzebne, żeby zreformowany system rozwijał się we właściwym kierunku, zapewniał równość w dostępie do różnych procedur i odpowiednią jakość opieki zdrowotnej. Projekt założeń standardu organizacyjnego, przewidujący między innymi wymóg zapewnienia pacjentowi przyjętemu w stanie ostrym na oddział psychiatryczny całodobowego dostępu na miejscu do diagnostyki

laboratoryjnej i obrazowej, konsultacji lekarzy innych specjalności itd. we wszystkie dni tygodnia, został opublikowany już w grudniu 2020 roku. Był więc czas, żeby zakończyć prace do końca 2022 roku, ale tak się nie stało. Skoro aktów prawnych nie ma, to – odpowiadając na pani pytanie, czy to dobrze, że przedłużono pilotaż – powiem, że chyba nie było innego wyjścia. Ale to pokazuje, że mijający rok został jednak zmarnowany, przynajmniej w zakresie przygotowania rozwiązań systemowych.

E.S.: Jesienią 2021 r. rozporządzeniem ministra zdrowia określono minimalną liczbę łóżek psychiatrycznych na 100 tysięcy mieszkańców, zmianie uległ też sposób rewaloryzacji stawki ryczałtowej na mieszkańca. Kiedy rozmawialiśmy rok temu, Pan był zaniepokojony tymi zapisami. Czy tamte obawy okazały się słuszne?

M.B.: Jeśli chodzi o określenie liczby łóżek psychiatrycznych w Centrum Zdrowia Psychicznego, to od początku pilotażu przyjęliśmy zasadę, że nie należy określać tego w sposób wiążący świadczeniodawców, że to powinno być jedynie zaleceniem, bo na niektórych obszarach reforma postępuje szybciej i mogą być wdrażane alternatywne formy pomocy takie jak np. hostele kryzysowe. Wówczas liczba łóżek szpitalnych może być mniejsza niż ta ze wspomnianej nowelizacji rozporządzenia pilotażowego. Regulacja ta nie ma więc ratio legis i przynosi efekt odwrotny od zamierzonego, bo biurokratyzuje system i spowalnia reformę. Na szczęście dotyczy ona tylko tych CZP, które mają podwykonawcę zapewniającego leczenie szpitalne. W psychiatrii dorosłych generalnie łóżek w Polsce nie brakuje. Jest ich natomiast za mało przy szpitalach ogólnych, a za dużo w jednoprofilowych szpitalach psychiatrycznych. W kilkudziesięciu działających już Centrach Zdrowia Psychicznego nie



było przypadku, żeby ktoś pospiesznie likwidował łóżka, a jak był kryzys COVID-19, liczba przyjęć spadła o jedną czwartą i tych wolnych łóżek było dużo, dużo więcej niż zwykle. Jeśli zaś chodzi o kwestię waloryzacji stawki ryczałtowej dla centrów, nie można powiedzieć, że jest obecnie zbyt niska. Po ostatniej zmianie, dokonanej latem minionego roku, jej wysokość pozwala na funkcjonowanie centrów. Niestety, inflacja jest ciągle wysoka i już za kilka miesięcy pojawiają się problemy.

E.S.: Skoro już rozmawiamy o pieniądzach, jak Pan ocenia obecne finansowanie psychiatrii?

M.B.: Wydatki na opiekę psychiatryczną w relacji do całości wydatków NFZ na świadczenia opieki zdrowotnej w planie na rok 2022 były wyższe niż w roku 2021, ale stanowiło to niewiele ponad 4 proc. budżetu publicznego płatnika, a niezbędne minimum to jest 6 proc. W planie finansowym NFZ na rok 2023 na psychiatrię i leczenie uzależnień łącznie z pilotażem przeznaczono wprawdzie znacznie ponad 6 mld zł, ale wynosi to tylko 4,3 proc. ogółu wydatków. A zatem poziom finansowania psychiatrii, chociaż się poprawił, jest ciągle dyskriminujący.

E.S.: Pod koniec 2022 r. minister Niedzielski, podczas jednej z konferencji prasowych podkreślił, że psychiatria jest wśród priorytetów resortu zdrowia. Zapowiedział też, że do końca 2023 roku będzie 130 centrów zdrowia psychicznego, które obejmą swoim działaniem 50 proc. dorosłych Polaków. Czy to jest realne?

M.B.: Jest faktem, że opieka psychiatryczna nie jest zepchnięta na margines, tak jak było to wcześniej i jest jednym z obszarów, na które Ministerstwo Zdrowia zwraca większą uwagę. Nakłady na psychiatrię w relacji do całości wydatków NFZ rosną, a re-

forma liczona liczbą CZP postępuje. W pilotażu finansowanie jest wyższe niż w starym modelu, więc wiadomo, że wiele podmiotów zechce te środki uzyskać. Ale kolejne centra powinny powstawać już nie w programie pilotażowym, ale w ramach ustawowych rozwiązań systemowych i według ustalonego standardu organizacyjnego, po to, żeby to nie były zmiany pozorne. To nie może być zmiana fasadowa, bo znowu trzeba będzie za parę lat przeprowadzać kolejną reformę. Ciągłe nie mamy rozwiązań systemowych, nie mamy standardu organizacyjnego, nie toczą się prace nad wytycznymi dotyczącymi diagnostyki i postępowania terapeutycznego. Nie mamy uregulowanych też dwóch pozostałych elementów systemu: roli i miejsca klinik uniwersyteckich oraz wyspecjalizowanych programów terapeutycznych. Obawiam się więc, że zmierza to w kierunku reformy fasadowej.

E.S.: Co zatem powinno się wydarzyć w 2023 roku, żeby reforma wróciła na właściwy kurs?

M.B.: W czasie drugiej edycji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego dużo zostało zrobione zarówno lokalnie, jak i na poziomie centralnym. Jesteśmy więc na innym etapie niż 5 lat temu. Ale ciągle jest więcej do zrobienia. Potrzebna jest kolejna edycja programu. Wiemy, że istnieje roboczy projekt na lata 2023–2030, ale nie został on jeszcze skierowany do konsultacji. Kiedy w roku 2015 rozpoczęły się prace nad drugą edycją programu, było stosunkowo łatwo. Wystarczyło powtórzyć rozwiązania z lat 2011–2015, gdyż prawie nic nie zostało w tym czasie wykonane. Teraz sytuacja jest inna. Sporo zostało zrobione, pojawiły się nowe zagrożenia, więc konieczna jest jakaś forma ewaluacji, która byłaby punktem wyjścia do prac nad kolejną edycją programu. Ale tego

nie ma. Ostatnie sprawozdania rządu z wykonania programu, jakie znamy, dotyczyły lat 2017–2020. Wiosną 2022 zostały pozytywnie przyjęte przez komisję zdrowia, ale do tej pory nie były przedmiotem obrad sejmiku. A brak oceny realizacji drugiej edycji programu przed przystąpieniem do jego kolejnej edycji to działanie mało profesjonalne.

E.S.: Czym w takim razie zajmował się zespół ds. kontynuacji reformy ochrony zdrowia powołany przez ministra zdrowia w lipcu 2021, który miał zakończyć prace do końca marca 2022?

M.B.: Zadaniem zespołu było opracowanie strategii kontynuacji reformy, na lata 2023–2027, ale raport z jego prac nie został nigdzie ogłoszony. Polskie Towarzystwo Psychiatrii Środowiskowej wystąpiło nawet do Ministerstwa Zdrowia z wnioskiem o udostępnienie tego dokumentu, ale nieoczekiwanie spotkał się z odmową. W odpowiedzi ministerstwo napisało jedynie, że efekty prac zespołu będą wykorzystane do przygotowania kolejnej edycji programu. Przyznam, że to jest chyba pierwszy przypadek, kiedy zespół powołany zarządzeniem ministra opublikowanym w dzienniku urzędowym zakończył pracę i jego końcowy raport nie został przedstawiony publicznie.

E.S.: A co na to wszystko Rada ds. Zdrowia Psychicznego działająca przy ministrze zdrowia?

M.B.: Chyba przestała działać. Jesienią 2021 roku minister zdrowia z powodu krytycznych wypowiedzi odwołał z jej składu kilku wybitnych ekspertów w zakresie psychiatrii środowiskowej, w tym prof. Jacka Wciórki z Instytutu Psychiatrii i Neurologii oraz prof. Andrzeja Cechnickiego z Uniwersytetu Jagiellońskiego. Rada stała się ciałem fasadowym. I to chyba najlepiej symbolizuje obawy związane z przyszłością reformy. ■



Fot. Aleksandra Stanisławska

WOŁANIE O PROFILAKTYKĘ

A KATARZYNA
CICHOSZ

Z dr. n. med. Krzysztofem Walczewskim, ordynatorem oddziału psychiatrii w Szpitalu Klinicznym im. dr. Józefa Babińskiego SP ZOZ w Krakowie i autorem programu profilaktyki depresji w woj. małopolskim „Wyprzedzić smutek” rozmawia Katarzyna Cichosz.

Katarzyna Cichosz: Ile osób leczy się psychiatrycznie w Polsce?

Krzysztof Walczewski: O wiele za mało. Ze statystyk, które prowadziliśmy na terenie Małopolski, wynika, że powinno ich być pięć razy więcej. Przewodniczący sekcji psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego doktor Łukasz Müldner-Nieckowski, zwraca uwagę, że potrzeby profilaktyczne są ogromne, głównie w zakresie zaburzeń lękowych i depresji. Co ciekawe, taka porada profilaktyczna od bardzo dawna istnieje w katalogu świadczeń, tylko pytanie, kto ją wykonuje.

K.C.: Kto?

K.W.: O nikim takim nie słyszałem. Takie programy trzeba przygotować, napisać i przeprowadzić. Nie jest to rutynowe postępowanie. Być może kiedyś powstanie ogólnopolski program profilaktyczny depresji. Już kilka razy robiono do tego podejścia; u nas leży na półce i był wielokrotnie dyskutowany, nazywa się DEkomPRESJA.

K.C.: Ile osób przechodzi przez Pana oddział rocznie?

K.W.: Kilkaset, a przez cały szpital kilkadziesiąt tysięcy pacjentów. Do tego około trzydzieści tysięcy osób odbywa

wizyty ambulatoryjne. Można powiedzieć, że ci pacjenci znajdują się pod bardzo dobrą czy względnie dobrą opieką. Diagnostyka jest bardzo dobra. W mało której dziedzinie medycyny leczy się tak dobrze nawet ciężkie stany, np. psychotyczne. Mówi się o nich, że to „psychiatryczna grypa”; liczba wyleczeń jest wysoka.

Psychiatria naprawcza rozwija się dynamicznie, ale bardzo brakuje programów profilaktycznych adresowanych do dużych grup zagrożenia. Statystyki są zatrważające. Liczba samobójstw w ostatnim czasie wzrosła ponaddwukrotnie. Popatrzyłbym szerzej również na liczbę stanów subdepresyjnych, na liczbę uzależnień, które częściowo są próbą samoleczenia. Potrzeby są bardzo duże, pojawia się pytanie: co zrobiliśmy, wiedząc, że liczba samobójstw w Polsce wzrosła dwukrotnie? Czy dostępność do świadczeń jest wystarczająca? Czy wdrożono program profilaktyczny dostępny na stronie internetowej, pod telefonem czy gdzieś pod ręką, zwłaszcza dla ludzi młodych.

Nie ma osoby, która nie doświadczyłaby w ciągu życia zaburzeń psychicznych, dlatego nie mówimy o jakiejś grupce: dotyczy to nas, całej społeczności. Według ostatnich danych, jakie znam, mierzących chorobowość mieszkańców starej Unii, co trzeci mieszkaniec przynajmniej raz odwiedził poradnię zdrowia psychicznego, czyli był u psychologa, psychoterapeuty lub psychiatry.

K.C.: Jak często ma Pan kontakt z rodzinami osób chorych psychicznie?

K.W.: Na szczęście często. Dlaczego na szczęście? W zaprzyjaźnionych szpitalach, np. niemieckich, znacznie częściej niż u nas zdarza się, że chorzy mający trudny charakter w codziennym życiu są opuszczani. Ponadto od dawna znajdują się w obszarze bezdomności i nie mają rodzin,

które chciałyby ich odwiedzać. U nas na szczęście tak źle nie jest. Akurat żyjemy w takiej kulturze, zwłaszcza tutaj na południu kraju.

K.C.: Często słyszy Pan od rodzin: „nie mam już siły”?

K.W.: Bardzo często. Zwłaszcza w okresie hospitalizacji nadchodzi okres przeładowany różnymi zaszłością, nieporozumieniami, a komunikacja jest spalona. A naprawdę źle jest wtedy, kiedy rodzina podejmuje decyzję o zgłoszeniu do sądu wniosku o hospitalizację kogoś z bliskich: ojca, męża, brata, siostry, dziecka – bez ich zgody, z artykułu 29. Wtedy atmosfera jest naprawdę napięta i bardzo często osoba hospitalizowana jest szczerze obrażona – dlaczego oni mi to zrobili? Po leczeniu, kiedy pewne sprawy się wyjaśniają, najczęściej dochodzi do poprawy zdrowia czy remisji. Nie spotkałem się z sytuacją, żeby nie doszło do pojednania czy wdzięczności za to, że rodzina skłoniła chorego do leczenia. W zasadzie tak bywa w każdym przypadku.

K.C.: Jak szybko dochodzi do przeciążenia emocjonalnego rodzin?

K.W.: Wolałbym patrzeć na to z innej strony. Rodziny rzeczywiście są na różny sposób przeciążone. Myślę, że bardzo duże odbarczenie następuje, kiedy ktoś się dowiaduje, że np. jego bliski nie jest leniwy i złośliwy, tylko od dłuższego czasu miał mniej ener-

gii życiowej z powodu przeciągających się stanów subdepresyjnych, i przypomina sobie, że dwa lata temu był zupełnie inny. Dochodzi do określenia, że istnieje obszar chorobowy i można go leczyć. I oddziela się to w pewien sposób od osoby.

Pracując z rodzinami w Klinice Bałbińskiego, chcemy, żeby po zebraniu obiektywnego wywiadu rodzina miała dostęp do krótkiej, ustrukturuwanej informacji o chorobie bliskiej osoby. Ponieważ choroby psychiczne mają szeroką gamę zaburzeń i objawów. Znamy osoby, które mając dolegliwości psychiczne, funkcjonują w rodzinie czy zawodowo bardzo wysoko. Patrząc na nie, nikt nie powie, że temu panu czy pani coś dolega. Obciążenia psychiczne mogą być bardzo różne.

K.C.: Przez jakie etapy przechodzą rodziny dowiadujące się, że ktoś jest chory?

K.W.: Analogicznie jak u chorego. Jeśli sam chory za daleko zabrnął w swoje doświadczenia, czasami również odrealnione, musi się jakby obudzić psychologicznie: wszyscy ode mnie czegoś chcą. A może mam w tym jakiś udział? Może to są moje urojenia? Żyję w iluzji? To samo dotyczy rodzin. Aha, to nie tak, że nagle nie chce mu się uczyć, nagle nie chce się jej/jemu chodzić do pracy, zaniebala ją, tylko stało się coś istotnego, coś ciężkiego, a nawet nie zostało to nazwane.

W monografii „Odyseja psychiatryczna”, która ukaże się na początku tego roku w oficynie AFM, opisuję etapy budzenia się pacjenta z ciężkich stanów (po opanowaniu samobójczym) oraz jak się to przekłada na życie rodzinne. Na koniec rodzina przestaje delegować pomoc na profesjonalistów i zaczyna stawiać choremu normalne wymagania jako bratu, synowi, córce. I to jest proces powrotu do zdrowej struktury. ■





PROSIMY O ZMIANY



**KATARZYNA
CICHOSZ**

Pielęgniarka

Z Agnieszką Lewonowską-Banach, pielęgniarką, dyrektorką Zakładu Aktywności Zawodowej U Pana Cogito Pensjonat i Restauracja w Krakowie; sekretarzem Stowarzyszenia Rodzin Zdrowie Psychiczne; członkinią Rady ds. Zdrowia Psychicznego przy Ministerstwie Zdrowia rozmawia Katarzyna Cichosz.

Katarzyna Cichosz: Ile osób jest za-trudnionych U Pana Cogito?

A. Lewonowska-Banach: Trzydzieści osób niepełnosprawnych, głównie po kryzysach psychicznych. Zajmujemy się tylko dorosłymi. Początkowo umowy zawieramy na okres próbny, potem na czas nieokreślony lub na kilka lat. Jeśli pracownik ma umiarkowany stopień niepełnosprawności, umowę zawieramy na czas ważności orzeczenia, ponieważ jeśli taka osoba zostanie przekwalifikowana ze stopnia umiarkowanego na lekki, tracimy status zakładu aktywizacji zawodowej.

K.C.: Jak aplikuje się do pracy?

A.L.B.: Kierują do niej psychoterapeuci, lekarze, organizacje pozarządowe, ale można też przyjść z ulicy. Mamy więcej chętnych niż miejsc. Pewnym problemem jest wskaźnik, który musimy utrzymać: osoby z niepełnosprawnością o stopniu umiarkowanym mogą stanowić nie więcej niż 35%, pozostałe muszą być o stopniu znacznym. Z tym że osoby chorujące psychicznie prawie nie mają orzekanych stopni znacznych, ponieważ oznacza to niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji. A skoro idę do pracy, to znaczy, że nie jestem niezdolny.

Od wielu lat system orzeczniczy roz-mija się z realną potrzebą wsparcia. Walczymy, żeby ten wskaźnik zmniejszyć chociaż do 50%. Jeżeli ktoś ma znaczny stopień i leży w łóżku, trzeba go pilnować, zmieniać pozycję z boku na bok, bo jest tak zależny od innej osoby – to jak w ogóle myśleć o pracy? Te elementy systemowe bardzo proszą się o zmianę i dostosowanie do aktualnych potrzeb.

K.C.: Co w pracy jest lekiem?

A.L.B.: Mówi się, że sama praca, ale jest tak tylko pod warunkiem, że środowisko pracy sprzyja zdrowieniu, czyli nawiązywaniu relacji, budowaniu ich, wzmacnianiu, a jeśli pojawia się stres, to ma on poziom kontrolowany. To, co leczy, to środowisko pracy i duży poziom opieki ze strony profesjonalistów, naszych pracowników. W pracy stawiamy na wspólnotę; na to, że trzeba sobie pomagać, że wspólnymi siłami łatwiej osiągnąć cel. Trudniej jest, jeśli chodzi o tempo. Osoby zdrowe, które pracują razem, muszą na siebie wziąć ciężar odpowiedzialności za sytuacje wymagające np. szybkich decyzji.

K.C.: W co rodziny wkładają najwięcej wysiłku?

A.L.B.: Każda sytuacja jest inna, ale ciągle najwięcej wysiłku i emocji

stwarzają sytuacje, kiedy podopieczny nie chce współpracować w leczeniu, nie ma poczucia choroby, nie chce się zgłosić do lekarza, a wiadomo, że jest chory. Nie ma z czego żyć, jest na utrzymaniu rodziców, nie ma ubezpieczenia zdrowotnego, bo nie chce się zarejestrować ani w urzędzie pracy, ani skontaktować z pomocą społeczną.

Wciąż jedyną drogą jest ubezwłasnowolnienie takiej osoby, a na ten krok w desperacji decyduje się niewielu rodziców, bo jest ona trudna i długotrwała. Nie ma łatwiejszej procedury. Oczywiście jeśli osoba chora zagraża sobie czy innym, pobyt w szpitalu może się odbyć bez jej zgody, ale są to zwykle bardzo drastyczne sytuacje. Na psychoterapię w ramach NFZ czeka się w kolejce dwa, trzy lata. A lekarzy psychiatrów w stosunku do potrzeb ciągle jest mało.

K.C.: Jakie jeszcze emocje dźwigają rodziny osób chorych psychicznie?

A.L.B.: Dominuje lęk przed tym, co będzie, jak mnie zabraknie. Środowiskowe formy wsparcia dopiero raczkują. Form instytucjonalnych jest mało, a ich jakość jest różna. Wiemy, że rodziny osób chorujących psychicznie bywają bardzo różnie traktowane przy udzielaniu świadczeń z pomocy społecznej. Osoba mająca rentę nie jest w stanie się z niej utrzymać, pomoc społeczna bierze pod uwagę wspólne gospodarstwo domowe; jeśli rodzina ma choć trochę wyższą emeryturę, to już nie należy się jej wsparcie. Wygląda to tak, jakby obowiązkiem rodzica było utrzymywanie dorosłego dziecka. A przecież jest standardem, że dorosłe dziecko samo się utrzymuje. Niezbędne jest podniesienie rangi zawodów świadczących wsparcie w środowisku, lepsze finansowanie i wsparcie dla rodzin, które są w Polsce głównym źródłem oparcia społecznego dla osób chorujących psychicznie. ■



PROBLEM NIE ZAWSZE ROZUMIANY

**A KATARZYNA
CICHOSZ**

Z Ewą Jędrys, prezes Fundacji Pomocy Chorym Psychicznym im. Tomasza Deca w Krakowie rozmawia Katarzyna Cichosz.

Katarzyna Cichosz: Jak trafiają do Was podopieczni?

Ewa Jędrys: Fundacja została założona dwadzieścia lat temu przez szpital Babińskiego. Zajęliśmy się obszarami, w których szpital pomóc nie może: wspieramy osoby po hospitalizacji, prowadzimy mieszkania chronione i aktywizację zawodową. W pierwszych latach koncentrowaliśmy się na pomocy pacjentom szpitala, z czasem staliśmy się fundacją regionalną. Działalność informacyjną prowadzimy na skalę całego kraju. Na zlecenie gminy miejskiej Kraków prowadzimy cztery mieszkania chronione: dwa przeznaczone dla osób z zaburzeniami psychicznymi, a dwa dla osób z zaburzeniami psychicznymi i uzależnieniem od alkoholu. Podopieczni kierowani są do nas przez MOPS. Pomagamy mieszkańcom jak najbardziej się usamodzielniać. Decyzja wydawana jest na rok – po tym czasie analizujemy postępy podopiecznego – i może zostać przedłużona. Różne sytuacje losowe się zdarzają; ktoś jest bezdomny, samotny albo tak skonfliktowany z rodziną, że





nie może wrócić do swojego środowiska.

K.C.: Czy macie kontakt z rodzinami Waszych beneficjentów?

E.J.: Tak, część rodzin wspiera chorujących psychicznie w drodze do samodzielności. U innych kontakty są zaburzone. Trzeba być uwrażliwionym na różne przypadki. Czasami dobrze jest odseparować osobę chorującą od rodziny. Wśród naszych beneficjentów zdarzają się sytuacje, że relacje rodzinne zostały albo zerwane, albo są bardzo złe. W trakcie pobytu próbujemy pracować nad tym, żeby je w jakiś sposób odbudować.

Często związki małżeńskie się rozpadają, natomiast pozostają dzieci. Mamy wielką satysfakcję, jeśli uda się w tej kwestii coś zrobić. Jeśli beneficjenci są w stanie utrzymać trzeźwość, szukają pracy na wolnym rynku i krok po kroku odbudowują relacje ze swoimi dziećmi, to jest wielka rzecz.

K.C.: O co pytają rodziny chorych dzwoniące do Was z całej Polski?

E.J.: Dużo osób zgłasza się, kiedy zauważy pierwsze objawy choroby u członka rodziny albo pojawia się sytuacja konfliktowa i chcą się dowiedzieć, co zrobić; jakie instytucje pomagają osobom po kryzysach, gdzie się można zgłosić.

Ludziom zupełnie brak wiedzy, jak się poruszać w systemie. Nie każdy jest biegły w szukaniu informacji w internecie, osoby starsze często są po prostu bezradne. Wiele osób nie wie, co robić, kiedy choroba członka rodziny się zaostrza i zagraża on sobie lub otoczeniu. Ludzie nie znają prawa, nie znają ustawy o ochronie zdrowia psychicznego; w miarę możliwości staramy się im to wszystko udostępnić. Udzielamy informacji o możliwości skorzystania z pomocy społecznej; jak osoba chora psychicznie może uzyskać stopień niepełnosprawności i co to daje w kontekście np. szukania pracy. Często są to podstawowe informacje, ale rodziny o tym nie wiedzą.

W trakcie pandemii mieliśmy zalew telefonów od osób starszych, które nie radziły sobie z członkami rodziny. Wiele placówek służby zdrowia było zamkniętych, chorzy nie mogli się bezpośrednio kontaktować z lekarzami, a teleporady były niewystarczające. W związku z pandemią stan psychiczny osób zdrowych się pogarszał, a co dopiero chorujących psychicznie. Kolejnym ważnym problemem jest zapewnienie warunków godnego życia osobom samotnym. Często bywa tak, że jeśli chory nie ma renty, nie pracuje, to jest na utrzymaniu swoich rodziców. Oni się starzeją i w pewnym momencie przychodzi pytanie

o przyszłość. To jest jeden z większych problemów rodzin: jak zapewnić opiekę choremu psychicznie dziecku po swoim odejściu.

K.C.: Jakie są rozwiązania?

E.J.: Rozwiązań systemowych nie ma. Wiem, że tworzą się stowarzyszenia osób znajdujących się w podobnej sytuacji, będących dla siebie rodzajem grupy wsparcia. W Krakowie były dyskusje, jak taką opiekę zapewnić; czy np. w lokalu, gdzie mieszka osoba chorująca, można utworzyć mieszkanie chronione.

K.C.: Jak ocenia Pani pomoc oferowaną rodzinom osób chorych psychicznie w Polsce?

E.J.: Zdecydowanie wsparcie jest za małe. Ci ludzie są zostawieni sami sobie. Spośród różnych rodzajów niepełnosprawności ten został zauważony dopiero niedawno. Rodziny nie radzą sobie, bo problem ten nie zawsze jest rozumiany przez otoczenie.

Dawniej choroby psychiczne uważane były za rodzaj wstydu i tak traktowane przez społeczeństwo. Chorzy byli stygmatyzowani, spychani na margines społeczny, bano się tych chorób. Nikt społeczeństwa nie edukował, stąd mamy dużo zaniedbań.

Także psychiatria była jedną z najgorzej wycenianych dziedzin, właściwie do tej pory niewiele się zmieniło. Dopiero niedawno zaczęto mówić więcej o zaburzeniach psychicznych – np. o depresji, zwrócono też uwagę na problem dzieci i młodzieży; na to, że zaburzenia zachowania u tej grupy wiekowej rosną lawinowo, do czego niewątpliwie przyczyniła się pandemia. Liczbę ośrodków wsparcia można mnożyć, ale potrzeba specjalistów, którzy się zajmą problemem. O ile wiem, wciąż brakuje psychiatrów, psychologów, psychoterapeutów, pielęgniarek, a to jest kwestia rozwiązań na poziomie centralnym. Trzeci sektor wszystkiego nie rozwiąże. ■

POLSKA, PARIAS EUROPY?

A MAŁGORZATA
SOLECKA

5 grudnia OECD i Komisja Europejska opublikowały raport „Health at a Glance. Europe 2022”. Lektura, z polskiego punktu widzenia, w niemal każdym wymiarze wstrząsająca – i być może dlatego nad raportem zapanowała grobowa, nomen omen, cisza. Gdyby został poddany publicznej debacie, mogłoby się okazać, nie po raz pierwszy zresztą, jak bardzo odklejona od rzeczywistości jest cała rządowa, ale akceptowana przez dużą część ekspertów, narracja na temat sytuacji ochrony zdrowia.



Raporty OECD od wielu lat są okazją do analizy sytuacji w poszczególnych systemach ochrony zdrowia i spojrzenia na krajowe problemy z szerszej perspektywy krajów wysoko rozwiniętych. Od pewnego czasu ukazują się one w rytmie dwuletnim, przeplatane raportami wydawanymi wspólnie z Komisją Europejską, poświęconymi krajom Starego Kontynentu – zarówno tymi, które tworzą UE-27, jak i tymi, które znajdują się poza wspólnotą. To, można zaryzykować tezę, jeszcze lepsza perspektywa, bo z krajami takimi jak Stany Zjednoczone, Japonia czy Korea Południowa na przykład Polsce (choć nie tylko) trudno znaleźć wiele punktów wspólnych. W myśl powiedzenia „bliźsza ciału koszula” – na pewno bardziej racjonalnych, a na pewno owocnych, porównań można dokonywać, biorąc za punkt odniesienia kraje, z którymi łączy nas – choćby – sąsiedztwo czy członkostwo w UE.

Problem w tym, że niezależnie od punktu odniesienia Polska pozostaje w tym samym miejscu. Na pewno, jeśli chodzi o fundament systemu, czyli poziom finansowania. To prawda, że pieniądze nie decydują o wszystkim. Ale ich niedostatek z pewnością przesądza – o niemal wszystkim. Publikacja raportu OECD i Komisji Europejskiej przypadła zresztą, symbolicznie, na dzień, w którym senat – a konkretnie senacka Komisja Zdrowia, rozpoczął prace nad uchwaloną przez sejm ustawą, uszczuplającą nakłady publiczne na zdrowie w 2023 roku o ok. 13 mld zł. Strona rządowa, uzasadniając sensowność tego rozwiązania, wskazywała, że nakłady publiczne na ochronę zdrowia od kilku lat rosną, a ich dalszy wzrost nie jest przez nowelizację zagrożony, gdyż gwarantuje go tzw. ustawa 7 proc. PKB na zdrowie. Jednak raport jednoznacznie wskazuje, że te gwarancje są wyłącznie papierowe, a poziom finansowania zdrowia w Polsce pozostaje

od lat na tym samym, budzącym zażenowanie, poziomie – nawet jeśli dokonuje się pewien postęp w kwotach przedstawianych nominalnie.

Najpierw wydatki na zdrowie (łącznie, publiczne i prywatne) w przeliczeniu na głowę mieszkańca: średnia dla UE 3159 euro, polskie wydatki to 1591 euro – czyli dokładnie połowa. Wśród krajów wspólnoty zajmujemy piąte miejsce od końca, wyprzedzając jedynie Łotwę, Słowację, Bułgarię, Chorwację i Rumunię, jednak od ostatniego miejsca dzieli nas zaledwie 163 euro. Więcej od Polski wydają na zdrowie m.in. Litwa i Estonia, a od Czech (2649 euro) dzieli nas już cywilizacyjna przepaść. Poprawiać samopoczucie możemy sobie ewentualnie, patrząc na wydatki na zdrowie krajów takich jak Albania (473 euro), Północna Macedonia (867 euro) czy Turcja (908 euro). W 2020 roku najwięcej w UE wydały Niemcy (4831 euro), zaś w Europie – Szwajcaria (4997 euro). Trzecie miejsce zajmuje nienależąca do UE Norwegia (4582). Bariere 4 tys. euro przekraczają jeszcze Niemcy, Austria i Szwecja, ale bardzo blisko niej są Dania i Luksemburg.

Jak zmieniały się wydatki na zdrowie w przeliczeniu na głowę mieszkańca na przestrzeni lat 2013–2019 oraz w latach 2019–2020? Pierwszy okres to czas odbudowy po kryzysie finansowym i niemal we wszystkich krajach wystąpił wzrost nakładów – średnio dla całej UE wyniósł on 3 proc. W krajach wydających na zdrowie wcześniej wystarczająco dużo był najniższy (nawet mniej niż 1 proc. ponad inflację, która również w tym okresie nie była wysoka), natomiast w krajach naszego regionu, krajach biedniejszych i z gorszym finansowaniem, wzrost był wyraźnie wyższy – niemal lub ponad 7 proc. zanotowano w na Łotwie, Litwie i w Rumunii (7,8 proc.). Polska na tym tle też prezentowała się nieźle

(4,9 proc.). Wniosek? Wzrost wydatków na zdrowie w Polsce był wyższy niż średnio w UE, jednak trudno go nazwać historycznym i bezprecedensowym. Wynikał raczej z nadgania – w średnim tempie – wieloletnich zaniedbań, charakterystycznych dla całego regionu.

Zgoła inaczej przedstawia się jednak sytuacja dotycząca porównania lat 2019–2020. Polska jest jednym z trzech krajów (obok Słowacji i Belgii), w których wydatki na zdrowie per capita w 2020 roku spadły (-0,7 proc.). Średnio w UE wydatki w pierwszym roku pandemii zwiększyły się o 5,5 proc. Rekordowo wysoki wzrost zanotowała Bułgaria (niemal 20 proc.!), ale dwucyfrowe wzrosty wystąpiły też w Czechach (15,2 proc.) i na Węgrzech (11,4 proc.). Blisko 10 proc. zanotowały Irlandia i Estonia, a z krajów spoza UE – Wielka Brytania.

Co miało wpływ na poziom wydatków ogółem w pierwszym roku pandemii? Na spadku ważyło, bez wątpienia, ograniczenie planowego leczenia. Jednak pandemia wymusiła również konieczność uruchamiania nowych szpitali, rozbudowę oddziałów intensywnej terapii, wydatki na środki ochrony indywidualnej i dodatkową pracę personelu, testy i zakup szczepionek. Dlaczego więc Polska zaliczyła spadek? Być może do takiego wyniku przyczyniły się mniejsze niż w innych krajach nakłady na testy covidowe, choć wydaje się, że mógł zaważyć spadek prywatnych wydatków ponoszonych z kieszeni pacjentów. – Wydatki bieżące gospodarstw domowych i finansowane z dobrowolnych ubezpieczeń generalnie spadły ze względu na odraczenie leczenia i diagnostyki i zmniejszone zapotrzebowanie na planowe usługi zdrowotne i niechęć pacjentów do wizyt u lekarzy z obawy przed zakażeniem – czytamy w raporcie.

Jaki odsetek PKB stanowią wydatki na zdrowie? Łącznie, prywatne i publiczne, w Unii Europejskiej w 2020 roku – 10,9 proc., w Polsce – 6,5 proc. W tym zestawieniu zajmujemy trzecie, a tak naprawdę drugie miejsce od końca. Wyprzedzamy Rumunię (6,3 proc.) oraz Luksemburg (5,8 proc.) – ale ostatnie miejsce Luksemburga nie oddaje rzeczywistości, bo jest wynikiem z jednej strony bardzo wysokiego PKB, z drugiej – niewielkiej liczby mieszkańców i specyfiki tego mikropaństwa. Czechy, z którymi mamy zwyczaj się porównywać, w 2020 roku wydały na zdrowie 9,2 proc. PKB. Państwa bałtyckie – od 7,4 do 7,8 proc. To jednak nie koniec złych wiadomości: jeśli chodzi o wydatki publiczne jako odsetek PKB, zajmujemy ostatnie miejsce w UE – ok. 4,8 proc. Średnia UE to niemal 9 proc., zaś Czechy wydały w 2020 roku na zdrowie 8 proc. swojego PKB. Najwięcej na zdrowie wydały w pierwszym roku pandemii Niemcy i Francja (po ponad 12 proc.), podobne wyniki osiągnęły Wielka Brytania i Szwajcaria. Powyżej średniej unijnej ułożyły się jeszcze: Szwecja, Austria, Niemcy i Belgia, a z krajów EFTA – Norwegia.

System raczej nieodporny...

Jednym z kluczowych wątków raportu są wnioski na temat odporności poszczególnych systemów ochrony zdrowia na kryzys. Odporność, jak podkreślają autorzy, oznacza zarówno gotowość do unikania wstrząsów, ich łagodzenia, jak i zdolność do odbudowy, gdy do wstrząsów dojdzie – i dostosowania systemu na przyszłość. Jak to wygląda w perspektywie pandemii? Jak Polska prezentowała się w latach 2020–2021 na tle innych krajów UE i Europy, jeśli chodzi o zdolność odpowiedzi na wyzwania pandemiczne? Raport skupia się na wybranych wskaźnikach, przez

co ocena – nawet jeśli z konieczności uproszczona – wydaje się obiektywna.

Analiza odporności rozpoczyna się od szczepień, bo to one tylko w 2021 roku zapobiegły ponad 250 tys. zgonów we wszystkich krajach UE i umożliwiły, a na pewno ułatwiły otwarcie gospodarek, ale również powrót do w miarę normalnego funkcjonowania placówek zdrowotnych. Oczywiście najczęściej skorzystały kraje, które najwcześniej i w najpełniejszy sposób ochroniły szczepieniami grupy najbardziej wrażliwe. – Populacja osób starszych była traktowana priorytetowo przez wszystkie kraje. W pierwszej połowie 2021 r. średnio 68 proc. obywateli w wieku 60 i więcej lat ukończyło wstępny cykl szczepień. Odsetek ten wzrósł do 84 proc. do końca 2021 roku – czytamy w raporcie. To średnia dla UE. Były kraje – w UE i EFTA – które na koniec 2021 roku zaszczepiły powyżej 90 proc. populacji powyżej 60. roku życia. Na drugim biegunie znalazły się Łotwa (40 proc.), Rumunia (32 proc.) i Bułgaria (21 proc.). – Zaszczepienie całej populacji było kluczowe dla zminimalizowania ryzyka zgonów, ciężkiego przebiegu i komplikacji COVID-19. Dlatego po zapewnieniu priorytetowego dostępu dla grup szczególnie wrażliwych w pierwszej połowie 2021 roku, kraje europejskie przystąpiły do szczepienia całych populacji. Kraje, którym udało się wcześniej osiągnąć wysoki poziom zaszczepienia, jak Malta i Irlandia, zredukowały zgony o 70 proc.

Na koniec 2021 roku kraje UE zaszczepiły ponad 77 proc. dorosłej populacji. Wśród liderów raport wymienia Portugalię, Irlandię, Maltę i Danię, którym udało się zaszczepić ok. 90 proc. dorosłej populacji podstawowym schematem. – Kraje Europy Środkowo-Wschodniej, takie jak Bułgaria, Rumunia, Słowacja, Chorwacja i Polska zatrzymały się na koniec 2021 roku na poziomie poniżej 65 proc. dorosłej populacji – przypominają autorzy raportu.

Kolejny wskaźnik to wdrożenie teleporad, które w czasie pandemii z konieczności były kołem ratunkowym dla pacjentów – i systemu. Tu akurat Polska może mieć powody jeśli nie do dumy to na pewno do zadowolenia – nawet wbrew opinii czy stanowisku instytucji odpowiedzialnych za ochronę zdrowia. Raport zwraca uwagę, że poszczególne państwa bardzo szybko zaczęły dostosowywać przepisy do nowej rzeczywistości – niektóre dopiero na początku pandemii dopuściły w ogóle taką formę udzielania świadczeń, inne odstąpiły od warunku, że teleporada nie może być pierwszym kontaktem pacjenta z lekarzem. Wiele krajów zaczęło stymulować stosowanie teleporad przez ich finansowanie (np. Czechy, Węgry czy Estonia).



DWÓCH NA TRZECH POLAKÓW ŻYJE Z RYZYKIEM DEPRESJI

– Problemy ze zdrowiem psychicznym mogą mieć znaczący wpływ na życie, przekładając się na przykład na gorsze wyniki edukacyjne, wyższe ryzyko bezrobocia i gorsze zdrowie psychiczne – czytamy w raporcie.

Pandemia zaostrzyła wiele czynników ryzyka związanych ze złym zdrowiem psychicznym i osłabiła działanie czynników ochronnych, prowadząc do bezprecedensowego pogorszenia zdrowia psychicznego w ciągu pierwszych dwóch lat. Częstotliwość występowania stanów lękowych i objawów depresji w niektórych krajach UE się wręcz podwoiła. I choć największe ich nasilenie przypadało na szczyty fal zakażeń i zgonów w latach 2020–2021, a wiosną 2022 roku odnotowano znaczące spadki – i tak częstotliwość występowania tylko tych dwóch znaczników kondycji psychicznej jest wyższa niż przed pandemią.

Powrót do stanu „sprzed pandemii” niewątpliwie utrudniają powiązane z pandemią trudności gospodarcze, wojna w Ukrainie i towarzyszące jej poczucie braku stabilności i przewidywalności przyszłości.

Dane z ankiety internetowej Eurofound wskazują, że wiosną 2022 r. nawet 55 proc. obywateli UE może być uważane za zagrożone depresją. – Odsetek osób zagrożonych depresją wahał się od około 40 proc. w Słowenii, Danii i Holandii do około 65 proc. w Polsce, Grecji i na Cyprze – czytamy w raporcie, który zwraca uwagę, że w niemal wszystkich krajach wiosną 2022 roku ten wskaźnik był wyższy niż dwa lata wcześniej. To, co w przypadku Polski powinno jednak niewątpliwie zwrócić uwagę, to minimalna różnica między danymi z kolejnych trzech badań: w 2020 roku wskaźnik zagrożenia depresją wynosił 60 proc., wiosną 2021 i 2022 roku – po 65 proc. W Grecji, która zajmuje drugie miejsce, wiosną 2020 roku było to 54 proc., a na Cyprze – 48 proc.

Efekt? Liczba teleporad w pierwszym roku pandemii wzrosła w UE średnio o 20 proc. w stosunku do 2019 roku, przy czym rekordowo wysoki wzrost (ponad jedną trzecią) odnotowały Litwa i Hiszpania, podczas gdy w Czechach i Finlandii nie przekroczył on 10 proc. Raport stwierdza, że w trzech krajach – Polsce, Danii i Hiszpanii – wzrost teleporad był tak duży, że z nawiązką zrekompensował tępienie liczby osobistych wizyt lekarskich.

Powodów do dumy na pewno nie możemy mieć, jeśli chodzi o testowanie. Jednym z kluczowych wyzwań w czasie pandemii było utrzymanie kontroli nad szerzeniem się zakażeń, czego nie można byłoby osiągnąć bez wydolnego systemu testowania, którego fundamentem były i są laboratoria. Z danych ECDC wynika, że w styczniu 2021 roku, gdy Komisja Europejska wydała rekomendacje, by w każdym kraju członkowskim sekwencjonowaniu podlegało 5–10 proc. pozytywnych próbek, zdecydowana większość krajów nie była gotowa odpowiedzieć pozytywnie na to wezwanie: dziewiętnaście krajów sekwencjonowało mniej niż 1 proc. próbek. Sytuacja zmieniała się jednak dynamicznie i w ciągu 2021 roku sekwencjonowaniu w całej UE, Norwegii i Islandii poddano 1,8 mln potwierdzonych próbek – był to piętnastokrotny wzrost w stosunku do 2020 roku. Licząc w skali całej UE, osiągnięto poziom 7 proc., przy czym różnice między krajami najbardziej zaangażowanymi (Dania, 40 proc.) a zamykającymi stawkę są ogromne. Większość krajów UE nie osiągnęła poziomu 10 proc., a połowa (14) – minimalnego poziomu 5 proc. W tym Polska (2 proc.). Większość krajów nie zdołała też utrzymać sekwencjonowania przez cały 2021 rok. Tylko trzy kraje (Dania, Niderlandy i Hiszpania) sekwencjonowały próbki przez wszystkie 52

tygodnie, kolejnym czterem udało się to zrobić przez 50–51 tygodni. Polska zraportowała sekwencjonowanie w 33 tygodniach, co jest wynikiem lepszym niż unijna średnia (26 tygodni), jednak polskim problemem – widocznym zwłaszcza w 2022 roku – przez cały okres pandemii była bardzo mała, a potem wręcz żadna, liczba sekwencjonowanych próbek.

Z trzech kolejnych wskaźników – łożek intensywnej terapii, wdrażaniu EDM oraz wydatkom inwestycyjnym – warto przyjrzeć się bliżej temu trzeciemu. Choćby dlatego, że oficjalny przekaz sugerował i sugeruje, że rząd inwestuje w infrastrukturę ochrony zdrowia niebotyczne („bezprecedensowe”, „historyczne”) środki. Autorzy raportu stawiają sprawę jasno: – Nie ma wytycznych ani międzynarodowych standardów w sprawie optymalnego poziomu inwestycji kapitałowych w sektorze zdrowia. Niemniej odpowiedni poziom inwestycji ma kluczowe znaczenie dla zapewnienia ciągłości opieki. Zbyt małe inwestycje mogą nadmiernie osłabić odporność systemu opieki zdrowotnej.

W 2020 roku kraje UE średnio przeznaczyły ok. 0,45 proc. swojego całkowitego PKB na wydatki kapitałowe w sektorze opieki zdrowotnej. Największym inwestorem były Niemcy, które alokowały aż 1,1 proc. swojego PKB. Na drugim biegunie znalazły się Czechy, Luksemburg, Grecja i Polska – z odsetkiem 0,2 proc. PKB. – Inwestycje kapitałowe w budynki, maszyny i technologie zmieniają się, odpowiadając nie tylko na pilne potrzeby, ale także na sytuację gospodarczą. Brak bieżących wydatków inwestycyjnych może prowadzić do narastających problemów i wyższych kosztów w przyszłości, w miarę pogarszania się stanu wyposażenia i urządzeń – przypominają eksperci, przywołując doświadczenia z nie tak odległej przeszłości:

po znacznym spadku w następstwie kryzysu gospodarczego w latach 2008–2009 wydatki kapitałowe w sektorze zdrowia wzrosły w UE w latach 2013–2015, po czym znów nieco spadły. Pandemia COVID-19 wymusiła znaczący wzrost inwestycji, przynajmniej w niektórych krajach. Jedynym krajem, który systematycznie utrzymywał podwyższony poziom inwestycji, były Niemcy, które również systematycznie zwiększały udział bieżących wydatków na zdrowie w PKB – oczywiście tym realnym.

...skutki oplakane

Pandemia skróciła średnią oczekiwaną długość życia w zdecydowanej większości krajów europejskich. Średnia długość życia w całej UE w 2021 roku była o rok krótsza niż w ostatnim roku przed pandemią. Różnica między krajami o najlepszym wskaźniku średniej długości życia dla obu płci (Szwecja, Hiszpania – 83 lata) i tymi o najgorszym (Bułgaria, Rumunia) przekroczyła już dziesięć lat. – Pandemia zwiększyła różnice, ponieważ spadek średniej długości życia był znacząco większy w krajach Europy Środkowo-Wschodniej, w których już przed pandemią wskaźnik był wyraźnie niższy – czytamy w raporcie. Średnia oczekiwana długość życia najbardziej skróciła się w latach 2019–2021 w Bułgarii – aż o 3,7 roku, podczas gdy w okresie 2010–2019 wskaźnik wzrósł jedynie o 1,3 roku. Słowacja ze spadkiem 3 lat i wzrostem w latach 2010–2019 na poziomie 2,2 zajęła drugie niechlubne miejsce. Trzecie przypadło Rumunii (odpowiednio 2,7 i 1,9 roku), czwarte – Polsce (2,4 i 1,6). Warto zauważyć, że trzy kraje nadbałtyckie obroniły się przed spadkiem poza 2010 rok: wskaźniki dla Łotwy to 2,3 i 2,6, Estonii – 2,1 i 3 lata, a Litwy – 2,0 i 3,2 (w la-

tach 2010–2019 Litwa osiągnęła największy progres we wszystkich krajach UE).

Tylko dwóm krajom – Luxemburgowi i Norwegii – udało się osiągnąć nieznaczne wydłużenie średniej długości życia, odpowiednio o 0,1 i 0,2 roku. O sukcesie mogą też mówić inne kraje skandynawskie, Malta i Szwajcaria – tam albo wskaźnik pozostał na przedpandemicznym poziomie, a jeśli się zmniejszył, to minimalnie (w Finlandii i Danii o 0,1 roku). Raport zwraca uwagę, że w niektórych krajachąpięcie wskaźnika średniej długości życia nastąpiło w 2020 roku (Belgia, Włochy, Hiszpania), ale były one w stanie odrobić większość strat w 2021 roku, redukując zarówno liczbę zgonów z powodu COVID-19, jak i śmiertelność ogółem. – Sytuacja ta nie dotyczyła jednak wielu krajów Europy Środkowo-Wschodniej, w których śmiertelność z powodu COVID-19 i innych przyczyn była wręcz wyższa w 2021 roku niż w 2020

roku, przekładając się na dalsze zmniejszenie średniej długości życia – czytamy.

Szczyt śmiertelności z powodu COVID-19, ale też wyższa śmiertelność w Europie ogółem, przypada na koniec 2020 i początek 2021 roku, w większości krajów UE śmiertelność ogółem po ubiegłorocznej wiosennej fali zaczęła wyraźnie się zmniejszać. – Wskaźniki nadumieralności każą jednak sądzić, że w wielu krajach śmiertelność z powodu COVID-19 była niedoszacowana ze względu na ograniczoną wydolność testowania oraz jakość raportowania przyczyn zgonów – czytamy w raporcie. Dlatego, jako bardziej wiarygodną dla oceny skutków pandemii, przyjmuje się nadmierną umieralność – która również pozwala ocenić pośrednie, jak i bezpośrednie skutki pandemii w obszarze zgonów. W całej UE nadumieralność od początku pandemii do końca czerwca 2022 roku była o 26 proc. wyższa niż zareportowane zgo-

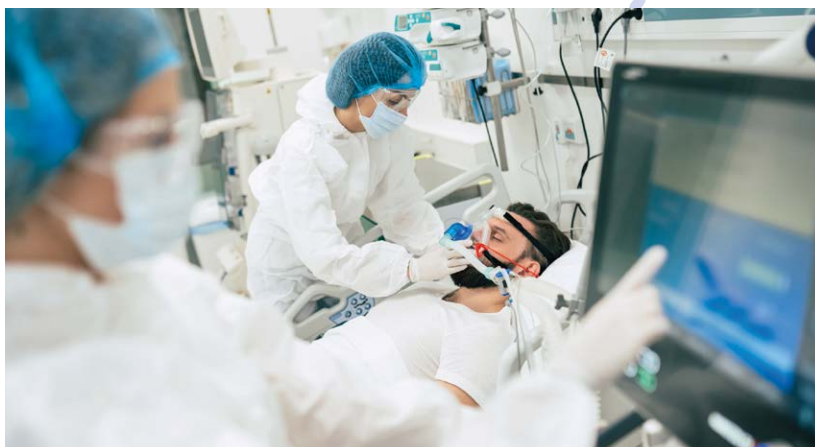


PERSPEKTYWA PACJENTÓW

System ochrony zdrowia musi uwzględniać również perspektywę pacjenta. Dlatego coraz więcej krajów decyduje się regularnie badać poziom satysfakcji osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych. Dane, przekazane przez wybrane kraje – w tym Polskę – zostały zaprezentowane w raporcie, choć z zastrzeżeniem, że nie powinno się ich porównywać (ze względu choćby na różnice kulturowe). Raport porównuje dane z badań dotyczących doświadczeń pacjentów z kontaktów z lekarzami z dwóch lat: 2010 i 2020 z dziewięciu krajów UE i trzech krajów spoza wspólnoty.

Polska wypada ciągle bardzo słabo, jeśli chodzi o oceny wystawiane lekarzom przez pacjentów. Gdy średnio wśród krajów UE ponad 80 proc. pacjentów w 2010 roku odpowiedziało, że lekarze w trakcie konsultacji poświęcili im wystarczająco dużo czasu, w Polsce było to niespełna 64 proc. Wyjaśnienia lekarza za zrozumiałe i wyczerpujące uznawało ponad 84 proc. obywateli UE, w Polsce – nieco ponad 67 proc. Gdy trzy czwarte pacjentów z UE czuło się zaangażowanych w decyzje dotyczące leczenia, w Polsce ten odsetek wynosił nieco ponad 50 proc. Oczywiście jeszcze gorzej wypadamy, gdy weźmie się za punkt odniesienia liderów: w krajach UE byłoby to Niemcy, w krajach pozaunijnych – Szwajcaria lub Norwegia. W tych krajach odsetek pozytywnych deklaracji jest wyższy o 15–16 proc. od unijnej średniej.

W 2020 roku nasze miejsce w szeregu się nie zmieniło, ale możemy mówić o poprawie, i to w sytuacji, gdy w części krajów nastąpił regres. Nawet jeśli wzrost odsetka pozytywnych ocen nie jest spektakularny, trzeba go zauważyć. W Polsce 70 proc. pacjentów stwierdziło, że lekarz poświęcił im wystarczająco dużo czasu podczas wizyty, 79 proc. uznało wyjaśnienia lekarza za wystarczające i zrozumiałe, a niemal 62 proc. pacjentów poczuło się zaangażowanych w decyzje dotyczące procesu leczenia.



ny z powodu COVID-19, co przekłada się – jak czytamy – na ok. 300 tys. dodatkowych zgonów powiązanych z COVID-19. – Różnica między nadmiarowymi zgonami a zareportowanymi zgonami z powodu COVID-19 jest szczególnie wysoka w Bułgarii, Rumunii, Polsce, Słowacji i Estonii, co wskazuje, że dane dotyczące COVID-19 w tych krajach zostały znacząco zaniżone. Dane dotyczące śmiertelności covidowej oraz zwłaszcza śmiertelności ogółem przeczą formułowanemu, przez polityków obozu rządzącego, opiniiom, jakoby Polska „w miarę obronną ręką” przeszła przez okres pandemii.

Raport analizuje też sytuację, jeśli chodzi o główne przyczyny zgonów. Wiadomo nie od dziś, że dużo wyższa śmiertelność w Europie Środkowo-Wschodniej jeszcze przed pandemią spowodowana była znacząco wyższymi statystykami zgonów z powodu chorób układu krążenia. Polska nie wypada na tym tle źle: wskaźnik 137 (zgonów na 100 tys. mieszkańców) z powodu zawału niedokrwionego mięśnia sercowego plasuje nas w środkowej części stawki. Niechlubnymi liderami w tej statystyce są Litwa, Węgry, Łotwa i Słowacja (na Litwie wskaźnik jest trzykrotnie wyższy niż w Polsce). Na drugim biegunie są kraje takie jak Francja (45), Holandia (52) czy Hiszpania

(55). Dość podobnie przedstawia się sytuacja w udarach mózgu: tu również Polska jest w środku peletonu (87), choć zdecydowanie powyżej unijnej średniej (75). O kilka długości wyprzedzamy Łotwę, Bułgarię czy Rumunię (najwyższy wskaźnik, 311), ale pozostajemy daleko w tyle za liderami, czyli Francją i Luksemburgiem.

Raport przypomina, że redukcja śmiertelności z powodu chorób układu krążenia od dekady lat 70. XX wieku była głównym motorem napędowym wydłużania średniej oczekiwanej długości życia. Jednak już przed pandemią, w ostatnim dziesięcioleciu, ten proces wyraźnie zwolnił, również w krajach Europy Zachodniej. Powód? Znacząco więcej czynników ryzyka – takich jak niewłaściwa dieta czy brak aktywności fizycznej, przekładające się na otyłość i inne choroby przewlekłe. Tutaj kluczowa jest, jak wskazuje OECD i KE, kwestia edukacji. – W większości krajów europejskich istnieją znaczne nierówności społeczno-ekonomiczne w śmiertelności z powodu chorób układu krążenia – podkreśla raport, zwracając uwagę, że największym czynnikiem różnicującym jest poziom wykształcenia – zwłaszcza w krajach takich jak Węgry, Litwa, Polska i Słowacja. Autorzy raportu przyznają też, że choć nie ma jesz-

cze danych za 2020 rok, wiadomo, że pandemia zakłóciła w znaczący sposób dostępność leczenia w obszarze chorób układu krążenia – zarówno planowego, jak i przypadków pilnych, co z pewnością odbije się na statystykach. W tej chwili zaś, również z powodu powikłań po COVID-19, popyt na świadczenia zdrowotne w obszarze szeroko rozumianej kardiologii znacząco wzrosło (pytanie, jak to przełoży się na dostępność do nich, a co za tym idzie – na odłożoną w czasie śmiertelność).

Nowotwory, jako druga przyczyna zgonów, są dla całej UE rosnącym problemem, a Europejski Plan Walki z Rakiem ma pomóc po pierwsze w zbudowaniu mocnych podstaw profilaktyki, po drugie – takich ścieżek leczenia, które znacząco zmniejszą śmiertelność (będzie to możliwe, jeśli choroby będą wykrywane na wczesnych stadiach). Raport wskazuje na duże różnice między śmiertelnością mężczyzn i kobiet z powodu nowotworów, a także bardzo duże różnice w śmiertelności między poszczególnymi krajami.

Najniższymi statystykami zgonów z powodu nowotworów mogą się pochwalić Cypr, Finlandia, Szwecja, Hiszpania i Malta, zaś najwyższe dotyczą Węgier, Chorwacji, Słowacji, Łotwy, Słowenii i Polski. Podobnie jak w przypadku chorób układu krążenia występują ogromne różnice między grupami społecznymi o wysokim i niskim poziomie wykształcenia. Wysokie wykształcenie przekłada się bowiem na wyraźną redukcję czynników ryzyka (palenie papierosów, otyłość, spożycie alkoholu). Podobnie jak w przypadku chorób układu krążenia, eksperci nie mają wątpliwości, że z powodu choćby zatrzymania programów badań przesiewowych można się spodziewać w kolejnych latach większej liczby przypadków nowotworów w bardziej zaawansowanych stadiach. ■

NAUKI MEDYCZNE POTRZEBUJĄ KOBIET

Kultura medycyny akademickiej wciąż wzmacnia nierówności pomiędzy płciami, zamiast je niwelować. Na najwyższe szczeble kariery dociera znacznie mniej kobiet niż mężczyzn. Niedobór kobiecej perspektywy w badaniach i na stanowiskach przywódczych to strata nie tylko dla kobiet, ale głównie dla nauki.



A OLIWIA
TARASEWICZ-GRYT

Dziennikarka specjalizująca się w tematyce ochrony zdrowia. Wykładowca akademicki w dziedzinie PR i badania wizerunku

Unia Europejska naciska, by jednostki badawcze dbały o równość płci i inkluzywność, uzależniając od tego przyznawanie grantów. Największy w historii UE program badań naukowych i innowacji „Horyzont Europa” podkreśla potrzebę propagowania równych szans dla wszystkich oraz uwzględnianie aspektu płci w zakresie badań naukowych i innowacji. Część polskich uniwersytetów medycznych opracowuje więc na najbliższe lata dokumenty i tworzy stanowiska ds. zarządzania różnorodnością. Same dokumenty, analizy i stanowiska wymuszone przez sytuację nie wystarczą. Aby mówić o faktycznej inkluzji, potrzebne są zmiany mentalne, które pozwolą zmienić kulturę organizacyjną oraz konkretne, wymierne, długofalowe działania.

Tymczasem na 24 członków Rady do spraw Szkolnictwa Wyższego, powołanej przez prezydenta pod koniec ubiegłego roku, zaledwie trzech to kobiety. W naukach medycznych kobiety także stanowią mniejszość. Raport opublikowany przez „Polki w Medycynie” pokazuje, że choć stanowią 73% studentów kierunków medycznych, to na najwyższe szczeble kariery naukowej w medycynie dociera ich znacznie mniej niż mężczyzn. Na zlecenie badaczy GUS zebrał liczbę wszystkich polskich: studentek i doktorantek nauk medycznych i nauk o zdrowiu, asystentek, adiunktek i profesorek. Dodano do tego dane z 11 największych uczelni medycznych z całej Polski, by maksymalnie rzetelnie przedstawić problem. Z analizy wynika, że im wyższy stopień kariery, tym mniejsza róż-

norodność. Odsetek kobiet wśród asystentów i adiunktów jest wprawdzie zbliżony do udziału kobiet wśród doktorantów, jednak na wyższych szczeblach kobiety napotyka bariery. W 2021 r. kobiety stanowiły jedynie 44,39% profesorów. Warto jednak odnotować, że ta liczba rośnie – w 2017 stanowiły tylko niecałe 38%.

Trend globalny

Podobnie jest w innych krajach, gdzie od kilkunastu lat prowadzi się badania nad różnorodnością płciową w nauce. Z raportu „She Figures 2018”, opracowanego na zlecenie Komisji Europejskiej, wynika, że liczba europejskich kobiet w nauce powoli wzrasta, jednak ich potencjał wciąż nie jest w pełni rozpoznany i ceniony. Sytuacja niewiele się różni poza Europą. Mimo że kobiety stanowią około 33% lekarzy w USA i 42% w Kanadzie, to przekrojowa analiza 181 konferencji medycznych, organizowanych w tych krajach w latach 2007 – 2017, wskazuje, że wprawdzie proporcje kobiet prelegentów wzrosły w tej dekadzie z 24,6% do 34,1%, jednak wciąż na konferencjach medycznych dominują mężczyźni.

Kobiety stanowiły tylko 41,7% pierwszych autorów publikacji. To ogranicza wpływ, jaki kobiety mogą mieć na badania medyczne i wypracowywanie dobrych praktyk – wciąż mają mniejsze szanse na wyrażenie swoich opinii i dostarczenie spostrzeżeń, które mogą wpłynąć na rozwój nauki.

Choć kobiety mają o 35% większe szanse niż mężczyźni na opracowanie metod leczenia korzystnych dla kobiet, jednak tylko 13% właścicieli patentów jest płci żeńskiej. Badania w skali globalnej pokazują też, że kobiety zajmują stanowiska o mniejszej władzy, statusie i niższych wynagrodzeniach. Tylko 18% wydziałów jest zarządzanych przez kobiety. Częściej zajmują stanowiska kierownicze związane z różnorodnością i sprawami studenckimi, rzadziej zarządzają badaniami klinicznymi.

Nauki medyczne i aplikacja YouTube

Kiedy w Google po raz pierwszy uruchomiono aplikację YouTube do przesyłania filmów na iOS, 5–10% załadowanych przez użytkowników filmów wyświetlało się do góry nogami. Dlaczego? Wczesny projekt platformy był zoptymalizowany dla praworęcznych użytkowników i nie uwzględniał unikalnej perspektywy osób leworęcznych. Nie wynikało to ze złośliwości inżynierów w Google – po prostu nieświadomie stworzyli aplikację, która działała znakomicie dla prawie wyłącznie praworęcznego zespołu deweloperów.

Co to ma wspólnego z medycyną? W naukach medycznych bada się i projektuje rozwiązania dla pacjentów i personelu medycznego z całego świata, z różnorodnym zestawem umiejętności, zdolności i przypadków użycia. Dla obu płci. Spoglądanie na problem wyłącznie z męskiej perspektywy zawęża postrzeganie i ogranicza innowacyjność. Aby maksymalizować korzyści z innowacyjnych leków i diagnostyki dla różnych grup, w badaniach należy uwzględniać różne perspektywy – także w przypadku generowania danych dotyczących zdrowia kobiet. Naukowcy, którzy przeanalizowali 1,5 miliona prac medycznych, szukając związku pomiędzy autorstwem kobiet a prawdopodobieństwem uwzględnienia w badaniu analizy płci (artykuł opublikowano w 2017 roku w *Nature Human Behaviour*) potwierdzili, że płeć autorów badań ma znaczenie. Uwzględniając różnice między krajami, tematami chorób i obszarami badań medycznych, porównali udział kobiet w badaniach, które zawierają i nie zawierają analizy płci i wskazali na silną pozytywną korelację między autorstwem kobiet a prawdopodobieństwem, że badanie zawiera analizę płci i charakteru.

„Sprawy kobiece” i histeria

Niedostateczna reprezentacja kobiet w naukach medycznych zubaża naukową perspektywę i może prowadzić do projektowania rozwiązań, tworzenia produktów i terapii dla kobiet bez ich udziału. Tak działo się w XIX i na początku XX wieku. Przez setki lat lekarzami byli mężczyźni, sprowadzający pacjentki do pliku notatek, zestawu obserwacji klinicznych i studiów przypadku. Nie mając doświadczeń typowych dla kobiecej fizjologii, polegali na własnych założeniach, nie mając okazji, by je weryfikować.

W trzeciej dekadzie XXI wieku pacjentki gabinetów ginekologicznych skarżą się, że lekarze nie rozumieją, jak antykoncepcja hormonalna może wpływać na psychikę





i bagatelizują ich problem. W mediach społecznościowych kobiety w okolicy menopauzy wymieniają się doświadczeniami i radami, bo nie są przygotowane na ten etap w życiu. Kobiety nie czują się zaopiekowane, zrozumiane przez lekarzy. Wiele tematów wciąż stanowi tabu, także w mediach. Dlaczego tak się dzieje?

Przez wiele lat problem kobiecej fizjologii był niedostatecznie rozpoznany przez mężczyzn – zarówno lekarzy, jak i przy badaniach klinicznych. W przeszłości wielu naukowców uważało mężczyzn za lepszy obiekt badań, ponieważ nie mają cykli menstruacyjnych i nie mogą zająć w ciążę. Wykluczało to kobiety z badań klinicznych, umacniając przy okazji mýt, że kobiety są zbyt biologicznie niestabilne, by być użyteczne lub wartościowe. Nowoczesna medycyna naukowa przez wieki rozwijała się jako zawód, instytucja i dyscyplina w kontekście męskiej dominacji – pisze Elinor Cleghorn w książce „Unwell Women: Misdiagnosis and Myth in a Man Made World”. Lekarze wierzyli kiedyś, że nerwy kobiet są zbyt silne, by mogły zdobyć wykształcenie, lub że ich jajniki ulegną zapaleniu, jeśli będą zbyt dużo czytać. Definiowano kobiecą fizjologię poprzez jej odmienność od męskiej i medycznie określano kobiety jako wadliwe, ułomne, niedostateczne. Zdaniem Cleghorn posiadanie macicy definiowało cel kobiecej egzystencji: rodzić i wychowywać dzieci, dlatego wiedza o kobiecej biologii koncentrowała się na zdolności kobiet do reprodukcji.

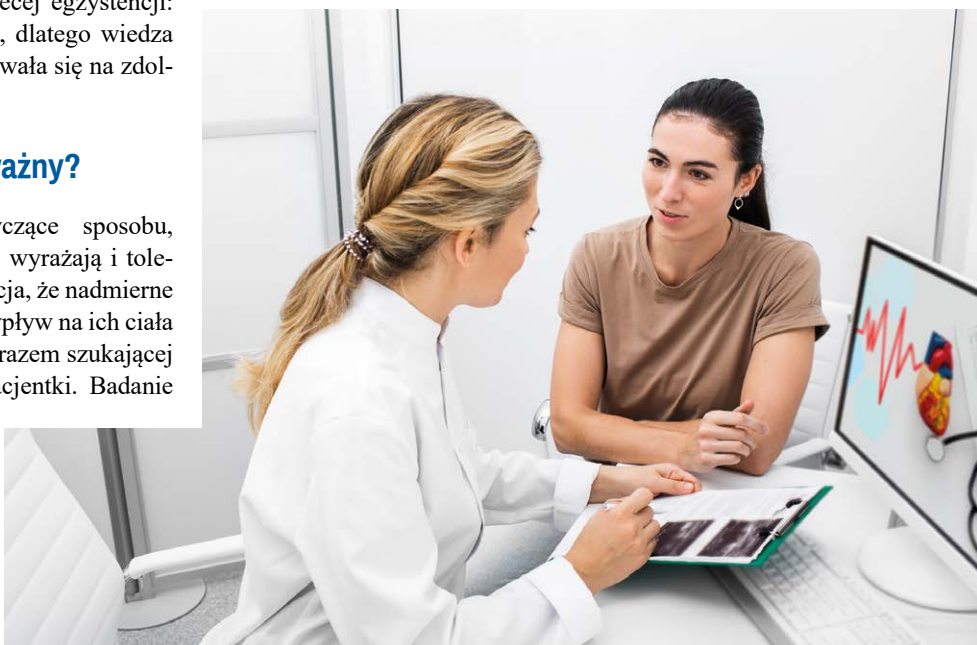
Kobiety ból mniej poważny?

Stereotypy społeczne dotyczące sposobu, w jaki kobiety doświadczają, wyrażają i tolerują ból nie zniknęły. Koncepcja, że nadmierne emocje kobiet mają głęboki wpływ na ich ciała i vice versa, zaowocowała obrazem szukającej uwagi, hipochondrycznej pacjentki. Badanie

z 2018 roku wykazało, że lekarze często postrzegają mężczyzn z przewlekłym bólem jako odważnych, a kobiety jako „emocjonalne” lub „histeryczne” i częściej traktują ból kobiet jako efekt stanu zdrowia psychicznego, a nie stan fizyczny. Częściej niż mężczyznom kobietom proponuje się łagodne leki uspokajające i antydepresyjne zamiast przeciwbólowych. Kobiety rzadziej kieruje się na dalszą diagnostykę z powodu bólu.

Lekarze niewierzący pacjentom uniemożliwiają im uzyskanie pomocy w łagodzeniu objawów. Lekceważąc nasilenie przewlekłego bólu, mogą nie zapewnić kobietom leków przeciwbólowych. Niepoważne traktowanie objawów pacjenta może opóźnić prawidłową diagnozę o wiele lat. Potwierdzają to badania – analiza przeprowadzona w 2019 roku w Danii wykazała, że w 72% przypadków kobiety czekały dłużej na diagnozę niż mężczyźni.

Uprzedzenia związane z płcią mogą też zwiększać ryzyko śmierci pacjentów. Na przykład przekonanie, że ataki serca występują głównie u mężczyzn – oraz brak świadomości, jak wpływają one na kobiety – przyczynia się do wyższego wskaźnika śmierci kobiet z powodu ataków serca. Kiedy wrócimy do danych zebranych przez „Polki w Medycynie”, zauważymy, że na położnictwie niemal 100% studentów to kobiety. W naturalny sposób zawód ten wykonywany jest przez osoby rozumiejące pacjentkę lepiej niż mężczyźni. To może stanowić częściowo klucz do odpowiedzi na pytanie, dlaczego w nauce potrzebna jest zbliżona reprezentacja kobiet i mężczyzn – wymagana jest bowiem równowaga, która pozwoli zrewidować mity i uprzedzenia, i podejść do problemu ze zrozumieniem.





Jak zwiększyć reprezentację kobiet w nauce?

Zgodnie z priorytetami KE na lata 2022–2024 podstawowym instrumentem wspierającym równość płci w programie Horyzont Europa ma być Gender Equality Plan – GEP. Powinien on zawierać projekt zmian instytucjonalnych i kulturowych w organizacjach zajmujących się badaniami i innowacjami, których celem ma być promowanie równości płci. GEP powinien być oficjalnym dokumentem podpisanym przez najwyższe kierownictwo (co ma potwierdzić zrozumienie problemu i instytucjonalne wsparcie) i rozpowszechnionym w instytucji. Należy sprecyzować w nim jasne cele, szczegółowe konkretne działania i środki do osiągnięcia celu. Konieczne są też zasoby do przygotowania, monitorowania, aktualizowania, oceny i wdrażania planu. Jednostki badawcze zobowiązują się także do gromadzenia i monitorowania danych oraz do szkoleń i budowania potencjału kadry. Działania te okazały w pewnym stopniu skuteczne. Uniwersytety medyczne, nie chcąc, by wykluczono je przy przyznawaniu grantów, opracowały i opublikowały raporty poświęcone równości płci.

W krajach takich jak USA czy Wielka Brytania od kilkunastu lat wdraża się systemowe działania, które mają na celu zwiększenie reprezentacji kobiet w nauce. Instytucje akademickie wprowadzają politykę zwalczania dyskryminacji. Ważne jest, by nie ograniczyć się do działań wymuszonych przez ustawodawców, lecz naprawdę zadbać o równość i poczucie przynależności. Tego nie osiągnie się opublikowaniem edukacyjnych filmów i obliczeniem proporcji płci na wydziałach.

Nie uda się bez zrozumienia na najwyższym szczeblu

W rozmowie z dr hab. Joanną Konopińską, pełnomocniczką rektora ds. równości płci na UM w Białymstoku pada pytanie: „Sprawdziliśmy statystykę płci na UMB i wyszło nam, że ogólnie rzecz przyjmując, pań jest tu 75 proc., a panów 25 proc. Czyli UMB jest kobietą?”. Pytanie poprzedzone jest nieco zawoalowanym założeniem: „Na UMB panie – zarówno wśród studentów, jak i w administracji Uczelni – stanowią większość. Czy to dlatego na naszej Uczelni powstała Komisja ds. równości płci oraz Pełnomocnik Rektora ds. równości płci?”. Pełnomocniczka odpowiada: „Tak. Statystyka jest taka, że panie stanowią tu większość. Za to na przykład najwyższe władze Uczelni to w 100 procentach panowie”. I w tym punkcie należy rozpocząć analizę sytuacji wyjściowej. Nie można ograniczać się do stwierdzenia, że zatrudniono wystarczającą liczbę kobiet. Potrzebne jest identyfikowanie barier w awansie zawodowym, analizując wskaźniki reprezentacji wydziałów, przyczyny odchodzenia z pracy i sposoby awansowania kobiet. Ważne jest też, w jaki sposób ułatwia się kobietom powrót do pracy po urlopach macierzyńskich. Konieczna jest analiza wynagrodzeń.

Równość płci powinna być elementem misji instytucji, ważnym już na etapie rekrutacji do pracy czy do projektu naukowego. Osiąga się to poprzez odpowiednie, inkluzywne, formułowanie ogłoszeń i wymagań. Tym zajmują się specjalne komisje, które nadzorują kwestie związane z równością płci. Ich zadaniem jest m.in. tworzenie szablonów, które ujednolicią kryteria awansów. Ważne są też środki finansowe przeznaczone na rekrutację i utrzymanie kobiet na wyższych szczeblach wydziału. Potrzebne są też ankiety pracownicze oraz rozmowy z odchodzącymi z pracy czy projektu kobietami i poznanie głównych przyczyn odejścia. Działy promocji uczelni czy osoby wykonujące na co dzień zupełnie inne obowiązki bez dodatkowych szkoleń mogą sobie nie poradzić z tym zadaniem.

Najważniejsze przy tym jest, by nie postrzegać działań zapewniających równość płci jako sztucznych i modnych inicjatyw, motywowanych ideologicznie i wymuszanych przez Unię Europejską, lecz jako ważny krok na drodze do zrównoważonego rozwoju w nauce. Beneficjentami nie są tu kobiety, lecz nauka. To zrozumienie potrzebne jest przede wszystkim najwyższemu kierownictwu. Biorąc pod uwagę, że to w większości męskie grono, można przewidywać, że proces ten będzie wymagał czasu. ■



KOBIETY W CHIRURGII

RÓWNE SZANSE NA ROZWÓJ ZAWODOWY?

Kiedy w 1877 roku Anna Tomaszewicz, absolwentka wydziału medycyny Uniwersytetu w Zurychu wróciła do ojczyzny z dyplomem lekarza w ręku, nie spodziewała się wrogiego przyjęcia przez środowisko medyczne. Ale stało się inaczej. Uznany za wybitnego chirurga i honorowany do dzisiaj, prof. Ludwik Rydygier miał powiedzieć: „Precz z Polski z dziwologiem kobiety-lekarza!”. W podobny ton uderzyła Gabriela Zapolska, uważana za jedną z pierwszych polskich feministek, która bez ogródek powiedziała: „Nie chcę kobiet lekarzy, prawników, weterynarzy! Nie kraj trupów! Nie zatracaj swej godności niewieściej!”.

A ANNA
JAROSZ

Można by powiedzieć – dawno, dawno temu... Ale to nie będzie bajka. Przez wiele wieków głównie mężczyźni sprzeciwiali się obecności kobiet w medycynie. A jeśli już musiały się tam pojawiać, to najlepiej w jakiejś podrzędnej roli. Do dziś po szpitalnych korytarzach krąży pewien żart. Zwykły „suchar”, który mówi, że kobieta chirurg jest jak świnka morska – ani świnka, ani morska, czyli inaczej ani kobieta, ani chirurg. – To kiepski żart, który mnie nie śmieszy – mówi dr n. med. Magdalena Wyrzykowska, kobieta chirurg z kilkunastoletnim stażem zawodowym i członkini zarządu fundacji „Kobiety w Chirurgii”. – Ale ten lekko zapleśniały „żart” jest potrzebny, bo dobrze pokazuje, jak kobiety były (i jeszcze są) traktowane w medycynie, zwłaszcza gdy chciały wybrać specjalizację zabiegową. Dlaczego ani kobieta, ani chirurg? Tu pokutuje stereotypowe my-

ślenie. Jak się chce być kobietą, to trzeba być gibką, umalowaną, szczebiocącą i zalotną. Jeśli kobieta nie przystaje do tego schematu, chce być konkretna i profesjonalna, to szybko przykleja się jej łątkę – babochłop. Lekarki, które były kobiece, ale zależało im na poważnym, równym traktowaniu zawsze musiały ostro walczyć o swoją pozycję. Dopiero po latach starań o bycie poważanym chirurgiem dr Wyrzykowska zorientowała się, jak często, w przeszłości, doświadczała pośredniej dyskryminacji w pracy. Ten rodzaj dyskryminacji często przybiera znamiona „troski”: no jak ty sobie poradzisz z dziećmi, jak będzie teraz wyglądało twoje życie, może powinnaś się zastanowić, czy dobrze wybrałaś, to przecież ciężka praca. Osoba, do której kieruje się takie słowa traci pewność siebie, odczuwa lęk, zaczyna się zastanawiać, czy dokonała właściwego wyboru. Jak mi się dziecko rozchoruje, kto mnie zastąpi

na dyżurze, co zrobi mój szef, a i dzieci bez matki też cierpią. W głowie kłębią się pytania, na które nie ma dobrej odpowiedzi, ale sprawiają, że żyjesz w dyskomforcie, że stale gdzieś nie jesteś wystarczająco dobra. – Najdotkliwiej odczułam przeszkody, jakie stawiano, aby utrudnić mi rozwój zawodowy, szkolenie się na poziomie, który sobie wymarzyłam – dodaje. – Zdałam sobie z tego sprawę po latach. W szpitalu, w którym pracowałam, nie było kobiet na wysokich stanowiskach. Większość była postronowana, kierowana do zadań administracyjnych, nie były w głównym nurcie chirurgicznym, chociaż były zdolne i miały odpowiednią wiedzę.

W męskich rękach

Chirurgia jest dziedziną silnie zdominowaną przez mężczyzn. W Polsce w tym zawodzie pracuje 6,5 tysiąca osób, w tym tylko 876 kobiet. Kobiety są zniechęcane do pracy w specjalizacjach zabiegowych, często ich rola jest umniejszana, są traktowane niepoważnie lub wręcz obrażane. Potwierdza to badanie przeprowadzone w 2020 roku przez fundację „Kobiety w Chirurgii”. W badaniu „Liczymy się” wzięły udział 472 kobiety pracujące w specjalizacjach zabiegowych jako lekarki (54% próby), pielęgniarki (39% próby) i położne (7% próby). 57% ankietowanych zgłosiło, że spotkało się w pracy z mobbingiem, który należy rozumieć jako zastraszanie pracowników, przemoc psychiczną, zachowania celowo upokarzające, przemoc fizyczną, groźby, umniejszanie kompetencji, utrudnianie wykonywania pracy. 47% kobiet uważa, że są niesprawiedliwie rozpisywane do zabiegów i wpisywane do grafików dyżurowych (46%). Kobiety doświadczyły też łamania praw pracowniczych, w tym do odpoczynku (45%) i urlopu (30%). 39% kobiet doświadczyło dyskryminacji ze względu na płeć.

– W Polsce blisko 60% osób kończących studia lekarskie to kobiety – mówi Magdalena Wyrzykowska. – Odwracając proporcje, można powiedzieć, że mężczyźni stanowią niecałe 40% lekarzy w kraju. Niewiele kobiet kończących studia decy-



duje się na specjalizacje zabiegowe. Wśród chirurgów ogólnych jest tylko 13,4% pań. To, niestety, tendencja ogólnoświatowa. I chociaż to kobiety stanowią medycynę, w chirurgii jest ich ciągle bardzo mało, np. w Niemczech 7,3%, we Francji 15,8%. W Wielkiej Brytanii 54% osób rozpoczynających specjalizację z chirurgii to kobiety, ale tylko 25% kończy ją. Tylko 12% z nich zostaje konsultantkami z dziedziny chirurgii, co łączy się nie tylko z większym prestiżem i wyższymi zarobkami, ale także z możliwością tworzenia własnych zespołów czy wręcz własnych szkół chirurgii.

Podobno nie chcą

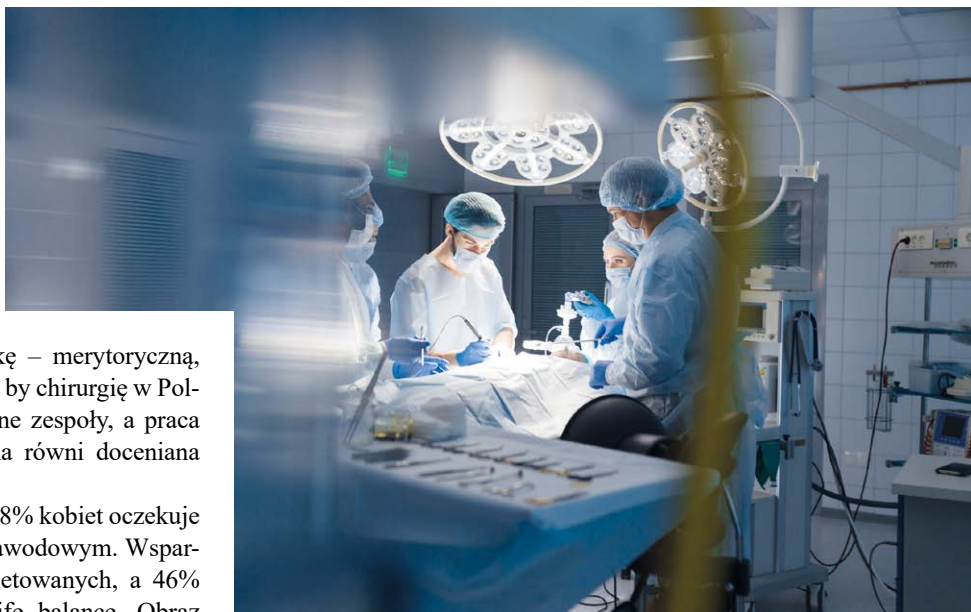
Wieść gminna niesie, że kobiety nie zostają chirurgami, bo nie chcą. Tymczasem, z licznych badań prowadzonych na całym świecie wynika, że od początku studiów kobiety są zniechęcane do wybierania specjalizacji zabiegowych. Jak mantrę powtarza się im, że to nie jest praca dla kobiet, bo są zbyt emocjonalne, wrażliwe, słabe fizycznie, bo chcą mieć dzieci, a tego nie da się połączyć z chirurgią. – Kiedy kobieta, mimo licznych przeszkód, trafia na oddział chirurgiczny na różne sposoby pokazuje się jej, że to nie miejsce dla niej – stwierdza dr Wyrzykowska.

– Umniejszanie pozycji, doświadczenia jest częste. Poza tym, kiedy zaczynałam pracę na bloku operacyjnym nie było np. ubrań w moim rozmiarze. Aby nie spadły mi spodnie, kleiłam je taśmą. Te „drobiazgi” wyraźnie pokazywały, że to nie jest miejsce dla kobiety. I to nie jest moja prywatna opinia, ale wiedza pochodząca z badań dotyczących dyskryminacji kobiet pracujących w specjalizacjach zabiegowych. Kobiety będące chirurgami są przez pracodawców zniechęcane do macierzyństwa, co w badaniu „Liczymy się” podkreśliło 47% kobiet. Lekarki tę opinię wyrażały częściej (57%).

Rzecz o fundacji

Fundacja „Kobiety w Chirurgii” powstała w styczniu 2021 roku. Na stronie fundacji możemy przeczytać: „Fundacja Kobiety w Chirurgii jest organizacją mającą na celu inspirowanie do rozwoju oraz zapewnianie wszechstronnego wsparcia dla lekarek, pielęgniarek i położnych pracujących w specjalizacjach zabiegowych. Chcemy mobilizować kobiety do angażowania się w proces zmian w polskiej medycynie. Wdrażamy programy, które dadzą szansę na równy start i rozwój w specjalizacjach zabiegowych, pomogą zdobywać przydatne umiejętności oraz





zapewnią kobietom wsparcie i opiekę – merytoryczną, prawną i psychologiczną. Zależy nam, by chirurgię w Polsce prowadziły zgrane i zmotywowane zespoły, a praca każdej z tworzących je osób była na równi doceniana i szanowana”.

Badanie „Liczymy się” pokazało, że 68% kobiet oczekuje od fundacji wsparcia w kształceniu zawodowym. Wsparcie prawne potrzebne jest 48% ankietowanych, a 46% oczekuje propagowania idei work-life balance. Obraz polskiej chirurgii nie wygląda najlepiej, gdy zerknie się na niego przez pryzmat kolejnych oczekiwań kobiet. 45% wskazało na potrzebę przeciwdziałania dyskryminacji i przemocy w miejscu pracy, 43% potrzebuje wsparcia materialnego, a również 43% chciałoby mieć w pracy mentora/mentorkę, na którym można się wzorować i za nim podążać.

Aby sprostać oczekiwaniom kobiet, fundacja organizuje liczne szkolenia i warsztaty. Ogromnym zainteresowaniem pań cieszą się warsztaty z obsługi robota da Vinci. W ciągu 2022 roku odbyły się trzy takie spotkania.

– Wsparcie kobiet w rozwoju zawodowym przekłada się na polepszenie kondycji całego systemu ochrony zdrowia – twierdzi Magdalena Wyrzykowska. – Ponad połowa studentów medycyny to kobiety, jeśli więcej z nich będzie traktowało wybór specjalizacji zabiegowej jako naturalny, być może zniweluje to kryzys kadrowy w polskiej chirurgii. Należy kłaść nacisk na równy dostęp do kształcenia zawodowego, nieograniczanie możliwości pracy na bloku operacyjnym i na edukację osób zajmujących kierownicze stanowiska. Tylko w atmosferze równości można budować zespoły, które są zaangażowane, profesjonalne i empatyczne, i dzięki temu dają pacjentom najlepszą możliwą opiekę.

Liczba kobiet chirurgów w Polsce wciąż jest relatywnie mała, ale organizatorzy warsztatów (fundacja „Kobiety w Chirurgii”, Szpital Medicover oraz firma Synektik S.A., dystrybutor systemów robotycznych da Vinci) wierzą, że będzie szybko przyrastać, tak jak ma to miejsce na świecie. Warsztaty adresowane do kobiet, które chcą zostać operatorkami da Vinci, to ważny krok na drodze do wyrównania szans w zawodzie i dostępie do nowoczesnych technologii w medycynie. To wielka szansa, która umożliwia młodym lekarkom rozwój i spełnianie swoich zawodowych ambicji

Wsparcie da Vinci

W Polsce pracują 24 systemy robotyczne da Vinci. Obsługuje je 70 certyfikowanych operatorów, wśród których są 3 kobiety. Robot da Vinci może uczestniczyć w ponad 200 różnych zabiegach operacyjnych. W Polsce z jego udziałem wykonuje się kilkadziesiąt rodzajów operacji.

Średni wiek chirurga w Polsce to 65 lat, co oczywiście z czasem przekłada się na sprawność chirurgiczną. Da Vinci może wydłużyć zawodowe życie chirurga o 10–15 lat. Robot nie rozróżnia płci, wzrostu, wieku ani siły operatora. To właśnie sprawia, że może być obsługiwany przez każdego. Dlatego właśnie wprowadzenie robotyki do medycyny likwiduje potencjalną barierę stojącą przed kobietami, które chcą się rozwijać w zawodzie chirurga, a która jest związana z ergonomią pracy, sprawnością fizyczną, konieczną do wykonywania wielogodzinnych operacji. Inaczej mówiąc, system robotyczny da Vinci likwiduje wszystkie bariery w dostępie do zawodu chirurga – poprawia ergonomię pracy, zmienia postrzeganie pracy chirurga jako uciążliwej i stojącej pracy fizycznej.

– To, co widzę po stronie uczestniczek warsztatów, to ogromna determinacja i chęć samodoskonalenia się – mówi dr n. med. Joanna Bubak-Dawidziuk, jedna z trzech polskich operatorów da Vinci, specjalizująca się w leczeniu zaawansowanej endometriozy. – Potrzeba im po prostu mądrego prowadzenia, platformy do swobodnej wymiany wiedzy i doświadczeń oraz wolnej od stereotypów przestrzeni do rozwijania swoich umiejętności. Każda kobieta chirurg ma analogiczne możliwości rozwoju co mężczyźni i w przypadku każdej z nich można mówić o tych samych predyspozycjach do wykonywania zawodu co u mężczyzn. Niezbędne są ciężka praca, szukanie najlepszych dla siebie rozwiązań i nieuleganie presji otoczenia czy szkodliwym przekonaniom. ■



Kongres Zdrowia Publicznego 2022



Organizatorzy:



W jakiej sytuacji po bez mała trzech latach pandemii znajduje się system ochrony zdrowia w Polsce? Co ze zdrowiem publicznym, poddanym przeciążeniom pandemii COVID-19 oraz skutków wojny w Ukrainie? Czy możliwe jest funkcjonowanie i zarządzanie wrażliwym dobrem, którym jest zdrowie i życie, w warunkach permanentnego kryzysu? Te, i nie tylko te, pytania mocno wybrzmiewały podczas IX Kongresu Zdrowia Publicznego (8–9 grudnia, Warszawa).

Profilaktyka i edukacja zdrowotna, wydatki na zdrowie i ich transparentność, cyfryzacja to priorytety, na które powinni postawić decydenci w obszarze ochrony zdrowia, by uzyskać „dobrą zmianę” w perspektywie dwóch, trzech dekad – wskazywał Zbigniew Jagiełło, menadżer i innowator, w wykładzie inauguracyjnym. W jego ocenie jedyną drogą do budowania zdrowego społeczeństwa jest dalszy rozwój ekonomiczny i bogacenie się Polski jako państwa i Polaków, jako społeczeństwa, bo korelacja między zamożnością (PKB per capita) a poziomem zdrowia społeczeństwa jest bardzo wyraźna.

Jednak poza cyfryzacją, która – choć nie bez przeszkód – cały czas postępuje, pozostałe elementy, wskazane przez byłego prezesa PKO BP, mówiąc bardzo ogólnie, przynajmniej na razie nie są wysoko na liście priorytetów rządzących. Być może po części dlatego skoncentrowa-

ni są oni przede wszystkim na rozwiązywaniu bieżących problemów i podejmowaniu decyzji w perspektywie miesięcy, a co najwyżej lat, a nie dekad. To częściowo efekt stanu ostrego kryzysu, który rozpoczął się w marcu 2020 roku, a w lutym 2022 roku do komponentu pandemii doszedł jeszcze element wojny za wschodnią granicą. Dla Polski oznacza on jednak zarówno wyzwania, jak i szansę. Jedną z nich jest pozyskanie kadr medycznych.

Lekarze i lekarze dentyści z Ukrainy, korzystając z trybu uproszczonego, złożyli do początku grudnia około pięć tysięcy wniosków o zatrudnienie – mówiła Małgorzata Zadorożna, dyrektor Departamentu Rozwoju Kadr Medycznych Ministerstwa Zdrowia. Dwa tysiące wniosków złożyły z kolei ukraińskie pielęgniarki. Polskie placówki medyczne, jak podkreślała, są bardzo zainteresowane



PANEL: Kryzys uchodźczy – wpływ na stan zdrowia populacji, dostosowanie systemu do nowej grupy pacjentów

zatrudnianiem personelu medycznego z Ukrainy. – Ministerstwo wydało około trzech tysięcy decyzji, zezwalających na pracę. Rozpatrywanie wniosku zabiera 3–5 miesięcy. – W odczuciu gości z Ukrainy i również w odczuciu kadry zarządzającej podmiotów leczniczych jest to okres długi – przyznała dyrektor Zadorożna, choć podkreślała, że medycy z Ukrainy ten czas powinni wykorzystać na „udział w bezpłatnych kursach językowych i poznanie polskiego systemu ochrony zdrowia”, a pracować w placówkach medycznych mogą tylko na stanowiskach pomocniczych.

To zresztą, jak mówiła z kolei Anna Rulkiewicz, prezes Grupy LUX MED, się dzieje – bo musi. Po pierwsze, w ochronie zdrowia – biorąc pod uwagę, że w Polsce stale przebywa około dwóch milionów wojennych uchodźców, do tego jeszcze trzeba doliczyć około miliona obywateli Ukrainy, którzy przyjechali wcześniej – potrzeba pracowników, którzy posługują się językiem ukraińskim (choć byłoby optymalnie, gdyby posługiwali się również biegle, a co najmniej bardzo dobrze, językiem polskim). Po drugie – brakuje kadr, po prostu. Rozpatrywanie wniosków trwa, zdaniem Rulkiewicz, zbyt długo. – Jako pracodawca złożyliśmy trzydzieści wniosków, otrzymaliśmy trzy decyzje – powiedziała. Niemal drugie tyle wniosków inni lekarze z Ukrainy złożyli indywidualnie, co przyniosło dziewięć decyzji. W sumie, jak mówiła Rulkiewicz, jej firma zatrudnia 220 osób z Ukrainy, z czego 80 proc. stanowi personel medyczny, w lwiej części pracujący w tej chwili na stanowiskach pomocniczych. – Jako organizacja jesteśmy przygotowani do ich właściwego zatrudnienia. Ci ludzie odbywają intensywne szkolenia i kursy języka polskiego. Zależy nam, żeby szybko podjęli pracę, bo bardzo potrzebujemy tych lekarzy. Tym bardziej że w naszych przychodniach leczymy tysiące Ukraińców – przypomniiała.

Igor Pańkowski, lekarz z Ukrainy od wielu lat mieszkający w Polsce, kierownik SOR Szpitala MSWiA w Warszawie podkreślał, że lekarze z jego kraju dobrze radzą sobie zawodowo w Polsce – zarówno młodszy, jak i starsi. – Wśród tych lekarzy, którym się udało dostać pracę, nie znam nikogo, kto nie dawałby sobie rady – powiedział. Przyznał jednak, że poważną barierą (na którą uwagę zwracał samorząd lekarski na etapie zmian przepisów liberalizujących zasady zatrudniania w Polsce lekarzy jeszcze jesienią 2020 roku, w związku z pandemią COVID-19) jest znajomość języka. Przepisy pozwalają ministerstwu wydać pozytywną opinię dotyczącą zatrudnienia jedynie na podstawie oświadczenia o znajomości języka, bez konieczności zdawania egzaminu. Izby lekarskie zaś alarmują, że po prawo wykonywania zawodu często zgłaszają się osoby, które nie znają polskiego nawet na poziomie komunikatywnym. Igor Pańkowski podkreślał tymczasem, że do wykonywania pracy niezbędna jest znajomość języka polskiego na poziomie wyższym niż średni. W jego ocenie lekarzom z Ukrainy potrzebny jest również czas na adaptację zawodową. W jego ocenie to kwestia nawyków, zwyczajów zawodowych – i różnice daje się odczuć zwłaszcza w specjalizacjach niezabiegowych.

Zatrudnianie medyków z Ukrainy to ważny, ale niejedyny aspekt kryzysu uchodźczego i jego konsekwencji zarówno dla systemu ochrony zdrowia, jak i zdrowia publicznego w Polsce. Z pewnością wzrosło zapotrzebowanie na świadczenia medyczne. Sama tylko Grupa LUX MED, jak mówiła Anna Rulkiewicz, od lutego wykonała na rzecz uchodźców z Ukrainy niemal 300 tysięcy procedur medycznych, udzielając pomocy zarówno w punktach na granicy polsko-ukraińskiej, jak i w kilku miejscach w Warszawie, w tym przeznaczoną dla uchodźców

przychodnię w hotelu Marriott, w której przyjmowanych jest codziennie nawet 150 pacjentów. To, co jednak wybrzmiało już podczas wstępnego panelu, a zostało podjęte mocniej w kolejnym, to duża niepewność dotycząca sytuacji epidemiologicznej populacji uchodźców wojennych. Prof. Jarosław Pinkas, konsultant krajowy w dziedzinie zdrowia publicznego, podkreślał, że Ukraina na wiele lat przed obecną wojną była przedmiotem ataku ukrytej rosyjskiej propagandy, dezawuujującej m.in. wysiłki władz w Kijowie w obszarze zdrowia publicznego. Istotnym elementem tej kampanii była dezinformacja w sprawie szczepień ochronnych. – Na długo przed wojną matki ukraińskie przyjeżdżały do Polski kupować szczepionki, bo słyszały, że oferowane w Ukrainie są gorszej jakości albo przechowywane w niewłaściwy sposób – mówił. Niskie zaufanie do szczepień i problemy z organizacją procesu szczepień sprawiły jednak, że poziom zaszczepienia w Ukrainie jest dużo niższy (choć problemem jest nawet precyzyjne określenie, co to dokładnie znaczy), zaś my nie mamy pojęcia, jak duża jest skala niezaszczepionych dzieci i młodzieży z Ukrainy, która w tej chwili przebywa i uczy się w polskich przedszkolach i szkołach.

Czy i jak wojna w Ukrainie i kryzys uchodźczy wpłynęły na epidemiologię, zwłaszcza w obszarze chorób zakaźnych – cały czas jesteśmy przecież w stanie pandemii – i czy istnieją narzędzia, po które moglibyśmy sięgnąć, żeby zmniejszyć ryzyko ich rozprzestrzeniania się? Takie narzędzia są zasadniczo dwa: szczepienia i testy. Podczas panelu poświęconego wpływowi kryzysu uchodźczego na epidemiologię rozważano między innymi kwestię (jeszcze) większego upowszechnienia stosowania testów, na przykład przeciw COVID-19 i przeciw grypie –

choćby na poziomie pracodawców. Prof. Jarosław Pinkas przyznał, że rutynowe wykonywanie takiego testowania w firmach byłoby dobrym, z punktu widzenia zdrowia publicznego, pomysłem. Podkreślał jednocześnie, że już teraz mamy sieć aptek, które co prawda nie wykonują już testów w ramach systemu powszechnego testowania, ale testy są w nich cały czas dostępne i farmaceuci służą swoim klientom radą w tym zakresie.

COVID-19 i grypa nie są jednak jedynymi chorobami zakaźnymi, których rozprzestrzenianie się budzi niepokój. Rok 2022 przyniósł bardzo wyraźny wzrost nowo zdiagnozowanych przypadków HIV. Jednak prof. Alicja Wiercińska-Drapało, kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych, Tropikalnych i Hepatologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny, podkreślała, że nie należy tego łączyć z kryzysem uchodźczym, ale przede wszystkim z tym, że w czasie pandemii dostęp do diagnostyki HIV/AIDS był utrudniony. Zamknięto punkty diagnostyczne, choć cały czas była możliwość uzyskania testów domowych drogą wysyłkową. Dlatego teraz do lekarzy zgłaszają się pacjenci w późnym stadium choroby. Takim, jakiego już od wielu lat lekarze nie obserwowali, biorąc pod uwagę, że Polska ma jeden z najlepszych na świecie programów leczenia HIV/AIDS. – Od początku epidemii HIV nie widzieliśmy tylu chorych i w takim stanie – przyznała specjalistka.

Czy rozwiązaniem byłoby upowszechnienie self-testów, skoro Polacy, a w każdym razie znacząca ich część, po blisko trzech latach pandemii przyzwyczaili się do samodzielnego testowania? Tu nie ma jednoznacznej odpowiedzi. Jeśli chodzi o HIV, zastrzeżeń wobec takiego rozwiązania eksperci mają wiele, wśród nich dwa wydają się najbardziej znaczące: po pierwsze, testy muszą być przeprowadzane w precyzyjnym czasie, tak by uniknąć



PANEL: Epidemiologia chorób zakaźnych i cywilizacyjnych w obliczu zmian geopolitycznych

zwłaszcza wyniku fałszywie ujemnego, który daje poczucie bezpieczeństwa, co może prowadzić do nieświadomego zakażenia kolejnej osoby (lub osób). Ale ważna, jak podkreślała ekspertka, jest też sfera edukacyjna i wsparcia psychicznego – w punktach konsultacyjnych poradnictwo obejmuje nie tylko wykonanie testu, ale też rozmowę przed nim i po uzyskaniu wyniku, niezależnie od tego, jaki on jest. Tymczasem zwłaszcza w przypadku wyniku pozytywnego (też może być fałszywy!) osoba, która wykonuje test domowy, zostaje z diagnozą, która odbierana jest jako druzgocąca i ostateczna (choć wcześniej wykryty i prawidłowo leczony HIV jest w tej chwili chorobą przewlekłą, nierzutuującą na jakość życia i na pewno nie śmiertelną).

Jednak pandemia COVID-19 pokazała, jak przyznała prof. Wiercińska-Drapała, że konieczna przynajmniej jest dyskusja o samodiagnostyce, również w ramach towarzystw naukowych, które do tej pory były sceptyczne lub wręcz takim rozwiązaniom przeciwnie. Sama dyskusja nie przesądza, że takie rozwiązanie uzyska szerokie poparcie. Eksperci podczas panelu zwracali uwagę, że choć Polacy masowo kupowali testy covidowe, zwłaszcza po tym, jak państwo wycofało się z powszechnego testowania lub je znacząco ograniczyło, ciągle brakuje pomysłu, w jaki sposób włączyć testy wykonywane prywatnie do systemu sprawozdawczości. Być może takiego rozwiązania w ogóle nie będzie. Jednak COVID-19 czy grypa to jedno, HIV – zupełnie coś innego. W jaki sposób zmotywować osoby, które uzyskały pozytywny wynik testu, do jego niezwłocznego zgłoszenia, gdy wiadomo, że część chorych – również z potencjalnie poważnymi chorobami zakaźnymi – nie zgłasza się do lekarzy w obawie przed „zaistnieniem w systemie”?

Pytań o system było w trakcie tej dyskusji zresztą więcej. Prof. Bolesław Samoliński, kierownik Zakładu Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych, Alergologii i Immunologii WUM podkreślał, że pandemia w praktyce wyrzuciła problem profilaktyki chorób cywilizacyjnych i wygenerowała gigantyczny problem zaufania do instytucji państwa opiekuńczego, którego jednym z zadań jest dbanie o zdrowie jako o dobro wspólne, dobro publiczne, co oznacza przede wszystkim zapewnienie ładu i porządku w dostępie do systemu opieki zdrowotnej. A także – dostępu do wiedzy o zdrowiu, o zdrowych nawykach. W czasie pandemii wszystkie te zadania państwa się załamały. – System się nie sprawdził – ubolewał ekspert. W podobnym duchu wypowiadał się prof. Przemysław Mitkowski, prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, który podkreślał, że w czasie pandemii nastąpił 17-proc. wzrost zgonów z powodu chorób sercowo-naczyniowych niepowiązanych z COVID-19, zaś teraz – choć jeszcze nie jesteśmy „po pandemii” – konieczne jest podejmowanie takich decy-

zji, które pozwolą lepiej chronić pacjentów z problemami układu krążenia. Częściowo, jak mówił prof. Mitkowski, one już zapadają (skierowane do podpisania rozporządzenie o refundacji telemonitoringu urządzeń wszczepialnych), na część i pacjenci, i lekarze ciągle czekają (refundacja wszczepialnych rejestratorów zdarzeń).

Gdy na wyzwania związane z pandemią nałożyła się wojna w Ukrainie, problemów przybyło. Prof. Marcin Czech, specjalista epidemiologii, prezes zarządu Polskiego Towarzystwa Farmakoeconomicznego, podjął temat poziomu zaszczepienia populacji uchodźców przebywających w Polsce. Podkreślał również, że powinniśmy pamiętać nie tylko o niskim – w stosunku do polskiego – poziomie zaszczepienia przed 24 lutego 2022 roku, na który złożyło się wiele przyczyn, ale również o całkowitym tąpnięciu ukraińskiego systemu szczepień po ataku Rosji, bo cała ochrona zdrowia w Ukrainie przestawiła się na tryb wojenny, co zawsze oznacza załamanie zadań związanych z profilaktyką. Tymczasem do Polski, jak podkreślali eksperci, w kolejnych tygodniach i miesiącach mogą zacząć płynąć nowe, choć pewnie nie tak liczne jak na początku konfliktu, fale uchodźców. Choćby dlatego, że po bombardowaniach infrastruktury energetycznej w największych miastach Ukrainy nie ma warunków do życia. Prof. Czech podkreślał, że zarówno szpitale, jak i służby sanitarne po stronie polskiej mają świadomość zagrożeń, dlatego w sposób wyraźny zwiększono nadzór zwłaszcza nad polio, którego przypadków do tej pory (szczęśliwie) nie odnotowano. Były wiceminister zdrowia postawił jednak potężny znak zapytania przy oficjalnej narracji, jakoby w tej chwili praktycznie wszystkie uchodźczynie, rodzące w polskich szpitalach dzieci, zgadzały się na ich zaszczepienie. – W Instytucie Matki i Dziecka, gdzie na pewno nie można podejrzewać, że zabrakło dobrze przeprowadzonej akcji przekonywania, zachęcania do szczepień, na 32 urodzone noworodki pełny cykl szczepień otrzymało 23 – podkreślił.

Prof. Czech zwracał również uwagę, że pandemia wcale nie przełożyła się na wzrost zaufania do nauki, medycyny, szczepień. Przeciwnie – odsetek osób sceptycznych nie tylko nie zmalał, ale wzrósł, przynajmniej wobec niektórych szczepień. – Pandemia nie okazała się szansą dla edukacji w zakresie zdrowia publicznego, jeśli chodzi o choroby zakaźne – mówił. W jego ocenie tym ważniejsze jest doskonalenie narzędzi nadzoru nad szczepieniami. Ogromną szansą tutaj są właśnie doświadczenia i praktyka z czasów pandemii, czyli elektroniczna „karta szczepień” covidowych (a także przeciw grypie). – Tak samo trzeba zorganizować system rejestracji szczepień obowiązkowych, zastąpić papierową kartę szczepień kartą elektroniczną. Będzie to ogromne ułatwienie operacyjne, również dla sanepidu.



PANEL: Profilaktyka pierwotna – bezpieczeństwo, stabilność finansowania oraz dostęp do szczepień ochronnych

Szczepienia były również motywem przewodnim odrębnego panelu „Profilaktyka pierwotna – bezpieczeństwo, stabilność finansowania oraz dostęp do szczepień ochronnych”. Prof. Marcin Czech przypominał, że choć choroby cywilizacyjne pozostają w centrum zainteresowania zdrowia publicznego – jako główny zabójca w krajach wysoko rozwiniętych – pandemia COVID-19 udowodniła, że absolutnie nie można tracić z pola widzenia chorób zakaźnych. Którym można zapobiegać – lub przynajmniej ograniczać ich najpoważniejsze skutki – przez szczepienia. O ile oczywiście z tych szczepień potrafi się korzystać.

W Polsce zmiany, jak mówił ekspert, idą w dobrym kierunku. W ostatnich latach pojawiły się nowe szczepienia obowiązkowe (pneumokoki, rotawirusy), kolejne szczepienie – przeciw HPV, wyrażał nadzieję prof. Czech, w przyszłym roku „się zrealizuje i rozpędzi” jako element PSO, choć w formule szczepienia zalecanego, z pełnym finansowaniem ze środków publicznych. Przynajmniej w teorii powinny działać rozwiązania refundacyjne szczepienia przeciw grypie, bo duże grupy (seniorzy, kobiety w ciąży) mają refundację stuprocentową. Jednak te mechanizmy nie działają – jak mówił prof. Czech, jest prawdopodobne że ten sezon zakończymy 5-proc. wyszczepialnością, co będzie kompromitujące. Barierą nie są finanse, bo wyszczepialność w grupach z „darmowymi” szczepieniami jest również bardzo niska. – W Wielkiej Brytanii poziom zaszczepienia przeciw grypie wynosi 70 procent – przypominał ekspert.

Prof. Czech ocenił, że z punktu widzenia szczepień ochronnych korzystną zmianą jest przesunięcie ich finansowania do Narodowego Funduszu Zdrowia oraz

zapewnienie dodatkowego wsparcia ze strony Funduszu Medycznego. Wyraził nadzieję, że dzięki temu znikną finansowe ograniczenia w podejmowaniu decyzji dotyczących zmian w PSO. Jednak prowadzący debatę Jakub Szulc, były wiceminister zdrowia, przypominał, że samo przesunięcie finansowania byłoby korzystne, gdyby nie oznaczało jednocześnie zmniejszenia sumy wydatków na zdrowie. – Pieniądzy na szczepienia nie zabraknie, ale nie brakowało ich również do tej pory, nawet jeśli te wydatki musiały być sterowane ręcznie, przez przesunięcia środków w budżecie ministra zdrowia – podkreślił.

W dyskusji bardzo mocno wybrzmiał pogląd, że finanse wcale nie są ani jedynym, ani nawet najważniejszym problemem szczepień ochronnych. Poseł Marek Hok, przewodniczący sejmowej podkomisji stałej ds. zdrowia publicznego jako przykład podawał szczepienia przeciw HPV, których wprowadzenia – jako szczepień powszechnych, a być może nawet obowiązkowych – specjaliści domagają się od wielu lat, a od co najmniej czterech lat to szczepienie jest obiecywane przez rząd. I nadal szczepienie jest tylko w sferze obietnic, bo nie można uznać za realizację zapewnienia 50 proc. refundacji aptecznej, przy ciągle dość wysokiej dopłacie pacjenta. Również decyzje zapadające w sprawie szczepień przeciw grypie raczej przeszkadzają niż pomagają w wypracowywaniu nawyku szczepienia. – W tej chwili mamy milion zachorowań na gripę, 60 proc. z nich to dzieci poniżej 14 roku życia. Zaszczepienie w populacji dziecięcej jest na dramatycznie niskim poziomie – przypominał. Najważniejszym problemem, w jego ocenie, jest brak strategii budowy zaufania do szczepień oraz brak wiedzy na temat poziomu zaszczepienia uchodźców z Ukrainy.

Z tą tezą zgodził się również prof. Czech, który przyznał, że oprócz systematycznej i przemyślanej edukacji, która by motywowała pozytywnie do szczepień, potrzebne są „pewne sankcje ze strony państwa, gdy kalendarz nie jest realizowany mimo braku przeciwwskazań”. – Jeśli jest mały procent zaszczepionych, nie możemy już mówić o kordonie, który chroni przed chorobami zakaźnymi tych, którzy szczepić się nie mogą ze względu, na przykład, na chorobę nowotworową – przypomniał.

Michał Morek, dyrektor Działu Opieki Farmaceutycznej Dr.Max Polska mówił z kolei, że doświadczenie pandemii powinno wystarczyć do podejmowania decyzji o maksymalnym – choć oczywiście bezpiecznym dla pacjentów – upraszczaniu procedur związanych ze szczepieniami. Dzięki bliskości do aptecznych punktów szczepień i braku formalności (poza posiadaniem e-skierowania) apteki podały 2,5 miliona dawek szczepionek przeciw COVID-19. – Jeżeli chcemy poprawiać wyszczepialność, trzeba ułatwiać, wychodzić pacjentom naprzeciw – mówił, przypominając, że tegoroczny niski poziom zaszczepienia przeciw grypie jest, prawdopodobnie, wynikiem przywrócenia obowiązku posiadania recepty, czego w ostatnim sezonie nie było.

Zdaniem panelistów kiepskim pomysłem byłoby natomiast wprowadzanie dodatkowego finansowania szczepień w POZ, co niekiedy pojawia się jako pomysł na poprawę poziomu zaszczepienia również w ramach szczepień obowiązkowych. – Profilaktyka, dbanie o zdrowie populacji, o edukację zdrowotną, to podstawowe zadania POZ – podkreślał Marek Hok. Jego zdaniem lepszym pomysłem jest przesunięcie części szczepień (czyli szczepień osób dorosłych) do aptek, tak by odciążyć POZ.

– Fee for service jest mechanizmem motywującym – przyznał prof. Czech, ale zwrócił uwagę, że szczepienia przeciw COVID-19, w których go zastosowano, były przedsięwzięciem bardzo drogim. – Szczepienia i przekonywanie do szczepień to absolutnie jest zadanie lekarzy POZ, z którego zresztą patrząc na poziom wyszczepienia w ramach PSO, znakomicie się wywiązują. Jeśli mielibyśmy wydać dodatkowe pieniądze, to raczej właśnie na finansowanie szczepień w aptekach, bo tam to jest zadanie dodatkowe, które wiąże się np. z koniecznością zatrudnienia nowego pracownika.

Jednym z postulatów, formułowanych przez ekspertów odnośnie do szczepień, jest zastąpienie papierowych dokumentów (karta szczepień, wpisy w książeczkach zdrowia dziecka) e-kartą szczepień. Paweł Kikosicki z Centrum e-Zdrowia zadeklarował, że chciałby, by stało się to „jak najszybciej”. – 1 marca udostępniliśmy już taką funkcjonalność – przypominał. E-karta szczepień pozwala na odnotowanie w EDM, że pacjent został zaszczepiony, i oczywiście – jaki preparat został użyty. – W tej chwili

mamy ok. 770 tysięcy e-kart szczepień, z czego 605 tysięcy to karty „grypowe”. Widzimy, że przed nami bardzo dużo do zrobienia, bo na razie obowiązek wpisywania szczepień do EDM dotyczy tylko szczepień przeciw COVID-19 i przeciw grypie, choć są placówki, które rejestrują wszystkie szczepienia.

Niejako przy okazji dyrektor Kikosicki przyznał, że problem jest szerszy. – Od połowy 2021 roku jest obowiązek wprowadzania do EDM wszystkich zdarzeń medycznych, ale nie ma ku temu ani zachęt, ani sankcji – powiedział. Efekt? Duża część placówek i lekarzy tego po prostu nie robi. To ma się jednak zmienić. Padła zapowiedź, że w przyszłym, a najpóźniej na początku 2024 roku nastąpi zmiany i rozliczanie świadczeń przejdzie na platformę P1 – co będzie oznaczać, że zostanie ujednolicone z raportowaniem. – Wpisanie zdarzenia medycznego będzie nie tylko uzupełnianiem dokumentacji, ale elementem rozliczenia – powiedział Paweł Kikosicki. W tej chwili tak rozliczane są zresztą już m.in. szczepienia przeciw COVID-19, przeciw grypie oraz świadczenia wykonywane w ramach programu Profilaktyka 40 Plus. W połowie przyszłego roku ma zacząć się pilotaż tego rozwiązania w POZ.

Podczas Kongresu Zdrowia Publicznego bardzo mocno wybrzmiewał pogląd, że jeśli chcemy – a chcemy! – rozwiązywać problemy, nie można ograniczać się do jednej ścieżki, lecz trzeba działać kompleksowo. Jeśli mowa o szczepieniach, przykładowo, pomóc może wspomniana elektroniczna karta szczepień, ale również – coraz szerszy i łatwiejszy dostęp do szczepień (dla osób dorosłych), czyli – wzmocnienie roli aptek w tym zakresie. To zaś część opieki farmaceutycznej, która jest od wielu lat, jako postulat czy hasło, odmieniana przez wszystkie przypadki, ale ciągle jest daleka od powszechnego wdrożenia, choć – jak mówiła mgr farm. Anita Jeglińska, kierownik Działu ds. Doskonalenia i Rozwoju Sprzedaży sieci aptek Dr.Max, i po stronie lekarzy, i po stronie farmaceutów jest duża otwartość i gotowość do współpracy i włączenia opieki farmaceutycznej w schemat opieki nad pacjentem. Prof. Mariusz Gujski, kierownik Zakładu Zdrowia Publicznego WUM podkreślał, że w aptekach pracują tysiące znakomicie wykształconych farmaceutów, którzy ukończyli – jak stwierdził półżartem – studia wręcz trudniejsze niż lekarskie. Tymczasem apteki ciągle są po prostu punktami sprzedaży leków, a w każdym razie tak są, mimo zmian, jakie przyniosła pandemia, postrzegane. – To jest zmarnowany potencjał, bo mamy kilkanaście tysięcy punktów, znajdujących się najbliżej pacjenta jak tylko można – mówił. Atutem jest bliskość i dostępność (apteki są przecież czynne dłużej niż choćby poradnie POZ). – Oczywiście, w aptekach nie pracują wyłącznie

farmaceuci, ale najprostsze porady w ramach opieki farmaceutycznej są jak najbardziej możliwe do udzielania również przez techników farmacji.

– Zarówno lekarze, jak i farmaceuci, jako środowisko, mają obawy co do opieki farmaceutycznej. Ale tak naprawdę, gdy mówimy o opiece koordynowanej, farmaceuta jest jej ważnym elementem, jest ważnym elementem zespołu podstawowej opieki zdrowotnej – przyznał Paweł Żuk, prezes zarządu Centrum Medyczno-Diagnostycznego w Siedlcach. Paweł Żuk podkreślał, że lekarze, na przykład, słusznie narzekają na brak czasu i na to, że bardzo dużo tracą go na „zapychaczach” – czynnościach, które mogliby, z powodzeniem, przejąć na siebie inni profesjonaliści medyczni. – Farmaceuci mogą odciążyć lekarzy na przykład przy przeglądach lekowych – mówił. Farmaceuci mogliby również przeprowadzać wstępne wywiady z pacjentami – na temat diety, wypełniania zaleceń lekarskich, na przykład w zakresie przyjmowania leków. – Taki wywiad musi być usystematyzowany według schematu i musi być, przede wszystkim, dostępny dla lekarza, żeby to miało sens – podkreślał. Powinien być więc umieszczany na P1, inne rozwiązania, zdaniem Pawła Żuka, nie będą mieć sensu. Ważnym elementem opieki farmaceutycznej byłoby wzmocnienie przekazu i edukacji profilaktycznej, a także danie farmaceutom możliwości kierowania pacjentów na badania profilaktyczne.

Krzysztof Szponder, prezes zarządu sieci aptek Dr.Max Polska zaznaczył, że na długo przed pandemią i przed tym, jak zaczęto dużo i głośno mówić o opiece farmaceutycznej, pacjenci mieli taką zapewnioną, bo to właśnie do aptek udawali się z mniej poważnymi dolegliwościami,

z pytaniami „co na katar u dziecka”, „co na wysypkę” czy na bolące ucho lub podrażnione oko. Pandemia postawiła jedynie kropkę nad i – stało się oczywiste, że apteki powinny mieć swoje sformalizowane miejsce w systemie opieki zdrowotnej, a farmaceuci mogą i powinni działać aktywnie również na polu edukacji zdrowotnej i profilaktyki. – Nie wszyscy farmaceuci chcą w tej chwili prowadzić opiekę farmaceutyczną. Potrzebny jest pewien wysiłek edukacyjny, by ich do tego przekonać – podkreślał. Przekonać farmaceutów mogłyby również bodźce finansowe, na co zwracała uwagę przewodnicząca senackiej Komisji Zdrowia Beata Małecka-Libera. – Porady udzielane przez farmaceutów powinny być zakontraktowane przez NFZ jako porady profilaktyczne – mówiła. Małecka-Libera nie ukrywała, że jest wręcz zmęczona trwającą od wielu lat – w dużej mierze bezproduktywną – dyskusją. – O opiece farmaceutycznej mówimy od 2016 roku. Tak właśnie jest ze zdrowiem publicznym, profilaktyką, edukacją zdrowotną – ubolewała.

Senator Koalicji Obywatelskiej podkreślała, że opieka farmaceutyczna jest ważna zarówno dla pacjenta, bo ułatwia mu dostęp do podstawowej opieki, jak i z punktu widzenia organizacji systemu, bo farmaceuci mogą częściowo odciążyć lekarzy, a nawet pielęgniarki (na przykład w zakresie szczepień ochronnych). – Z tego punktu widzenia, farmaceuci powinni mieć możliwość wykonywania jak najszerszego wachlarza czynności w sposób możliwie jak najbardziej ułatwiony – mówiła.

Jeśli ułatwień nie będzie, skończy się – jak tłumaczyła – jak w przypadku szczepień przeciw grypie w trwającym sezonie. – Do początków grudnia zaszczepiło się w skali



PANEL: Opieka farmaceutyczna – jak wykorzystać potencjał aptek i farmaceutów na rzecz usprawnienia systemu opieki zdrowotnej

całego kraju niespełna 650 tysięcy osób. To jest dramat, to jest porażka zdrowia publicznego. To jest efekt braku edukacji, ale również wydłużenia ścieżki pacjenta do szczepienia – punktowała Małecka-Libera. – Co z tego, że farmaceuci mogą szczepić bezpłatnie, skoro pacjent musi przyjść z receptą i większość musi zapłacić? (Kilka dni przed KZP senacka Komisja Zdrowia zapoznała się z informacją ministra zdrowia o przebiegu tegorocznych szczepień przeciw grypie i podczas posiedzenia wiceminister zdrowia Waldemar Kraska przyznał, że w resorcie zdrowia trwają prace nad uproszczeniem szczepień, jednak – jak punktowali senatorowie – już we wrześniu eksperci przestrzegali, że przyjęte zasady doprowadzą do zmniejszenia i tak dramatycznie niskiego poziomu wyszczepienia).

Jakie są bariery w rozwoju opieki farmaceutycznej? Krzysztof Szponder zwrócił uwagę, że zgodnie z przepisami apteka nie może informować pacjentów, że w konkretnej placówce wykonuje się przeglądy lekowe. Same przeglądy może wykonywać – ale informacja na ten temat jest traktowana jak reklama i inspekcja farmaceutyczna może nakładać wysokie kary. – My nie chcemy się reklamować. Chcemy edukować pacjentów – mówił.

Opieka farmaceutyczna, by mogła zaistnieć, potrzebuje też inwestycji. Tymczasem brak poczucia stabilności (zmienne wymagania, bardzo wyśrubowane, w stosunku do punktów szczepień, wielu aptekarzy zniechęcały). Z kolei Paweł Żuk ocenił, że wprowadzenie na większą skalę opieki farmaceutycznej oznaczać będzie dla aptek zmianę modelu biznesowego czy też „drużyny” w której się gra na boisku. – W interesie przemysłu farmaceutycznego jest, by pacjenci kupowali w aptece leki – przypomniał. Gdy farmaceuci zajmą się „sprzedażą zdrowia”, można mieć nadzieję, że leków przynajmniej niektórzy pacjenci będą potrzebować mniej.

Niektórzy, bo jest wiele chorób – do takich należy padaczka – w których zapotrzebowanie na dostęp do leków jest stałe. Problem leczenia padaczki w Polsce był jednym z wiodących podczas panelu „Psychiatria i neurologia – wyzwania terapeutyczne i społeczne”.

Prof. Halina Sienkiewicz-Jarosz, dyrektor Instytutu Psychiatrii i Neurologii mówiła, że co roku w Polsce stwierdza się ok. 27 tysięcy nowych przypadków padaczki, a jednym z najpoważniejszych problemów w tej chorobie jest przeciągająca się diagnostyka. Część pacjentów zresztą żyje z padaczką bez diagnozy. – Wpadają w czarną dziurę systemu – przyznała ekspertka. To stwarza duże zagrożenie, bo z oczywistych względów pacjenci z nieleczoną lub źle leczoną padaczką mają kilkukrotnie wyższe ryzyko nagłego zgonu. Z drugiej strony, problemem są również fałszywe diagnozy padaczki, zdarzające się u pacjentów z epizodami utraty przytomności, związany-

mi z zaburzeniami rytmu serca. – Przyjmowanie leków przeciwpadaczkowych może nasilić problem zdrowotny – ostrzegła prof. Sienkiewicz-Jarosz.

Skupiając się na pacjentach z padaczką, ekspertka przypomniała, że ok. 30 proc. z nich nie uzyskuje, zarówno przy mono-, jak i politerapii, pełnej kontroli nad chorobą. Przy padaczce lekoopornej celem może być redukcja liczby napadów i czynionych przez nie szkód.

Czego potrzebują pacjenci z padaczką i prowadzący ich specjaliści? Przede wszystkim – dostępu do nowoczesnych terapii farmakologicznych. Na liście priorytetów jest też rozwój technik operacyjnych oraz diagnostyki przedoperacyjnej. – Tego elementu leczenia padaczki w Polsce po prostu brakuje – powiedziała prof. Sienkiewicz-Jarosz. Diagnostyka ta będzie mogła zaistnieć i się rozwijać, jeśli zostanie właściwie wyceniona, gdyż jest, jak przyznała ekspertka, kosztowna. W jej ocenie dobrze reagujący na leczenie i zdyscyplinowany pacjent nie potrzebuje nawet wizyt u neurologa – może być prowadzony na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej. Pacjenci, którzy nie reagują na leczenie – potrzebują dostępności do opieki specjalistycznej, w tym szpitalnej. – Trzeba określić wyraźnie ścieżki pacjentów, tak żeby zoptymalizować opiekę, ale jednocześnie nie przeciążać systemu – tłumaczyła prof. Sienkiewicz-Jarosz.

Dr hab. n. med. Maciej Niewada, farmakoekonomista (WUM) przypominał, że padaczka jest jedną z chorób, w których nie ma jednego, najskuteczniejszego, leku. Stąd olbrzymia potrzeba indywidualizacji terapii. Pojawiają się nowe leki, duża część z nich jest refundowana, ale część – nie. – Ze strony ministerstwa jest dobre rozpoznanie specyfiki choroby. Czas od rejestracji leku do jego refundacji uległ skróceniu, ale to nie znaczy, że jest krótki. Przeciwnie, w padaczce jest względnie długi, gdy weźmie się pod uwagę inne obszary – ocenił.

Inną optykę prezentował wiceminister zdrowia Maciej Miłkowski. – Jest bardzo wiele leków refundowanych w pierwszej i drugiej linii leczenia. Te leki wchodzi do refundacji coraz szybciej. W tej chwili w procesie refundacji są dwa leki. Jest sugestia, by jeden z nich pojawił się już na najbliższej liście refundacyjnej, choć konieczne jest jeszcze dookreślenie wskazań. W grę wchodzi oczywiście tylko odpłatność ryczałtowa, cena jest zbyt wysoka.

Miłkowski przyznał jednocześnie, że w padaczce lekoopornej trudno jest znaleźć odpowiedni lek, dlatego tak ważne jest, by lekarz miał możliwość wyboru optymalnej terapii.

Oprócz kwestii dostępu do diagnostyki i terapii potężnym problemem pacjentów z padaczką jest stygmatyzacja i wykluczenie społeczne. Dr hab. Anna Staniszevska z Katedry i Zakładu Farmakologii Doświadczalnej i Kli-



nicznej WUM mówiła, że padaczka – na której różne postaci cierpi ok. 1 proc. populacji – jest chorobą społeczną. Tymczasem ciągle pokutują mity – na przykład taki, że jest to choroba psychiczna, lub że jeśli ktoś ma ataki, sam sobie jest winny, bo na pewno wcześniej pił alkohol. – Konieczna jest edukacja społeczna, uczenie z jednej strony empatii i zasad udzielania pierwszej pomocy, ale z drugiej strony również edukacja samych pacjentów, żeby otwarcie mówili o swojej chorobie – podkreślała.

Kolejny temat panelu dotyczył problemu leczenia uzależnienia od nikotyny u osób z chorobami psychicznymi, co można byłoby uznać za problem „niszowy” – byłaby to jednak ogromna pomyłka. Po pierwsze dlatego, że palenie tytoniu jest ciągle w Polsce poważnym problemem zdrowia publicznego, z którym walczymy z bardzo różnymi efektami. Po drugie, zarówno w UE, jak i w Polsce palenie tytoniu jest główną przyczyną chorób nowotworowych i jedną z głównych przyczyn zgonów. Po trzecie, nikotyna to substancja, której stosowanie wiąże się z bardzo wysokim ryzykiem uzależnienia, sięgającym 32 proc. (dla porównania, jak mówił prof. Marcin Wojnar, kierownik Katedry i Kliniki Psychiatrycznej WUM, wskaźnik dla heroiny to 23 proc., kokainy – 17 proc., a alkoholu – 17 proc.). Po czwarte, w związku z tym palenie tytoniu to nałóg, z którym niezwykle trudno się rozstać. I choć dwie trzecie palaczy chce rzucić, jedna trzecia podejmuje próbę – tylko 2–3 proc. rzucających uda się rzeczywiście przestać palić. Po piąte, jak tłumaczył ekspert: – Wskaźniki palenia tytoniu wśród osób z zaburzeniami psychicznymi są bardzo wysokie, a trendy stałe, niezależne od tego, co dzieje się w reszcie populacji. Schizofrenia, choroba dwubiegunowa, uzależnienie od

alkoholu czy narkotyków – to tylko niektóre „choroby współistniejące” z uzależnieniem od regularnego palenia. Prof. Wojnar podkreślał, że wszystkim pacjentom zmagającym się z uzależnieniem od nikotyny powinno być zalecane całkowite zaprzestanie palenia, również osobom z zaburzeniami psychicznymi, ale zwracał uwagę, że priorytetem powinna być redukcja szkód. – Określenie siły biologicznego uzależnienia od nikotyny pomaga w doborze farmakoterapii. Konieczne jest też określenie etapu gotowości do zmiany i zapewnienie wsparcia psychologicznego oraz optymalne łączenie różnych metod działania – mówił.

Lekarze są świadomi, że po upływie roku od podjęcia decyzji o rzuceniu palenia abstynencję zachowuje 3–5 proc. pacjentów. Stąd coraz większa akceptacja i zrozumienie dla poszukiwania rozwiązań skierowanych do tych, którzy nie chcą – lub raczej nie mogą – pozbyć się nałogu. Cel jest prosty – minimalizacja zagrożeń zdrowotnych związanych z paleniem tytoniu, nawet jeśli to ma oznaczać sięganie po nikotynę w innych formach, na przykład w systemach podgrzewania tytoniu, gdzie ilość toksycznych, kancerogennych substancji w porównaniu z tradycyjnymi papierosami jest mniejsza o ponad 90 procent. – Trzy lata temu Polskie Towarzystwo Chorób Cywilizacyjnych zaakceptowało strategię redukcji szkód i zaleca włączenie systemu podgrzewania tytoniu w momencie, gdy zawodzą wszystkie inne metody leczenia uzależnienia – stwierdził prof. Wojnar, dodając, że jest to „istotny element postępowania w przypadkach osób z zaburzeniami psychicznymi, zwłaszcza u tych pacjentów, u których nie ma szans na współpracę”.

Prof. Wojnar podkreślał również jak ważne – w kontekście powszechności zaburzeń psychicznych i rosnącego zapotrzebowania na opiekę i pomoc specjalistów z obszaru zdrowia psychicznego – są zmiany przeprowadzane w psychiatrii. – Mamy ogromny problem z dostępnością do opieki psychiatrycznej. W centrum Warszawy czas oczekiwania na wizytę w poradni zdrowia psychicznego wynosi pięć miesięcy, a pomoc potrzebna jest natychmiast – mówił. Dlatego, w jego ocenie, trzeba reformować psychiatrię i jednocześnie zwiększać na nią nakłady w sposób znaczący – wtedy będzie szansa, że pacjent, zgłaszający się do centrum zdrowia psychicznego, gwarantującego opiekę środowiskową, odpowiednią do swoich potrzeb pomoc otrzyma natychmiast lub przynajmniej – bardzo szybko.

Wiceminister Maciej Miłkowski, odpowiadając na pytanie w sprawie postępów w reformie psychiatrii dorosłych, przyznał, że największym wyzwaniem będzie właśnie znaczące zwiększenie finansowania. – Pilotaż centrów zdrowia psychicznego został przedłużony do końca przyszłego roku. Od 2024 roku cała Polska powinna być już włączona do nowego modelu opieki psychiatrycznej – zapewnił. W jego ocenie widać również ogromny progres w reformowaniu psychiatrii dziecięcej.

Nie da się porównać obecnej sytuacji pacjentów z chorobami rzadkimi z tym, co było jeszcze dziesięć, kilkanaście lat temu – podkreślał podczas panelu „Pacjenci z chorobami rzadkimi wyzwaniem dla systemu ochrony zdrowia” Stanisław Maćkowiak, prezes Federacji Pacjentów Polskich, jednocześnie przyznając, że cały czas

w mocy jest w tym kontekście słowo „wyzwanie”, bo możliwości, ciągle niezrealizowanych, poprawienia położenia pacjentów i ich rodzin jest ciągle bardzo dużo.

Choć z wieloletnim opóźnieniem udało się w końcu przyjąć Narodowy Plan dla Chorób Rzadkich, ciągle brakuje aktów wykonawczych – przez co duża część jego zapisów ma nadal wymiar deklaracyjny. W dokumencie, co również podkreślił Maćkowiak, nie zostały (choć zgodnie z zaleceniami UE, powinny) ujęte kwestie socjalne.

Nadal, mimo ogromnego wysiłku wkładanego w program badań przesiewowych noworodków (Polska ma drugi w Europie, po Włoszech, co do jakości, taki program), diagnostyka chorych na choroby rzadkie i ultraradkie trwa średnio cztery, pięć lat. I ciągle jest to generująca koszty finansowe i absorbująca czas i pacjentów, i kadr medycznych „odyseja”. Powód? Jak wynikało z dalszej części dyskusji, w dużym stopniu – brak informacji, brak rejestrów i brak „spięcia” tego, co system wie o pacjencie i jego problemach zdrowotnych.

Prof. Zbigniew Żuber, specjalista pediatrii i reumatologii dziecięcej, III Oddział Kliniczny Pediatrii, Reumatologii z pododdziałem Alergologii Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. św. Ludwika w Krakowie, skoncentrował się na problemach pacjentów z zespołem Huntera, czyli mukopolisacharydozą typu II, genetyczną chorobą metaboliczną, wywołowaną zaburzeniami metabolizmu kwaśnych mukopolisacharydów. Jak mówił, 80 proc. pacjentów ma ciężki przebieg tej choroby i ich jedyną szansą jest przyjmowanie leku refundowanego w ramach programu terapeutycznego. – Pacjenci objęci leczeniem dobrze funkcjonują – podkreślał. Takich



PANEL: Pacjenci z chorobami rzadkimi wyzwaniem dla systemu ochrony zdrowia

pacjentów jest dwudziestu kilku, czyli mniej więcej połowa wszystkich chorych z zespołem Huntera. – Jest to mała grupa. Leczenie generuje wysokie koszty, ale lekarze nie są od tego, by dyskutować o cenach leków. Naszą rolą jest niesienie pomocy pacjentom, jeśli tylko jest taka możliwość – podkreślał. – Liczę, że mimo perturbacji nadal będziemy mogli leczyć, bo najgorszym scenariuszem byłoby odebranie leczenia tym, którzy go już otrzymują. Nie jestem sobie w stanie tego nawet wyobrazić – nie krył emocji związanych z informacjami o możliwych zmianach w programie.

Ekspert podkreślał, że chorzy z zespołem Huntera jeszcze niedawno nie dożywali wieku dojrzałego, a w tej chwili w Polsce jest już kilka ośrodków leczących dorosłych. To, podkreślał, jest miara sukcesu programu terapeutycznego, zaś czterech ostatnich pacjentów, którzy pojawili się w programie, zostało zdiagnozowanych przed ukończeniem drugiego roku życia i wczesne leczenie wyhamowało rozwój choroby, a jej objawy znalazły się pod kontrolą. Pacjenci, jak tłumaczyli specjaliści – nie wiedzą, że cierpią na chorobę rzadką. Zgłaszają się do lekarza, albo częściej do lekarzy, różnych specjalizacji, ze swoimi – różnymi – problemami zdrowotnymi. Gdyby system rejestrował, na przykład, że pacjent w krótkim czasie odwiedza neurologa, nefrologa i kardiologa – powinien automatycznie zasignalizować, że być może należy prowadzić diagnostykę w kierunku jednej z rzadkich chorób. Takie rozwiązania funkcjonują w innych krajach, w których działają rejestry. To w oczywisty sposób mogłoby przyspieszyć cały proces, bo w tej chwili – jak mówił prof. Michał Nowicki, specjalista chorób wewnętrznych, nefrologii, hipertensjologii i transplantologii klinicznej, przywołując przykład pacjentów z chorobą Fabry’ego, wiele osób nie ma pojęcia o swojej chorobie – przez wiele lat. – Problemy zdrowotne wywoływane tą chorobą zaczynają się dość wcześnie, a diagnoza często przychodzi w wieku dojrzałym – przyznał. Skutkiem tego jest uszkodzenie wielu kluczowych dla funkcjonowania organizmu narządów, w tym nerek. Podjęte późno leczenie – bo jest ono dostępne, pacjenci z tą chorobą mogą korzystać z trzech leków – wydłuża życie i poprawia jego jakość, ale efekt, jak mówił ekspert, nie jest optymalny. – Nie mamy systemów, narzędzi, które przeszukują ogromne bazy danych. Pacjenci ze swoimi problemami mogą przecież trafiać nie tylko do różnych lekarzy, ale też różnych placówek, tym trudniej zidentyfikować główny problem.

Kwestię zagubienia pacjenta – wraz z jego problemem zdrowotnym – akcentował też prof. Andrzej Deptała, kierownik Zakładu Propedeutyki Onkologicznej WUM. – Na liście chorób rzadkich jest wiele chorób nowotworowych. Problem polega na tym, że nam nie wystarczy rozpoznanie „rak gruczołowy”, bo w obrębie tej podjednostki moż-

na znaleźć kilkanaście rodzajów podtypów, które różnią się określonym defektem molekularnym. Każdy z nich ma dopasowane leki celowane – mówił. – Jeśli chodzi o diagnostykę i leczenie chorób onkologicznych i hematologicznych, jest sieć ośrodków i generalnie problemu nie ma, można zrobić to w ramach karty DiLO. Trzeba jednak najpierw znaleźć ten właściwy ośrodek, a tego pacjent bardzo często nie potrafi, nie jest w stanie, zrobić. Być może to częściowo przynajmniej rozwiąże Krajowa Sieć Onkologiczna – wyraził nadzieję.

Jednak podstawowym problemem jest to, że nie istnieje, jak mówił ekspert, ani pierwotna, ani wtórna profilaktyka. – Jeśli na przesiewową kolonoskopię zgłasza się 17 procent pacjentów, którzy zgłosić się powinni, nigdy nie będziemy mieć sukcesów w walce z rakiem jelita grubego – podkreślał prof. Deptała. – Jeśli moglibyśmy leczyć wcześniejsze stadia, operacyjnie, z zastosowaniem radioterapii, koszty byłyby mniejsze.

Polacy niewiele wiedzą na temat profilaktyki zdrowotnej, nie stosują się do zaleceń ekspertów jeśli chodzi o zdrowy tryb życia czy regularne badania. Szwankuje podstawowa, wydawałoby się, wiedza na temat zagrożeń. Czy – i jak – można to zmienić, zastanawiali się uczestnicy panelu „Komunikacja w zdrowiu publicznym – jak skutecznie edukować i motywować do zachowań prozdrowotnych?”

Komunikaty prozdrowotne, kampanie społeczne i edukacyjne okazują się mało trafione lub wręcz – niekiedy – przynoszące odwrotny skutek. Historycznie patrząc, Ministerstwo Zdrowia kilka lat temu ośmieszyło się, firmując kampanię z królicz(n)ą rodziną, a z bliższych przykładów, niechlubnie zapisało się kampaniami piętnującymi nie tyle otyłość, co ludzi zmagających się z chorobą otyłościową (zwłaszcza kampania z końcówki 2018 roku, gdzie na pierwszy plan wybijało się słowo „Żryj”).

Jesienią resort „odpalił” kolejną kampanię, poświęconą szczepieniom. Miał być przełom, nowe podejście do tematu – tyle że tematu, zwyczajnie, nie ma. Kampania jest niewidoczna, a temat szczepień, który był leitmotiwem całego 2021 roku, w 2022 roku po prostu zniknął. Specjaliści od komunikacji społecznej zastanawiali się, jak to w ogóle możliwe, że nie wykorzystaliśmy – w sposób instytucjonalny – pandemii, która szeroko otworzyła drzwi do mediów, również społecznościowych, tematом związanym ze zdrowiem publicznym, profilaktyką. – Temat szczepień, który w trakcie pandemii był głośny i mieliśmy bardzo dobry moment, by kontynuować opowiadanie o szczepieniach. A ten temat był i zniknął, nie ma go teraz w przestrzeni – mówił dr Piotr Samel-Kowalik z Zakładu Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych, Alergologii i Immunologii WUM, oceniając, że nie



PANEL: Komunikacja w zdrowiu publicznym – jak skutecznie edukować i motywować do zachowań prozdrowotnych?

jesteśmy systemowo przygotowani, by reagować w sposób adekwatny do sytuacji.

Na przykład z ostatnich tygodni zwróciła uwagę dr Maria Libura, ekspertka Centrum Analiz Klubu Jagiellońskiego ds. zdrowia, Kierownik Zakładu Dydaktyki i Symulacji Medycznej Collegium Medicum Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie, przywołując wypowiedź prezesa Prawa i Sprawiedliwości Jarosława Kaczyńskiego o „dawaniu w szyję” przez młode kobiety i fatalnych, w ocenie polityka, skutkach tego dla sytuacji demograficznej. Dr Libura podkreśliła, że niezależnie od oceny tej wypowiedzi (która była, jak mówiła, niewłaściwa), dramatycznie brakowało podjęcia tematu, czy też zainspirowania dyskusji – w mediach – na temat poważnego problemu, jakim jest konsumpcja alkoholu, również przez kobiety. A ponieważ komunikacja nie znosi próżni, pustkę wypełnił inny komunikat – jedna z marek jubilerskich wypuściła gadżet z cytatem wypowiedzi Kaczyńskiego. – Najgorsza reakcja. To jest granie w grę, którą producenci napojów alkoholowych prowadzą od lat, starając się sparować swoje produkty ze skojarzeniami takimi jak „relaks”, „bunt”, „wolność”. To przykład jak łatwo można wykorzystać pojawienie się w przestrzeni publicznej ważnego dla zdrowia tematu.

– Nie mamy wypracowanych metod, które pozwolą nam wykorzystać sytuację na korzyść zdrowia publicznego i przygotować się do potencjalnych zdarzeń, które mogą wystąpić. Podobnie jak w komunikacji kryzysowej, jeśli nie jesteśmy przygotowani, to spychamy się sami tylko do reagowania, a nie do działań proaktywnych, które możemy uruchomić, gdy nadarzy się okazja – mówił dr Samuel-Kowalik. Nawet jeśli, zwykle długo po właściwym

momencie, ktoś się „obudzi” i będzie chciał wrócić do tematu, okazja przepada – bo temat już nie jest w trendach Googla czy Twittera. Nie ma szans na przebicie.

To zresztą osobny temat. Eksperci z zakresu zdrowia publicznego ciągle nie wydają się rozumieć, jak potężnym narzędziem jest Internet. – Na Instagramie wiele się dzieje. Sama staram się prowadzić regularnie swój kanał. Wiele osób pukało się w głowę, że na Instagramie chcę mówić o onkologii. A jednak bardzo dobrze radzą sobie tam ginekolodzy, endokrynolodzy. Mam wrażenie, że też onkolodzy. Uważam, że Instagram jest coraz lepszym miejscem do tego. Sama to obserwuję po swoich odbiorcach, którzy piszą, proszą o pomoc, szukają treści, webinarów, postów w tym obszarze – mówiła Adrianna Sobol, psycholog z WUM, założycielka portalu Zdrowie Zaczyna się w Głowie, autorka kampanii prozdrowotnych.

W ocenie ekspertki niska efektywność oficjalnych kampanii ma swoje źródło w tym, że są one oparte na mechanizmie budzenia strachu. Przykład? Jej zdaniem kampania umieszczania drastycznych obrazków na opakowaniach papierosów, które miały zniechęcić palaczy do nałogu. – Niestety jak pokazują badania, to wywołuje emocje, straszy. Dla palacza, gdy jest zestresowany, nie ma nic prostszego, jak zapalić. U nas działania prozdrowotne zatrzymują się na etapie, w którym za bardzo straszmy, za mało edukujemy – mówiła. Podkreślała również, że takim samym błędem obarczone są kampanie zachęcające do badań profilaktycznych w kierunku nowotworów. – Strach buduje przekonanie, że rak to wyrok, po co więc się badać? Jeśli przekaz brzmi: „badaj się, bo umrzesz”, wiele osób słyszy tylko drugą część zdania.

Na jeszcze inny aspekt zwróciła uwagę dr Maria Libura.

– Nowe pokolenia odbiorców podchodzą do tego typu komunikatów w jeszcze inny sposób. W szkole mojej córki był wyścig na to, kto zbierze wszystkie obrazki z paczek papierosów. Kiedy ktoś miał dwa takie same, wymieniano się między sobą. Występuje jeszcze gorsze zjawisko, bo mamy obniżenie wrażliwości na bodziec i z takim pacjentem w przyszłości będzie znacznie trudniej rozmawiać na temat rzucenia palenia czy ryzyka chorób onkologicznych – podkreśliła, zaznaczając przy tym, że decyzja o wprowadzeniu drastycznych zdjęć na opakowania papierosów nie została poprzedzona badaniami.

Badania – czy to poprzedzające kampanie, czy też badania ewaluacyjne – to kolejny duży problem komunikacji prozdrowotnej. Badania, a raczej ich brak. – W komunikacji w zdrowiu publicznym brakuje nam pewnych ram, po których możemy się poruszać. W badaniach medycznych często mamy przeglądy systematyczne, metaanalizy, które w komunikacji w zdrowiu publicznym też się oczywiście pojawiają, ale znacznie częściej w USA czy Wielkiej Brytanii, gdzie wiedza jest oparta na dobudowywaniu kolejnych elementów. W Polsce tego nie ma. Nawet jak dotrzemy do materiału, jakie kampanie były zrealizowane i na kogo nakierowane, brakuje nam oceny efektywności tych działań – mówił dr Piotr Samel-Kowalik.

– Kwestia wykorzystania metod, które stosowane są w marketingu komercyjnym do poprawy skuteczności komunikacji, zdecydowanie ułatwiłaby nam zrozumienie, dlaczego próby, które podejmujemy, są nieskuteczne. Może też warto spojrzeć na to z szerszej perspektywy, bo w pojedynczych działaniach wykonujemy dużo czynności, które wydaje się, że powinny odnieść sukces, ale bywa z tym różnie – przekonywał.

Jednocześnie dr Libura przypominała, że duże kampanie społeczne, konkretnie antytytoniowe, wcale nie stawiają sobie za cel zmniejszenie odsetka palaczy. Celem jest zwiększanie świadomości ryzyk zdrowotnych i szkód spowodowanych paleniem oraz budowanie i zdobycie społecznego zrozumienia lub wręcz akceptacji na przykład dla zakazu palenia w miejscach publicznych. – Do tego, by ktoś faktycznie rzucił palenie, potrzebujemy dobrych programów leczenia uzależnień, a nie ogólnopolskich kampanii – stwierdziła.

Uczestnicy panelu zgodzili się, że w zdrowiu publicznym brakuje – między innymi – umiejętności storytellingu, zachęcającego „sprzedawania” tematów zdrowotnych. – Nie macie mediów? Sami bądźcie mediami – zachęcał uczestników Kongresu Zdrowia Publicznego Sławomir Matczak, przez wiele lat dziennikarz telewizyjny i publicysta, nawiązując do słów Jacka Kuronia: – Nie palcie komitetów, zakładajcie własne. ■

Partner główny



Partnerzy



Partnerzy medialni



ALKALOIDY PIROLIZYDYNOWE

Z końcem 2023 roku w całej Unii Europejskiej wejdzie w życie rozporządzenie ograniczające sprzedaż niektórych produktów ziołowych, w których stężenie alkaloidów pirolizydynowych przekroczy ustalone poziomy. Wszystko za sprawą rozporządzenia Komisji Europejskiej 2020/2040 z dnia 11 grudnia 2020 roku zmieniającego rozporządzenie nr 1881/2006 w odniesieniu do najwyższych dopuszczalnych poziomów alkaloidów pirolizydynowych w niektórych środkach spożywczych.



A mgr farm. JUSTYNA
GRZECHOCIŃSKA

popularyzatorka wiedzy
medycznej i promocji zdrowia

19 grudnia na Twitterze pojawił się post: „Przysłała dziś do mnie załamana sąsiadka. W jej ulubionym zielarskim wyprzedaje, bo od stycznia wszystkie zioła zakazane. Okazuje się, że takie leki od dawna używane jak dziurawiec, arcydzięgiel, korzeń mniszka, itp. są szkodliwe. Oczywiście, że szkodzą, szkodzą zarobkom Big Farmy...”. Post polubiło ponad 1,6 tys. użytkowników, podało dalej prawie 380. „Spisek przeciwko naturalnym metodom leczenia”, „Niedługo wyrok za zbieranie!” – komentują wzburzeni internauci podaną na Twitterze wiadomość, jakoby od stycznia 2023 roku sprzedaż ziół miała zostać zakazana w Unii Europejskiej. Prawda jest taka, że zwolennicy ziół nie mają się czego obawiać.

Ograniczenia dotyczące potencjalnie rakotwórczej substancji w produktach ziołowych

Alkaloidy pirolizydynowe (AP) są metabolitami, które są biosyntetyzowane przez roślinę w celu ochrony przed zwierzętami roślinożernymi. Alkaloidy te mogą występować w każdej części rośliny, jednakże najwięcej jest ich w tkance epidermalnej. Szacuje się, że około 6000 gatunków roślin na świecie – co stanowi 3% wszystkich roślin kwitnących – może zawierać alkaloidy pirolizydynowe. AP występują głównie w roślinach okrytonasiennych *Boraginaceae* (wszystkie rodzaje), *Asteraceae* (*Senecioneae* i *Eupatorieae*) i *Fabaceae* (rodzaj *Crotalaria*). Można je znaleźć w niektórych roślinach zielarskich, takich jak: żywokost lekarski (*Symphytum officinale* L.), lepieźnik różowy (*Petasites hybridus* L.), podbiał pospolity (*Tussilago farfara* L.) oraz ogórecznik lekarski (*Borago officinalis* L.). Zawartość AP w materiale roślinnym zależy od wielu czynników (gatunku, części rośliny, zbioru, przechowywania, procedury ekstrakcji itp.).



Toksyczność alkaloidów pirolizydynowych

Obecnie zidentyfikowano ponad 500 związków chemicznych należących do grupy alkaloidów pirolizydynowych. Alkaloidy pirolizydynowe działają toksycznie i genotoksycznie, mogą powodować toksyczność ostrą, mutagenność, aberracje chromosomowe, tworzenie nieprawidłowych wiązań poprzecznych pomiędzy niciami DNA i wiązań DNA-białko oraz megalocytozę. Liczne badania na zwierzętach wykazały, że reaktywne metabolity 1,2-nienasyconych alkaloidów pirolizydynowych, takich jak riddelliny i retroryny, powstają pod wpływem enzymu CYP 3A4. Dane sugerują, że ten sam mechanizm zachodzi po podaniu doustnym; następuje uszkodzenie makromolekuł, w tym DNA. Należy podkreślić, że nienasycone AP są nietoksyczne przed aktywacją metaboliczną i dlatego są klasyfikowane jako protoksyny. Toksyczność alkaloidów zależy od ich metabolizowania w wątrobie. W wątrobie na skutek działania kompleksu enzymów cytochromu P450 najczęściej do alkaloidu przyłącza się grupa hydroksylowa. N-tlenki nie ulegają przekształceniu do hydroksypirolizydyn i są w takiej formie nietoksyczne dla człowieka. Spożyte

jednak ulegają redukcji przez enzymy jelitowe lub mikrosomy wątroby i zaczynają wykazywać działanie toksyczne. AP występujące w rodzinie Senecio uszkodzają wątrobę, powodując sieciowanie DNA. CYP3A4 to główny enzym zaangażowany w bioaktywację i detoksykację senecioniny w ludzkiej wątrobie. Pirololowe związki pośrednie wykazują wysoką reaktywność, co powoduje działanie cytotoksyczne i genotoksyczne. Stwierdzono, że AP są genotoksyczne w teście punktowym Wing Drosophila. Metabolity alkaloidów reagują z grupami SH zlokalizowanymi w glutationie czy cysteinie. Dlatego dieta bogata w glutation, taurynę, cysteinę i metioninę może obniżać toksyczność spożytych AP. Na zmianę toksyczności alkaloidów może także wpływać wzmaganie lub hamowanie aktywności cytochromu P450



przez leki. Toksyczność AP zależy również od czasu ekspozycji, dawki oraz podatności organizmu. Działanie AP w badaniach na zwierzętach doświadczalnych powodowało powstawanie guzów wątroby i zmian płucnych. Odnotowano także zatrucia u ludzi spowodowane przez AP. Analiza piśmiennictwa wskazuje, że większość zatruc u ludzi było spowodowanych albo stosowaniem surowców leczniczych zawierających AP, albo produktów spożywczych, w których obecne były rośliny zawierające AP. Obserwowano zatrucia w Indiach spowodowane stosowaniem herbat zawierających rośliny z gatunków *Crotalaria*, *Heliotropium*, *Symphytum* oraz *Senecio*. Odnotowano także duże ogniska zatruc, w tym zgony po spożyciu zbóż zanieczyszczonych nasionami z gatunku *Heliotropium* w Indiach, Rosji i Afganistanie.

Temat nie jest nowy

W dniu 8 listopada 2011 r. panel ds. zanieczyszczeń w łańcuchu żywnościowym („panel CONTAM”) Europejskiego Urzędu ds. Bezpieczeństwa Żywności (EFSA) opublikował opinię naukową w sprawie zagrożeń dla zdrowia publicznego związanych z obecnością alkaloidów pirolizydynowych w żywności i paszach. Panel CONTAM stwierdził, że 1,2-nienasycone alkaloidy pirolizydynowe mogą stanowić genotoksyczne czynniki rakotwórcze u ludzi oraz że istnieje potencjalne zagrożenie dla zdrowia dzieci, które spożywają duże ilości miodu. Poza miodem podejrzewano inne możliwe źródła narażenia z diety na alkaloidy pirolizydynowe, których to źródeł CONTAM nie był w stanie określić ilościowo z powodu braku danych. Pomimo że nie dysponowano danymi dotyczącymi występowania narażenia na alkaloidy pirolizydynowe z pyłku, herbaty, herbatki ziołowych i ziołowych suplementów diety, to zwrócono uwagę na potencjalne

ryzyko ostrych i przewlekłych skutków dla konsumenta ww. typów produktów.

W kwietniu 2013 r. EFSA opublikowała zaproszenie do składania wniosków, aby zbadać stężenia alkaloidów pirolizydynowych w produktach spożywczych pochodzenia zwierzęcego, w tym w mleku i przetworach mlecznych, jajach, mięsie i produktach mięsnych, a także w produktach spożywczych pochodzenia roślinnego, w tym w herbatach (ziołowych) i suplementach diety, w różnych regionach Europy. Wyniki badań opublikowano w dniu 3 sierpnia 2015 r. Dalej, w dniu 26 sierpnia 2016 r. EFSA opublikowała sprawozdanie naukowe na temat oceny narażenia na alkaloidy pirolizydynowe w populacji europejskiej. W sprawozdaniu stwierdzono, że w największym stopniu do narażenia ludzi na alkaloidy pirolizydynowe przyczyniają się herbata i herbatki ziołowe, a w znacznej części również suplementy na bazie pyłku. Stwierdzono, że narażenie na alkaloidy pirolizydynowe związane ze spożywaniem miodu jest niższe, a ziołowe suplementy diety mogą w znacznym stopniu przyczynić się do narażenia, ale brakuje wystarczających danych dotyczących występowania. W dniu 27 lipca 2017 r. EFSA wydała oświadczenie w sprawie zagrożeń dla zdrowia ludzi związanych z obecnością alkaloidów pirolizydynowych w miodzie, herbacie, herbatkach ziołowych i suplementach diety. Panel CONTAM ustanowił nowy punkt odniesienia wynoszący 237 µg/kg masy ciała dziennie w celu oceny rakotwórczych rodzajów ryzyka związanych z alkaloidami pirolizydynowymi i stwierdził, że narażenie na alkaloidy pirolizydynowe stanowi potencjalne zagrożenie dla zdrowia ludzi, zwłaszcza w przypadku osób spożywających często duże ilości herbaty i herbatki ziołowych w populacji ogólnej, ale w szczególności w młodszych grupach populacji.

Ryzyko, którego jesteśmy w stanie uniknąć

Obecność alkaloidów pirolizydynowych w tych rodzajach żywności może być zminimalizowana lub można jej zapobiec dzięki zastosowaniu dobrych praktyk rolniczych i dobrych praktyk podczas zbiorów. Ustalenie najwyższych dopuszczalnych poziomów zapewnia stosowanie we wszystkich regionach produkcji dobrych praktyk rolniczych i dobrych praktyk podczas zbiorów, aby zagwarantować wysoki poziom ochrony zdrowia ludzi. W okresie publikacji rozporządzenie Komisji (UE) 2020/2040 z dnia 11 grudnia 2020 r. zmieniające rozporządzenie (WE) nr 1881/2006, w niektórych regionach produkcji dobre praktyki rolnicze i dobre praktyki podczas zbiorów wprowadzono dopiero niedawno lub jeszcze ich nie wdrożono, zatem należało zapewnić rozsądny okres na wprowadzenie takich praktyk we wszystkich regionach produkcji. Pełne wdrożenie dobrych praktyk rolniczych i dobrych praktyk podczas zbiorów wymaga dwóch sezonów wegetacyjnych, żeby zapewnić podmiotom prowadzącym przedsiębiorstwa spożywcze wystarczające dostawy na potrzeby produkcji środków spożywczych, które będą spełniać nowe wymogi określone w niniejszym rozporządzeniu. Do tego biorąc pod uwagę, że okres trwałości środków spożywczych objętych niniejszym rozporządzeniem wynosi nawet



trzy lata, należy zapewnić znacząco długi okres przejściowy, aby środki spożywcze, które zostały zgodnie z prawem wprowadzone do obrotu przed datą rozpoczęcia stosowania niniejszego rozporządzenia, mogły wystarczająco długo pozostać w obrocie. Okres przejściowy wynoszący 18 miesięcy jest odpowiedni, aby umożliwić sprzedaż konsumentowi końcowemu produktów wyprodukowanych przed datą rozpoczęcia stosowania. Dlatego też środki spożywcze wymienione w załączniku do rozporządzenia, które zostaną zgodnie z prawem wprowadzone do obrotu przed dniem 1 lipca 2022 r., mogą pozostać w obrocie do dnia 31 grudnia 2023 r.

Nie zakaz, ale troska o zdrowie

Zanieczyszczenie żywności lub leków roślinami zawierającymi AP jest problemem, który wymagał rozwiązań prawnych. Wspomniane rozporządzenie nie zakazuje handlu ziołami, tylko wprowadza najwyższe dopuszczalne zawartości potencjalnie szkodliwej dla zdrowia substancji w 11 produktach wymienionych w załączniku. Są to m.in. herbaty, ziołowe herbatki, herbaty aromatyzowane, suplementy żywnościowe na bazie pyłku, suplementy diety zawierające składniki ziołowe, ogórecznik lekarski, lubczyk, majeranek i oregano (suszone) oraz mieszanki składające się wyłącznie z tych suszonych ziół. Rozporządzenie stosuje się już od dnia 1 lipca 2022 roku, a środki spożywcze wymienione w załączniku do rozporządzenia wprowadzone do obrotu przed 1 lipca 2022 mogą pozostać w obrocie do końca 2023 roku. ■



UKRAIŃCY ZWYCIĘŻAJĄ TEŻ W... SZPITALACH

Placówki zdrowia w Ukrainie przez 10 miesięcy wojny były atakowane ponad 700 razy. Wiele z nich zniszczono doszczętnie. Mimo to oraz faktu, że codziennie przybywają setki nowych rannych, poza linią frontu służba zdrowia daje sobie radę zaskakująco dobrze.



**A KRZYSZTOF
BOCZEK**

Dziennikarz, redaktor specjalizujący się
w tematach służby zdrowia oraz psychologii

Półmilionowy Mariupol był dużym ośrodkiem ze służbą zdrowia. Przed wojną. Ale miasto zostało tak szybko zrujnowane przez rosyjskich najeźdźców, że personel medyczny już w I połowie marca zaczął z niego masowo uciekać. W „Służbie Zdrowia” opisywaliśmy Nikołaja Grechowicza, na 1 roku specjalizacji na neurochirurgii, który zdołał uciec z Mariupola w trzecim tygodniu wojny, gdy w zbombardowanym szpitalu nr 2 brakowało już wody, leków, opatrunków. Autor niniejszego raportu rozmawiał jeszcze z dwoma innymi lekarzami z tego miasta. Aleksandr Mudryk, młody chirurg – onkolog – pracował w szpitalu nr 4. Po jego zbombardowaniu ratował życie mieszkańców w piwnicach przy świetle latarki. Wyjechał z miasta 24 marca, gdy już całkowicie zniszczono jego blok.

Lwia część personelu medycznego po ucieczce z piekła schroniła się we Lwowie, Dnieprze, Chmielnickim... Lekarki wywoziły dzieci do Polski. Pod koniec 2022 r. 30 z mariupolskich lekarzy zebralo się w Kijowie, by z niedobitków największego szpitala w obwodzie donieckim – nr 2 – stworzyć nową placówkę. Robią to wspólnie z trzydziestką specjalistów ze szpitala kardiologicznego w Kramatorsku – miasta kontrolowanego przez Ukrainę, też mocno bombardowanego. Nowa placówka, która ma powstać od zera, ma być formą ponownych narodzin dla tych lekarzy. W Mariupolu często zostawili wszystko. Pogrzebali przeszłość.

Na początku grudnia Ukraińskie Centrum Opieki Zdrowotnej ujawniło, że prawie 80%, tj. 82 ze 106 placówek medycznych w samym Mariupolu zostało poważnie uszkodzonych lub zniszczonych. Centrum dokonało tych obliczeń na podstawie analizy zdjęć satelitarnych i zeznań świadków.

Ukraina będzie musiała więc odbudować dziesiątki takich placówek tylko w Mariupolu. O setkach już można mówić w skali kraju.

715 udokumentowanych ataków

23 listopada ok. 2 w nocy w oddział położniczy szpitala w Wilniańsku (obwód zaporoski) uderzyła rakietą. Pierwsza. Zatrzęsło, posypał się tynk z sufitu, wyleciały okna. 37-letni Andrij Kozin, lekarz działu intensywnej terapii, nie zdążył zadzwonić do rodziny, by powiedzieć, że żyje. Bo chwilę potem uderzyła druga rakietą. Ta już zrównała 2-kondygnacyjny budynek z ziemią. Organizacja Human Rights Watch, która dokumentuje zbrodnie wojenne, w raporcie z tego wydarzenia opisuje to bardzo dokładnie. „Byłem pogrzebany pod ruinami. Moje ręce, nogi, głowa – wszystko przygniecione tak bardzo, że nie mogłem się ruszać. Pył wokół był nadal bardzo gorący – czułem moje poparzenia jeszcze bardziej. Jeśli ktoś jest w stanie sobie wyobrazić piekło, to to właśnie tak wyglądało” – opowiadał Andrij. Był jednym z 2 członków personelu, który mocno ucierpiał w tym ataku.

Po 2 godzinach strażacy wydobyli go spod gruzów. Bo żył i przez zwaly betonu i cegły, krzyczał do ratowników – to go uratowało.

Z 50 pacjentów, którzy w momencie ataku byli na oddziale, najbardziej tragiczna okazała się śmierć noworodka. Maria Kamianetska – matka – przeżyła atak, ale jej syn, Sergiej urodzony 2 dni wcześniej – już nie. Stał się jedną z najmłodszych ofiar rosyjskiej agresji na Ukrainę. Symbolem bestialstwa Rosjan.

Według raportu w placówkę uderzyły rosyjskie S-300 – to rakiety ziemia-powietrze, ale wykorzystywane też do uderzeń w naziemne obiekty. Jeśli dwie trafiły w ten sam budynek, to nie ma mowy o pomyłce – atak był ewidentnie celowy.

Trzy tygodnie potem Andrij Kozin nadal leżał w szpitalu. Miał 37% ciała poparzone – to od paliwa raketowego, które spłonęło. Co noc się budził. Około drugiej w nocy – dokładnie wtedy, gdy doszło do ataku.

Wilniańsk to tylko jedno z wielu miejsc ataków na placówki zdrowia. W grudniu 2022 r. WHO podała, że przez 10 miesięcy agresji rosyjskiej udokumentowano ich aż 715. Zginęło w nich 229 osób.

Mariupol i słynny atak na szpital położniczy jest najbardziej znanym przykładem. Ale tylko w tym mieście podobnych sytuacji można by mnożyć. Na przykład szpital nr 2 w Mariupolu – największy w regionie – ostrzeliwany był wielokrotnie w I połowie marca, gdy Rosjanie szturmowali miasto. Zniszczono częściowo 3 piętra budynku. Podobnie zrujnowane mogą być placówki w 70-tysięcznym Bachmucie – od 4 miesięcy to tam toczą się najbardziej krwawe i zacięte walki. Ale w ruinach są też okolice Izium czy północne dzielnice Charkowa (60% zniszczonych budynków!).

24 lutego w Wuhłedarze Rosjanie zbombardowali szpital rakietą balistyczną 9M79 Toczka. Wypełniono ją zakazaną przez Konwencję Genewską amunicją kasetową. Atak zabił 4 osoby, a 10 ranił, w tym 6 pracowników personelu medycznego. Zniszczył też budynek szpitala, sanitarki i auta cywilne przed placówką.

Trzy dni później – centralny szpital w Wołnowasze w obwodzie donieckim. Placówkę ostrzeliwano przez kolejnych kilka dni.

Przez pierwsze 10 dni wojny najeźdźcy wyeliminowali z użycia, częściowo lub całkowicie, aż 34 szpitale w całej Ukrainie. 13 marca UNICEF zażądał od Rosjan: Przestańcie bombardować szpitale! Najwięcej, bo aż 367, ataków na ośrodki zdrowia odnotowano w marcu (patrz wykres).

Gorzej niż w Syrii, 3,5 razy. Na razie

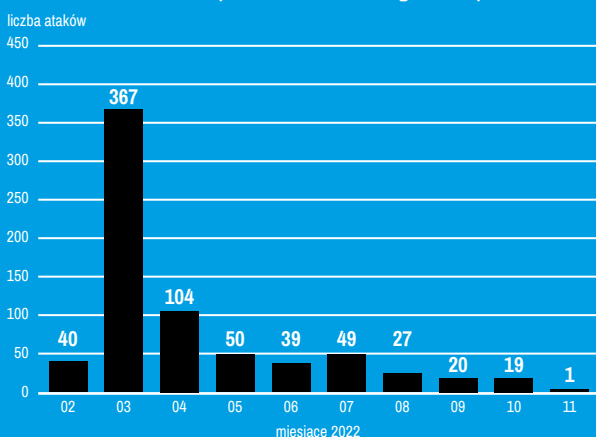
715 ataków w 10 miesięcy wojny, to rekord od czasów II wojny światowej. Dotychczas najbardziej intensywne ataki na placówki zdrowia były w Syrii. I to dopiero od 2015. Wtedy to Putin sprzymierzył się z rzeźnikiem Wschodu – dyktatorem Baszszarem al-Asadem – a bombardowanie szpitali stało się jedną z głównych strategii. To metoda stosowana przez Rosjan od 2014 roku i inwazji na Donbas – tam też to medycy byli bardzo pożądanym celem. Bo zabicie jednego lekarza, to jak zabicie 40–50 żołnierzy – tyłu umrze bez pomocy medycznej. Dodatkowo ludność cywilna i buntownicy pozbawieni pomocy medycznej szybciej tracą morale.

Tylko w ciągu 5 lat okrutnej wojny w Syrii (2016–2020), wg raportu Safeguarding Health in Conflict Coalition (SHCC – koalicji międzynarodowych organizacji pozarządowych działających na rzecz ochrony służby zdrowia), w tym kraju dokonano aż 1085 takich ataków. Czyli średnio po 217 rocznie. Tymczasem w Ukrainie mamy 3,5 razy więcej ataków i to w 10 miesięcy wojny!

Rakiety 9K720 Iskander ze względu na swoje zastosowanie nazywane są „zabójcami... szpitali” – w Ukrainie używane są prawie wyłącznie do ataków na cywilne cele, w tym właśnie na placówki zdrowia. Iskanderaми wystrzeliwanymi z Białorusi m.in. zbombardowano szpital w Żytomierzu.

Rosja jest na tyle dumna z tych ataków na objęte ochroną konwencji genewskiej placówki zdrowia, że chwalić się skutecznością Iskanderów, pokazywała nagrania z ataku nimi na... szpital w Aleppo.

Liczba ataków na ukraińskie placówki zdrowia od lutego do listopada 2022 roku



Tereny okupowane – dramat

Wołodimir Todosenko, urolog w szpitalu w Snihuriwce, w regionie mikołajowskim, opowiada, że gdy weszli w połowie marca Rosjanie, to w placówkę została tylko niewielka część personelu. Był ginekolog, specjalista wykonujący badania USG, traumatolog, terapeuta, psychiatra i dentysta. Nie było żadnego chirurga. „A codziennie przywozili nam rannych z szrapnelami. Pomagaliśmy im”. Częste były złamania, rany cięte, pogryzienia – hordy głodnych psów wałęsały się po okolicach. Zniszczono apteki w mieście, w szpitalu zostali tylko ciężko i przewlekłe chorzy. Skończyły się leki. Personel poszedł więc do Rosjan, prosząc o medykamenty. Ci chcieli ich listę. „Musieliśmy im ją sporządzać w sumie 10 razy, a z 86 rzeczy na niej dali nam tylko 16 podstawowych – bandaże, gazę, środki przeciwbólowe, strzykawki.. Pytałem się ich – jak mam tym leczyć nadciśnienie czy cukrzycę?” – opisuje Todosenko.

Na terenach, które były albo są pod okupacją rosyjską, jest najgorzej. Lekarze Bez Granic działają na obszarach już wyzwolonych przez Ukrainę i alarmują – służba zdrowia tam jest w ruinie.

Dosłownie i w przenośni.

Zwłaszcza na południowych terenach, tj. obwodów chersońskiego i mikołajewskiego. Bo tam przed planowaną ucieczką Rosjanie grabili, co się dało. – Zabierali też sprzęt ze szpitali. Opowiadała mi o tym lekarka – mówi Karolina Baca-Pogorzelska, dziennikarka, która była w wyzwolonym Chersoniu i regionie.

MSF podaje przykłady, jak źle tam było:

- przez 9 miesięcy mieszkańcy obwodów Chersonia i Mikołajowa pod okupacją rosyjską nie mieli dostępu do opieki zdrowotnej;
- apteki nie działały, nie było dostaw podstawowych leków;

Sytuacja szczególnie źle odbiła się na osobach starszych i przewlekłe chorych. Z powodu wielomiesięcznego braku leków i opieki zdrowotnej do teraz żyją w stresie, przerażeniu i z ogromnymi problemami psychicznymi. Wymagają terapii.

Przykład?

Nadia Pedchenko z mężem przeżyła 2 miesiące pod okupacją rosyjską w Wysokopillach. Uciekli piechotą, podczas silnego bombardowania. Gdy 15 października Ukraina wyzwoliła to miasto, powrócili. Ale mąż Nadi, przypuszczalnie ze stresu, doznał paraliżu. Mężczyzna powinien codziennie dostawać zastrzyki, ale oprócz sporadycznych wizyt nie ma tam opieki zdrowotnej. Nadia nauczyła się robić mężowi zastrzyki.

Ludmiła z Iwaniwki w obwodzie chersońskim opowiada, że w ich wsi w czasie okupacji był lekarz. Ale Rosjanin. Ludzie tak bali się pomocy z jego strony, że szli do niego tylko w bardzo poważnych stanach. Leków w tym czasie nie mogli dostać nawet chorzy na raka.

Obecnie MSF operuje w tych regionach mobilnymi klinikami i ambulansami, które docierają z pomocą medyczną do najbardziej potrzebujących.



Centrum kraju – jest dobrze

Jak wygląda sytuacja w pozostałej części kraju? Okazuje się, że nad wyraz dobrze.

Karolina Baca-Pogorzelska, polska dziennikarka, która od 10 marca, z małymi przerwami na powroty do domu (w sumie 2 miesiące) mieszka w Ukrainie i opisuje wojnę, obecnie żyje w Charkowie. Często też jeździ do przyfrontowych miejscowości na wschód i wyzwolone południe kraju.

– W Charkowie, Kijowie jest dostępność lekarzy. Super działa tu służba zdrowia. Nawet w bombardowanym non stop Bachmucie w piwnicach funkcjonuje prowizoryczny punkt medyczny – mówi Baca-Pogorzelska.

Oksana – wicedyrektorka jednego z kijowskich szpitali, która woli zostać anonimowa, też potwierdza, że w tych dużych miastach dostępność do opieki zdrowotnej jest dobra.

Nie brakuje im ani medykamentów, ani sprzętu, ani specjalistów. – Mamy u nas lekarzy z Mariupola, Kramatorska, Chersonia... Młode lekarki powywoziły swoje dzieci za granicę, np. do Polski i wróciły, dzięki czemu tutaj mogą pracować teraz więcej. Rehabilitanci, którzy już pracowali w Polsce, wrócili do kraju, bo tutaj są potrzebni. Jeśli brakuje nam jakichś specjalistów, to wymieniamy się z innymi placówkami w Kijowie – opisuje Oksana. Twierdzi, że jest znacznie lepiej niż na początku wojny, gdy nie byli przygotowani na taką liczbę rannych, z takimi problemami, a teraz już nauczyli się dawać sobie z tym radę.

Raz w tygodniu, do wszystkich szpitali Kijowa, pociąg z frontu przywozi rannych. – W tym tygodniu my dostaliśmy 80 nowych. Zazwyczaj są już zoperowani w Dnieprze, niektórzy z już amputowanymi nogami/ rękami, inni z otwartymi złamaniami czy już tylko do rehabilitacji – mówi wicedyrektorka. Twierdzi, że personel traktuje tych młodych chłopców jak swoje dzieci – kobiety gotują jedzenie w domach i przynoszą rannym do szpitala, by szybciej dochodzili do zdrowia.

Nie brakuje im na razie łóżek – szpital ma ich 500, z czego 80 przeznaczonych jest dla żołnierzy. Chorzy nie leżą na korytarzach. Jedyne czego im brak, to wózków inwalidzkich czy specjalnych krzeseł dla żołnierzy po amputacjach. – Niektórzy też nie potrafią się doleczyć – rehabilitacja u nas długo trwa. Są też operacje – np. chirurgiczne czy plastyczne – których tu w Kijowie nie potrafimy zrobić. Takich pacjentów wysyłamy za granicę. Leczą ich na Zachodzie – dodaje pani Oksana.



Żołnierz chce dobrą protezę, by... wrócić na front

Do jednego ze szpitali w Łucku – miasto blisko polskiej granicy – od jakichś 4 miesięcy też raz w tygodniu trafia transport rannych żołnierzy. Wszystko dzieje się w tajemnicy przed społeczeństwem – do wyładunku rannych używana jest stara, od lat nieczynna już stacja. Liczba rannych trafiających do tego szpitala, prawie tysiąc km od linii frontu, jest olbrzymia. – Dużo tych chłopaków, co tydzień 70 do 100 dostajemy. Ostatnio wielu spod Bachmutu, teraz tylko na chirurgii leży ich 15 – opisuje Oleg, lekarz, który też woli zostać anonimowym („proszą nas, by nie mówić o rannych, by ludzi nie dołować”). Też dostają już takich po operacjach ratujących życie w Dnieprze, po amputacjach, w stanach już ustabilizowanych. Ale zdjęcia, które podsyła Oleg, są makabryczne. Najwięcej jest amputacji, złamań, urazów kości. – Specjalistów nam wystarcza. Tylko z Mariupola mamy chirurga, internistę, anesteziologa i 2 pielęgniarki. Jedyne ortopedów jest za mało. Ci, co są, to pracują prawie non stop – tak wielu rannych wymaga ich opieki – dodaje Oleg. W Łucku ich zoperują, podlecą, wykonają co bardziej skomplikowane zabiegi i po kilku dniach wysyłają do powiatowych, by znów móc przyjąć kolejny transport rannych żołnierzy.

Ostatnio Oleg był w Rzeszowie z żołnierzem, który stracił nogę powyżej kolana. – Mamy protezy, ale wasze są znacznie lepsze. Tam takie z implantami w kości instalują, że chłopaki mogą potem w piłkę w nich grać – opisuje Oleg. Żołnierz, którego tam wiozł, nie chciał grać w piłkę. On chciał dobrą protezę, by... wrócić na front.

Po 3 tygodniach dostał zgodę od 3 ministerstw i mógł przejechać wreszcie granicę z Polską. Oleg przysłał film, na którym wojskowy pierwszy raz przechadza się z protezą z implantem w kości udowej. Nie wiadomo, kiedy będzie mógł wrócić na front.

– Bardzo dużo u nas jest i jeszcze więcej będzie tych chłopaków bez nóg – martwi się Oleg. On zdobywa prostezy dla ukraińskich żołnierzy w Polsce już od 2014 roku – gdy Rosja dokonała inwazji na Donbas.

Przez ostatnie kilka minut rozmowy Oleg dziękuje nam, Polakom. Za pomoc. – My to już teraz naprawdę bratnie narody – podkreśla.

Medykamentów mamy dostatek

Łuck przez długi czas od początku wojny zmagał się z brakiem leków i niektórych sprzętów medycznych, zwłaszcza worków na krew. Teraz, 10 miesięcy od rozpoczęcia inwazji, tak jak w centrum kraju, mają wszystkiego pod dostatkiem. Nawet rzeczy, których przed wojną nie mieli, np. aparaty do podciśnieniowego leczenia ran zakażonych.

A to zasługa pomocy humanitarnej, która nieprzerwanie płynie z całego świata zachodniego.

Przykłady?

- Organizacja Direct Relief wysłała na Ukrainę ponad tysiąc ton medykamentów wartych ponad 640 mln dol.!
- Przez 10 miesięcy WHO wysłało na Ukrainę ponad 2 tysiące ton medycznych produktów. Organizacja dostarcza także leki bezpośrednio indywidualnym Ukraińcom – w ostatnim czasie dotarli z taką pomocą do 10 tys. osób z Bachmutu, ukrywających się w tym mieście lub obwodzie donieckim. W Chersoniu, medyczne produkty oraz inne niezbędne środki do życia dostarczono 100 tys. mieszkańców. Szpitale w Dnieprze dostają generatory prądu.
- Project HOPE zaopatrzył 120 placówek zdrowia w 23 obwodach w leki i medyczny sprzęt czy wyposażenie szpitali (np. generatory), o wartości ponad 8,5 mln dol. Organizacja bierze udział w odbudowywaniu placówek zdrowia w regionie Czernichowa i Kijowa.
- MSF – prawdopodobnie najbardziej aktywny NGOs w pomocy medycznej w Ukrainie – dostarczył tam ponad 800 ton medycznych produktów medycznych. 2,6 tys. pacjentów ewakuował pociągami do placówek zdrowia dalej od frontu.

Zatrudniają setki osób personelu medycznego i wspierają bardzo silnie szpitale i ośrodki zdrowia w 21 miastach całej Ukrainy. MSF organizuje pracę na SOR-ach, w szpitalach położniczych, szkoli medyków lokalnych, wozi pacjentów swoimi ambulansami, rozdaje leki, wspiera

psychologicznie, organizuje terapie, schronienie, jedzenie, zbiórki dla uchodźców, ośrodki dla tych, którzy stracili kończyny na minach, leczą w mobilnych klinikach... Lista działań tej organizacji jest imponująco długa.

Co ciekawe, nawet w czasie wojny w Ukrainie generalnie nie brakuje lekarzy, choć ich liczba jest tylko niewiele większa (3 na 1 tys. mieszkańców) niż w Polsce (2,4 na 1 tys.), a znacznie niższa niż średnia unijna (3,8/ 1 tys.). Ale medycy tam działają w trybach znanych lekarzom na misjach gdzieś w Afryce – z potrzeby sytuacji stają się specjalistami we wszystkim. Iwan Koklow, lekarz na SOR-ze placówki MSF-u: „Spotkałem ostatnio kobietę, która była pediatrą przez całe swoje życie. Z powodu wojny musiała zostać kardiologiem, terapeutą, traumatologiem, resuscytatorem”.

10 mln Ukraińców zagrożonych mentalnymi dysfunkcjami

Szpital psychiatryczny w Charkowie, prawie pół roku działał na linii frontu. Zwłaszcza północne dzielnice miasta były do końca września notorycznie ostrzeliwane. Gdy wojna się zaczęła, w placówce tkwiło 400 pacjentów. We wrześniu było już ponad tysiąc!

Psychiatryk był też ostrzeliwany, w wyniku czego zginęło 4 pracowników personelu i 2 pacjentów. W tych warunkach wykarmienie takiej masy ludzi było piekielnie trudne. Gdy we wrześniu MSF podjął się ewakuacji 200 pacjentów do Kijowa, większość chorych wyglądała jak głodzona od miesięcy. Denis Babi, pielęgniarz pracujący dla MSF, opisywał: „Piekielnie wychudzeni, widać było im żebra i kości. Byli bardzo głodni. Gdy ich nakarmiłem, poprosili o jeszcze dwa talerze” – opisuje w raporcie MSF-u. Jednocześnie 277 pacjentów MSF wywiózł do innych placówek, nieco dalej od linii frontu. Dla osób chorych psychiatrycznie to niezwykle istotne. Przypadek Charkowa może być preludium tego, co będzie się działo w całym kraju. Bo w wyniku wojny w całej Ukrainie dramatycznie wzrosła liczba osób wymagających specjalistycznej opieki psychiatrycznej czy psychologicznej. WHO szacuje, że aż 10 mln Ukraińców grozi jakaś forma mentalnych dysfunkcji. A od października Rosja znów atakuje cały kraj rakietami – poczucie zagrożenia w społeczeństwie wrosło.

Oksana Chodorkowska, psycholog MSF-u, mówi: Większość ludzi cierpi na rozdrażnienia, napięcia, problemy z sennością, nerwowość....

Pracownicy MSF-u pomagają ludziom w szpitalach, w ich domach, a nawet na ulicach. Wszędzie ta pomoc jest potrzebna. ■



BÓL GŁOWY U DZIECI NIEDOCENIANY PROBLEM

A ANNA
JAROSZ

Paluszek i główka to szkolna wymówka. Każdy zna to powiedzenie. Bywa używane w różnych kontekstach, ale najczęściej jest komentarzem do sytuacji, gdy dziecko skarży się na ból głowy i z tego powodu nie chce iść do szkoły lub wykonać jakiegoś polecenia rodzica. A może jest tak, że nie doceniamy problemu, którym są bóle głowy u dzieci?

Bóle głowy to dolegliwość bardzo powszechna we wszystkich grupach wiekowych. Być może ta „powszechność” przypadłości sprawia, że patrzymy na nią z przymrużeniem oka, bagatelizujemy i nie zawsze staramy się odkryć przyczyny bólu głowy u dziecka. Tymczasem badania pokazują, że aż 60% dzieci doświadcza bólu głowy, a część z nich z tego powodu jest hospitalizowana.

To nie nerwica

– Rocznie 5% naszych pacjentów trafia do szpitala z powodu bólu głowy – mówi prof. dr hab. n. med. Ewa Pilar-ska, neurolog dziecięcy z Kliniki Neurologii Rozwojowej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. – Przyczyny bólu głowy u dzieci są bardzo różne. Część to bóle objawowe, które wynikają z konkretnej choroby. Bólem głowy mogą się objawiać nie tylko schorzenia neurologiczne, ale także schorzenia laryngologiczne, okulistyczne czy pourazowe. Bóle objawowe stanowią 10% wszystkich bólów głowy. Oddzielną grupą są bóle samoistne, które nie mają związku z chorobą czy uszkodzeniem mózgu. 10% samoistnych bólów głowy ma związek z migreną, a pozostałą, znaczącą część, stanowią bóle typu napięciowego. Wachlarz

przyczyn napięciowych bólów głowy jest bardzo szeroki i dlatego jest to poważny problem diagnostyczny. Badania neuroobrazowe, które wykonujemy u dzieci nie wykazują żadnych nieprawidłowości.

Rodzice dość często uważają, że ból głowy u dziecka to nerwica. Lekarze mówią o psychogennych przyczynach bólu głowy, które nie zawsze można łatwo rozpoznać. Małe dzieci zwykle nie potrafią określić, jakiego rodzaju bólu doświadczają. Rodzice zaś nie zawsze są na tyle uważni, aby odpowiedzieć specjalistom, w jakich sytuacjach ból się pojawia. Łatwiej się rozmawia ze starszymi dziećmi czy nastolatkami, bo oni dokładnie opisują swoje dolegliwości.

Lepiej być uważnym

– Ból głowy, niezależnie od tego, czy jest on samoistny, czy objawowy, nie występuje bez przyczyny – podkreśla prof. Pilarska. – Każdy ból głowy, który zgłasza dziecko, powinien zainteresować rodzica. Szczególnej troski wymaga sytuacja, gdy bólowi głowy u dziecka towarzyszy np. zmiana zachowania, nudności, wymioty, niechęć do aktywności. Dla prawidłowego postawienia diagnozy ogromne znaczenie ma czas występowania bólu. Jeśli pojawia się on w nocy, wybudza dziecko ze snu, u rodzica powinna zapalić się lampka ostrzegawcza. Podobnie gdy ból pojawia się rano, występuje razem z wymiotami, które nie mają związku ze spożytym jedzeniem.

Dla prawidłowego rozpoznania przyczyn bólu głowy niezwykle ważny jest starannie zebrany wywiad, zarówno od rodziców czy opiekunów, jak i samego dziecka. Znaczenie ma lokalizacja bólu, jego nasilenie, jaki jest rodzaj bólu (tępy, pulsujący czy opasujący), czy wraz z bólem pojawiają się inne dolegliwości, np. zaburzenia widzenia, zaburzenia czucia, osłabienie kończyn, zaburzenia mowy, niechęć do jedzenia. Bardzo ważną wskazówką jest informacja o nietolerancji hałasu czy światła. Istotne jest i to,



w jakich sytuacjach pojawia się ból, co go prowokuje, czy dziecko przyjmuje jakieś leki. Niedocenianym czynnikiem wywołującym ból głowy u dziecka jest sytuacja rodzinna, sytuacja społeczna czy warunki, w jakich wychowuje się dziecko.

Krzywa rośnie z wiekiem

Częstość występowania bólów głowy nasila się wraz z wiekiem. Napięciowe bóle głowy pojawiają się w 6–7. roku życia, a nasilają się około 12. roku życia. Częściej u dziewczynek niż u chłopców.

– Nieco inaczej jest przy migrenie – wyjaśnia profesor. – W 6–7. roku życia ból częściej występuje u chłopców. Później sytuacja się zmienia i ból migrenowy częściej pojawia się u dziewczynek. Atak migreny u dziecka może trwać od 2. do 72. godzin. Według międzynarodowej klasyfikacji bólów głowy, a taką się posługujemy, migrenowy ból głowy u dorosłych może trwać od 4. do 72. godzin.

Rzadko podkreśla się fakt, że powtarzające się bóle głowy dezorganizują życie dziecka. Silny ból głowy uniemożliwia pójście do szkoły. Gdy atak minie, organizm jest wyczerpany i potrzebuje czasu na regenerację, co także przekłada się na pomijanie codziennych aktywności. Inaczej mówiąc, nad wszystkim dominuje przejmujące zmęczenie.

Po nitce do kłębka

– Przy objawowym bólu głowy ból pojawia się z powodu konkretnej przyczyny – mówi prof. Ewa Pilarska. – Jeżeli dziecko ma wadę wzroku, która objawia się bólem głowy, dobranie odpowiednich okularów sprawi, że ból nie będzie występował. Podobnie jest przy schorzeniach laryngologicznych. Gdy dziecko ma ostre zapalenie zatok, które uda się skutecznie wyleczyć, bóle głowy ustąpią.

Przy napięciowych bólach głowy postawienie prawidłowej diagnozy i ustalenie przyczyny bólu nie jest takie proste, bo jest ich bardzo dużo. Ból może być wywołany przez stres. Dzieci, które trafiają do kliniki skarżą się na przeciążenie obowiązkami szkolnymi. Powszechne dążenie do bycia najlepszym, nastawienie na sukces to sytuacje, które młodego człowieka mogą przerastać. Nasi pacjenci często żyją w lęku przed niezadowolaniem rodziców z otrzymanej oceny, obawiają się krytyki, że nie dość się starali. Jeżeli na to nałoży się trudna sytuacja rodzinna, bo np. rodzice są w trakcie rozwodu, kondycja psychiczna dziecka bardzo na tym cierpi. Efektem mogą być bóle głowy. Warto też zwrócić uwagę na ból spowodowany lękiem dzieci przed odrzuceniem przez rówie-



śników. Żyjemy w dość drapieżnych czasach, w których, zwłaszcza młodzież i starsze dzieci, oceniają się powierzchownie. Większe znaczenie dla akceptacji rówieśniczej ma to, jakiej marki buty ktoś nosi niż jego zdolności czy wiedza.

Napięciowe bóle głowy często są prowokowane przez nadmiar zajęć. Nauka języków, tenis, jazda konna. Krótko mówiąc, dziecko może być przeciążone obowiązkami, które nałożyli na niego rodzice. Efektem takiego dążenia do doskonałości są zaburzenia snu, rozdrażnienie. Jeżeli na to nałożymy zmiany ciśnienia atmosferycznego, na które dzieci reagują tak samo jak dorośli, życie w hałasie, w ciągłym pośpiechu i złą dietę – ból głowy gwarantowany. Aby uwolnić dziecko od dolegliwości, w większości przypadków konieczna jest pomoc psychologa lub psychiatry. Z pomocy psychologa korzystać powinni nie tylko dzieci, ale i rodzice czy opiekunowie.

Od lekceważenia do przerażenia

Rodzice dzieci, które cierpią z powodu bólu głowy, zawsze obawiają się diagnozy. Nikt nie chce usłyszeć – to guz mózgu. Objawy guza mózgu – nowotworu ośrodkowego układu nerwowego (OUN) – są różnorodne i zależą przede wszystkim od umiejscowienia i lokalizacji ogniska choroby oraz charakteru guza. Jednym z objawów nowotworu jest ból głowy, nasilony w porannych godzinach.

– Z doświadczenia wiem, że są rodzice, którzy myśląc o bólu głowy u dziecka, snują najczarniejsze scenariusze – mówi prof. Pilarska. – Ale są i tacy, którzy bagatelizują bóle głowy u dziecka. Kiedy w mózgu rozwija się guz, bóle głowy nie występują stale. Ale gdy pojawi się np. infekcja i wzrasta ciśnienie śródczaszkowe, ból się nasila. Niektórzy rodzice usprawiedliwiają ból głowy infekcją, bo przecież dziecko ma katar, jest przeziębione, więc i głowa ma prawo boleć. Jeśli dziecko zмага się z porannymi wymiotami, tłumaczą je stresem związanym z pójściem do szkoły, z fobią szkolną. Zwykle odrzuca się poważne przyczyny bólu głowy.

Uważam, że każde dziecko, które cierpi na bóle głowy, powinno być nie tylko pod opieką pediatry, ale przynajmniej raz trafić do neurologa dziecięcego, który po zebnaniu wywiadu i wykonaniu badań neurologicznych i neuroobrazowych wykluczy organiczne przyczyny bólów głowy. Poza tym w procesie diagnozowania bólów głowy warto prowadzić dzienniczek bólów głowy, w którym zapisujemy, kiedy ból się pojawił, jaki miał charakter, czym był wywołany. Dzienniczek ułatwia nie tylko postawienie prawidłowej diagnozy, ale także pozwala lepiej panować nad skutecznością leczenia. Daje wiedzę o ewentualnym nadużywaniu leków, pozwala określić typ bólu głowy.

W ostatnich latach dokonał się ogromny postęp w leczeniu migreny u dorosłych. Wprowadzenie do leczenia tryptanów znacznie poprawiło komfort życia dorosłych cierpiących na migreny. Dla dzieci ta terapia nie jest dostępna i zazwyczaj stosuje się niesteroidowe leki przeciwzapalne.

– Badania prowadzone na świecie pokazują, że tryptany można stosować u dzieci, ale w Polsce są one dostępne dopiero od 18. roku życia – wyjaśnia prof. Ewa Pilarska. – Przy napięciowych bólach głowy, zwłaszcza gdy są uporczywe, stosuje się też ogólnie dostępne niesteroidowe leki przeciwzapalne. Nie ma specjalnych leków na bóle głowy tylko dla dzieci. W walce z bólami głowy u dzieci najważniejsze jest znalezienie przyczyny bólu. Nie należy się obawiać, przekazania rodzicom informacji, że dziecko cierpi na napięciowy ból głowy. Praktyka podpowiada, że po postawieniu takiej diagnozy rodzice uspokajają się i często rezygnują z dalszej diagnostyki, bo dziecko ma prawidłowy obraz mózgu w rezonansie magnetycznym. Tymczasem dla dziecka problem nadal istnieje, bo ból głowy nie mija. A nie mija, bo nadal występują czynniki wyzwalające ból głowy. Rodzice niechętnie przyjmują informacje, że cierpienie dziecka ma związek ze stresem, w którym żyje czy też sytuacjami konfliktowymi w rodzinie.

W literaturze fachowej coraz częściej zwraca się uwagę na fakt, że bóle głowy u dzieci (także u dorosłych) mogą być objawem, często jedynym, depresji, która przecież nie omija dzieci i młodzieży – kontynuuje prof. Pilarska. – Ale, tu kamyczek do ogródka rodziców, wielu rodziców odrzuca myśl o tym, że ich dziecko może mieć depresję. W gabinecie często słyszę – przecież on wszystko ma, więc skąd depresja. Tłumaczę wtedy, że nie chodzi o posiadanie kolejnych rzeczy, ale o wyrównanie, uspokojenie emocji. A do tego jest potrzebna pomoc psychologa nie tylko dla dziecka, ale często dla całej rodziny. Niestety, zwykle trudno namówić rodziny na terapię, bo wciąż potakuje przekonanie, że wizyta u psychologa czy psychiatry to wielki wstyd. ■



A mgr farm. JUSTYNA
GRZECHOCIŃSKA

RZECZPOSPOLITA BEZZĘBNA

Polski trzylatek statystycznie ma aż trzy zepsute zęby. Sześciolatki mają próchnicę częściej niż ich rówieśnicy w Ugandzie i Wietnamie. Na fotelu dentystycznym ani razu w swoim życiu nie usiadł co dziesiąty siedmiolatek. Statystyki dotyczące starszych napawają grozą: 92 proc. nastolatków i 99 proc. dorosłych ma próchnicę. Przeciętny Polak idzie do dentysty wtedy, gdy nie jest w stanie wytrzymać bólu i jest mu już wszystko jedno, gdzie trafi.

3,8 miliona Polaków w ogóle nie myje zębów, a 800 tysięcy nie ma nawet własnej szczoteczki. 1 na 10 Polaków między 18. a 40. r.ż. nie używa pasty do zębów. Higiena jamy ustnej Polaków jest bardzo, ale to bardzo podstawowa, o ile w ogóle jest. Przeważa zwykła szczoteczka, często używana niewłaściwie oraz nieraz przypadkowo dobrana pasta, kupiona pod wpływem reklamy czy promocji w sklepie. I na tym najczęściej koniec. Tylko połowa Polaków w wieku od 18 do 40 lat sięga po specjalne płyny do płukania ust, a 30% korzysta z nici dentystycznej, przy czym w grupie 18-24 jest to zaledwie co czwarta osoba. Na dodatek co piątego obywatela po prostu nie stać na dentystę. Te 7 mld złotych, które wydajemy co roku na leczenie zębów, trafia głównie do gabinetów prywatnych. Na NFZ nie ma co liczyć. Leczenie stomatolo-

giczne w 2023 r. pochłonie 2,697 mld zł (2,122 mld zł w 2022 r.). Niemniej udział wydatków NFZ na stomatologię w nakładach ogółem na leczenie spada od 2008 r. (4,4 proc.). W 2023 r. wyniesie ma 1,87 proc. Zadziwiające jest też to, jakie świadczenia są refundowane.

– Jeśli więc komuś zepsuje się trzonowiec, to nie może liczyć na leczenie kanałowe w ramach NFZ. Fundusz płaci bowiem jedynie za naprawę zębów od jedyńki do trójki. Można więc trzonowca za darmo wyrwać albo zapłacić za leczenie kanałowe z własnej kieszeni. Efekt? W Polsce już 40-latkowie noszą protezy, a prawie połowa obywateli po 65. roku życia jest całkowicie bezzębna. Możliwe, że mentalnie nie wyszliśmy jeszcze z PRL, w którym uśmiech bez górnej jedyńki demokratycznie zrównywał ze sobą robotników, naukowców i dygnitarzy

partyjnych. Na szczęście to się powoli zmienia, dziś przecież nie ma bezzębnych menedżerów i docentów. Podstawą profilaktyki jest higiena, dieta oraz usuwanie, co najmniej raz na pół roku, osadu i kamienia nazębnego. NFZ refunduje taki zabieg tylko raz w roku.

Polacy boją się dentysty

Z jakiegoś powodu Polacy wciąż zamiast zapobiegać, wolą leczyć. Większość schorzeń, które obecnie obserwujemy to konsekwencje zaniedbań związanych z podstawową higieną i profilaktyką, ale także niewiedzy o tym, jak dbać o zęby. Niechęć wynika także z negatywnych doświadczeń u dentysty. Znaczna część pacjentów, niestety, doznała nieprzyjemności w fotelu, co skutkuje stresem i strachem przed leczeniem. Dotychczasowe pokolenia dorosłych Polaków zostały

przeciągnięte po PRL-owskich gabinetach, gdzie żadne procedury typu zapytanie rodzica o zgodę na przeprowadzenie zabiegu nie wchodziły w grę. Brało się ucznia i borowało zęby wiertłem wolnoobrotowym na pedał, które co chwilę się zacinało. Znieczulenie samo w sobie było bolesne. Sceny rodem z wizyty Adasia Miałczyńskiego u stomatologa w filmie „Nic śmiesznego” dość dobrze oddają dawny czar gabinetu. Zapach eugenolu w gabinecie dentystycznym pozostawał w przykrych wspomnieniach. Dlatego Polacy wolą się leczyć, niż zapobiegać. Skutki tego widać. Aż 42% Polaków w wieku

od 18 do 40 lat nie jest zadowolonych z tego, jak wygląda ich uśmiech. 45% negatywnie ocenia stan zdrowia swoich zębów, a 53% stan dziąseł. 58% nie podoba się kolor zębów. Co szczególnie niepokojące, także osoby z najmłodszej grupy, tj. 18-24 lat, negatywnie oceniają swoje zęby. Zresztą skutki braku profilaktyki widać w jeszcze jednym. Dziś aż 67% wizyt u dentysty osób w wieku od 18 do 40 lat wiąże się z leczeniem próchnicy, w tym z założeniem wypełnienia. W grupie najmłodszej, tj. 18-24 lat, odsetek ten wynosi aż 55%. Co trzeci pacjent natomiast kierowany jest na profesjonalną higienizację, czyli scaling i piaskowanie, której celem jest usunięcie kamienia oraz miękkich osadów nazębnych. U co czwartego konieczna jest ekstrakcja. Tak wysoki wskaźnik obserwuje się także wśród osób 18-24 lat – (dane na podstawie badań ARC Rynek i Opinia.)

Pandemia nadgryzła Polakom zęby

Wybuch globalnej pandemii powstrzymał wiele osób przed leczeniem zębów. Tylko w 2020 roku blisko połowa mieszkańców Polski w wieku od 18 do 60 lat nie wybrała się do dentysty, pomimo jasnych wskazań, takich jak ból, stan zapalny czy niedokończzone leczenie. W okresie pierwszego lockdownu, a także w kolejnych miesiącach 2020 roku aż 41% osób potrzebujących dentysty nie skorzystało z jego pomocy.

W efekcie Polacy często do dentysty zaglądają za późno i to dopiero, gdy pojawia się silny ból lub inne powikłania. Ogrom pracy mają także leczące nagłe przypadki pogotowia stomatologicznego. Tu pacjenci zgłaszają się nieraz z rozległą infekcją czy postępującym stanem zapalnym. Powód ten sam – odkładane miesiącami leczenie z powodu

obaw przed koronawirusem. Koronawirus to też swego rodzaju wymówka, bo aż 43% Polaków niezależnie od COVID-19 deklarowało w 2020 roku, że przed leczeniem powstrzymuje ich strach i lęk przed dentystą.

Chociaż w ostatnich latach stan zdrowia populacji w Polsce nieco się poprawiał, istnieje obawa, że pandemia wyhamowała ten pozytywny trend. Obecnie znacznie częściej lekarze obserwują np. rozwinięte stany zapalne, powikłania poinfekcyjne, w tym ropnie czy rozległe ubytki, np. złamania zęba, będące efektem zaniechania leczenia próchnicy. Pacjent, który



dziś trafia do gabinetu dentystycznego, często po wielokrotnie odwoływanych wizytach, musi spędzić u stomatologa znacznie więcej czasu, niż gdyby przyszedł już przy pierwszych objawach. Wielu pacjentów wymaga także szerszej diagnostyki obrazowej. Ucierpiała też profilaktyka próchnicy, a także profilaktyka nowotworów jamy ustnej, które nieraz wykrywane są podczas rutynowych przeglądów.

Zęby są ważne dla zdrowia i urody

Polacy wstydzą się swoich zębów, uśmiechając się półgębkiem, nie otwierają szeroko ust. Uśmiech odgrywa bardzo ważną rolę, kiedy poznajemy nową osobę, patrzymy na jej zęby, nawet bezwiednie. Widzimy, jakie są i oceniamy człowieka. Trudno sobie wyobrazić lekarza, który błyska dziurą po trójce. Od razu człowiek myśli, że skoro nie dba o siebie, to o pacjenta też nie będzie dbał.

To nie tylko kwestia wyglądu, wymowy i komfortu życia, ale również szeroko rozumianego zdrowia. Eksperci są zgodni co do tego, że istnieje związek pomiędzy chorobami przyzębia i próchnicą, a występowaniem przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, przewlekłej choroby nerek, reumatoidalnego zapalenia stawów, zaburzeń poznawczych, zespołu metabolicznego, choroby wrzodowej oraz niektórych chorób nowotworowych. Dostęp do tej wiedzy nie jest być może powszechny, ale dostęp do szczoteczek, past i innych produktów oraz gabinetów stomatologicznych już tak. Niestety Polacy lekceważą profilaktykę stomatologiczną. Przyczyniają się do tego wysokie ceny usług, dentofobia i brak świadomości, że utrata zębów oznacza poważne konsekwencje zdrowotne dla całego organizmu.

W jamie ustnej bytuje około 300 gatunków bakterii, ale naprawdę niebezpieczne dla zębów są te rozkładające cukry. Gatunkiem, który jest szczególnie odpowiedzialny za próchnicę jest *Streptococcus mutans*. To one tworzą płytkę nazębną, która przylega do szkliwa. Najlepszą pożywką dla nich są słodkie pokarmy i napoje. W wyniku wywołanych przez nie procesów chemicznych obniża się pH przez co szkliwo zęba staje się porowate. Początkowo próchnica to tylko biała plamka, nabierająca z czasem ciemnej barwy pod wpływem barwników znajdujących się w jedzeniu. Ból pojawia się znacznie później, dopiero gdy choroba zaatakuję miazgę zęba. Aby go uratować, konieczne jest leczenie kanałowe, choć nie zawsze przyniesie ono pożądany skutek. Czasem jedynym sposobem na pozbycie się chorego zęba jest ekstrakcja. Kolejnym zagrożeniem dla zdrowia jest zapalenie przyzębia, czyli pa-



rodontoza. Jest to wieloczynnikowa, bakteryjna choroba zapalna tkanek dziąsła, która może doprowadzić do utraty zęba, a ostatecznie do zaburzeń narządu żucia. Przyczyną są bakterie: *Porphyromonas gingivalis*, *Tannerella forsythia* i *Treponema denticola*, wszystkie bytują w chorych kieszonkach zębów. Do ich namnażania dochodzi podczas jedzenia albo żucia gumy. W ten sposób trafiają one dalej do innych narządów. Są również dowody łączące zapalenie przyzębia z wewnątrzszpitalnymi zapaleniami płuc. Szczególną uwagę do higieny jamy ustnej powinny przywiązywać osoby chore na cukrzycę. U diabetyków częściej zdarzają się zmiany chorobowe w jamie ustnej, takie jak próchnica czy stany zapalne dziąseł. Badania pokazują również, że zapalenie przyzębia negatywnie wpływa na kontrolę glikemii w cukrzycy oraz poziom cukru we krwi u pacjentów, którzy nie chorują na cukrzycę. U chorych na tę chorobę, którzy nie dbają o stan jamy ustnej częściej dochodzi do powikłań. Dlatego jeżeli pacjent już zachorował na cukrzycę, a ma zepsute zęby, to jednocześnie trzeba leczyć oba schorzenia, na co uwagę powinien zwrócić lekarz. Warto też wiedzieć, że zapalenie przyzębia powoduje wnikanie bakterii do krwiobiegu. Stan zapalny sprzyja narastaniu płytek miażdżycowych, co konsekwencji może przyczynić się do zawału czy udaru mózgu. Raport Europejskiej Federacji Periodontologicznej potwierdza obecność bakterii z jamy ustnej w płytkach miażdżycowych. Z badań klinicznych wynika również, że nieleczone stany zapalne i choroby zębów zwiększają ryzyko przedwczesnego porodu. Powodem może być zwiększony przepływ krwi w dziąsłach. Wykazano również związek niskiej masy urodzeniowej dziecka z obecnością stanu zapalnego w jamie ustnej. Wśród kobiet w ciąży utarło się przekonanie, że wizyta u dentysty może zaszkodzić ich dziecku. ■



NEONATOLOGIA SPECJALIZACJA HOLISTYCZNA

A RENATA
FURMAN

O specyfice specjalizacji, którą jest neonatologia, z dr n. med. Beata Pawlus, lekarz kierującą Oddziałem Neonatologii w Szpitalu Specjalistycznym im. Świętej Rodziny w Warszawie oraz konsultant województwa mazowieckiego w dziedzinie neonatologii rozmawia red. Renata Furman.

Renata Furman: Neonatologią zajmują się lekarze specjalizujący się w opiece nad noworodkami. Noworodki mogą stanowić wyjątkowy zestaw wyzwań zdrowotnych, które wymagają wysokiego poziomu umiejętności i specjalistycznej wiedzy medycznej. Dotyczy to zwłaszcza wcześniaków. Uważa się, że neonatologia to prawdziwie holistyczna dziedzina. Dlaczego?

Beata Pawlus: Ostatnie dwadzieścia lat to rozwój medycyny w kierunku bardzo wąskich specjalizacji. Dotyczy to takich, które były wcześniej uznawane za całościowe, jak np. otolaryngologia, gdzie mamy specjalistów zajmujących się foniatrią i audiologią, czy specjalizujących się bardziej w chorobach nosogardła lub krtani. Podobnie możemy zauważyć podział np. w ortopedii. Są lekarze, którzy zajmują się głównie leczeniem stawów biodrowych, inni stawów kolanowych itd. Także najbardziej niegdyś holistyczna specjalizacja, która uchodziła za królową nauk medycznych, a mam na myśli nie chirurgię, ale

internę, także się podzieliła. Kiedyś lekarze tej specjalności byli w stanie wszystkie problemy pacjenta połączyć ze sobą. Teraz, zresztą od wielu już lat, interna dzieli się na podspecjalności, takie jak: gastrologia, endokrynologia, kardiologia, nefrologia. Wyodrębniamy w internie podspecjalności dotyczące wręcz jednej choroby, np. cukrzycy (diabetologia), nadciśnienia (hypertensjologia). Natomiast neonatologia, która wyodrębniła się z pediatrii kilkadziesiąt lat temu (na świecie są to lata siedemdziesiąte, osiemdziesiąte), a w Polsce przełom lat osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych, jest specjalnością, która zajmuje się człowiekiem jako całością. Oczywiście w dobie rozwoju medycyny i techniki medycznej nie jesteśmy, jako neonatolodzy, całkiem samowystarczalni. Z neonatologiem współpracuje wiele osób, są to nie tylko lekarze, ale także przedstawiciele innych zawodów medycznych i pozamedycznych.

Neonatologia zajmuje się człowiekiem w wyjątkowym okresie, kiedy startuje on w życie. Jeśli ten start jest zaburzony porodem przedwczesnym czy bardzo nieprawidłową ciążą, odbiega od tego, jak zaplanowała to natura. Pomoc neonatologów jest wówczas niezbędna. Neonatolog w pewnym sensie jest trochę anestezjologiem, bo zajmuje się ratowaniem życia pacjenta od pierwszych chwil. Podejmuje działania resuscytacyjne, intubuje, prowadzi tzw. leczenie oddechowe – wentylację nieinwazyjną i inwazyjną, wykonuje drobne zabiegi, np. zakłada dojścia

centralne, prowadzi drenaż opłucnej, czyli wszystko, co dotyczy leczenia takiego małego pacjenta, robione jest rękami neonatologa. Jednym z elementów pozwalających, żeby pacjent mógł przeżyć, jest stworzenie mu warunków podobnych jak wewnątrzmaciczne, w łonie mamy. Zapewniamy wcześniakowi stabilną temperaturę i wilgotność w inkubatorze, ograniczamy bodźce słuchowe i dotykowe. Musimy mu ustabilizować nie tylko oddychanie, ale także wydolne hemodynamiczne krążenie, a więc w pewnym sensie działamy podobnie jak anestezjolog u dorosłych w intensywnej terapii. Zajmujemy się też żywieniem pacjenta. Dla wcześniaka czy noworodka ciężko chorego żywienie jest bardzo ważnym elementem leczenia. Prowadzimy więc żywienie pozajelitowe i bardzo precyzyjne żywienie dojelitowe, przy czym zwracamy uwagę i na objętości, i na skład podawanego pokarmu, po to, żeby wcześniakowi zapewnić prawidłowe wzrastanie i dalszy rozwój. Od tego jak intensywnie będziemy go leczyć i żywić, zależeć będzie, jaką mu damy szansę na dalszy rozwój.

Musimy naszego pacjenta oceniać także neurologicznie, obserwować i reagować na jego charakterystyczne zaburzenia neurologiczne związane z samym wcześniactwem, ale także obserwować postęp rozwoju w kolejnych etapach życia pacjenta. Neonatolodzy zazwyczaj monitorują rozwój dziecka, które urodziło się przedwcześnie czy z problemami okołoporodowymi, nawet do końca trzeciego roku życia. To, co dzieje się z dzieckiem w pierwszych latach życia, jest w dużej mierze konsekwencją postępowania neonatologicznego.

Dosyć mocno, jako neonatolodzy, wkroczyliśmy też na ścieżkę diagnostyczną. Od wielu już lat samodzielnie wykonujemy wiele badań. Mam na myśli ultrasonografię – robimy sami USG głowy, brzucha, także płuc. Głowica ultrasonografu coraz bardziej służy nam tak jak dawniej słuchawka stetoskopu. Staramy się być jak najbardziej samowystarczalni, ale oczywiście w trudnych sytuacjach korzystamy z pomocy naszych kolegów radiologów dziecięcych. Oni pomagają nam również oceniać zdjęcia radiologiczne w zakresie klasycznej radiologii, choć i tu nasze doświadczenie pozwala nam bardzo często na samodzielną ocenę zdjęć. Już wiele lat temu koledzy kardiologowie opracowali dla nas kursy przesiewowego badania serca, dzięki czemu oceniamy ultrasonograficznie serca noworodków, wykonując ECHO i dopiero w trudnych do oceny przypadkach prosimy o pomoc kardiologów dziecięcych. Ale w wielu rutynowych sytuacjach robimy to sami. Często neonatolodzy oglądają więcej serc noworodków niż kardiologowie dziecięcy, którzy oceniają serca dzieci w różnym wieku i na różnym etapie rozwoju. Nasz pacjent zazwyczaj jest małeńki, więc posługujemy





się sprzętem, który jest dostosowany do jego rozmiarów. Mamy więc dużą wprawę w cewnikowaniu drobnych naczyń, intubowaniu pacjentów ważących kilkaset gramów lub nieco ponad kilogram, czy wykonywaniu innych precyzyjnych zabiegów u tak małego człowieka.

Dużą część naszego zawodu stanowi profilaktyka, która w przypadku neonatologii także ma charakter holistyczny i wpływa na zdrowotność populacji w przyszłości. Mam na myśli szereg działań profilaktycznych, które są poświęcone okresowi noworodkowemu, jak na przykład profilaktyka zakażeń przedniego odcinka oka (zabieg Credego), profilaktyczne podanie witaminy K, testy przesiewowe, które służą wykryciu wad serca czy wrodzonych błędów metabolizmu. Realizujemy szczepienia od pierwszej doby życia, wpływając w ten sposób na odporność populacji, na to, jak w przyszłości kształtuje się odpowiedź na choroby zakaźne. Zajmujemy się także leczeniem infekcji, bo część porodów przedwczesnych czy powikłań okołoporodowych związanych jest z zakażeniami. Leczymy więc zakażenia bakteryjne, ale też, zwłaszcza w ostatnich latach, wirusowe. Leczymy np. grypę u noworodków, zakażenia RSV czy COVID-19. Przebieg tych chorób u noworodków bywa bardzo poważny.

Jest jeszcze jedna trudna strona naszego zawodu, kiedy jesteśmy zaangażowani w opiekę paliatywną nad naszymi pacjentami, którzy urodzili się na granicy możliwości przeżycia i nie udaje się ich uratować. Trzeba podjąć trudne decyzje i wdrożyć postępowanie paliatywne po to, żeby jak najbardziej godnie, w jak najbardziej komfortowych warunkach pacjent, który nie jest w stanie przetrwać, mógł przeżyć swoje krótkie życie.

Oczywiście neonatolodzy współpracują z wieloma specjalistami, mam na myśli np. chirurgów dziecięcych, kardiochirurgów, neurochirurgów. Kiedy rozpoznajemy wady wymagające interwencji chirurgicznej, przekazujemy naszych pacjentów do leczenia chirurgicznego, ale też bardzo często po operacji pacjent wraca pod opiekę intensywnej terapii neonatologicznej i wtedy przy „łóżku pacjenta”, czyli przy inkubatorze, pracujemy razem z lekarzami, którzy operowali noworodka. Nadal żywieniem, leczeniem oddechowym, monitorowaniem stanu pacjenta zajmują się neonatolodzy. Jeśli rodzą się pacjenci z wadami kończyn, czy wrodzonymi złamaniami, to oczywiście konieczna jest pomoc ortopedów, przy czym opieka nad pacjentem po założeniu np. gipsu nadal pozostaje w gestii neonatologa.

Bezcenni są we współpracy z nami także okuliści, bowiem część powikłań u naszych pacjentów to powikłania okulistyczne. Czuwamy nad terminowymi badaniami, ale oczywiście ocena dna oka, wdrożenie postępowania specjalistycznego, to już domena okulistów.

R.F.: W listopadzie na stronach portalu medexpress.pl z okazji Międzynarodowego Dnia Wcześnieńki specjaliści z oddziału, którym pani kieruje, przybliżali czytelnikom zespołową pracę na Oddziale Wcześnieńków i Intensywnej Terapii. Na ile funkcjonowanie specjalnego zespołu jest rozwiązaniem nowatorskim? Co wyróżnia pod tym względem państwa placówkę?

B.P.: W placówkach o najwyższym stopniu referencyjności powinien funkcjonować zespół neonatologiczny, zorganizowany według rekomendacji światowych towarzystw, ale też Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego (PTN). Nasz szpital pod koniec ubiegłego roku stał się właśnie placówką najwyższej referencyjności, przy czym od dawna pracowaliśmy, realizując najwyższe standardy. Niestety, organizacja ochrony zdrowia, problemy ekonomiczne w ochronie zdrowia powodują, że wielu dyrektorów szpitali nie zatrudnia w oddziałach neonatologicznych wszystkich rekomendowanych do zespołu specjalistów, bo nie wszystkie usługi są refundowane przez NFZ. Finansowanie jest dokładnie takie samo w przypadku oddziałów, które nie zatrudniają dodatkowych, rekomendowanych w standardach towarzystw naukowych specjalistów, jak i tych, gdzie placówka zatrudnia takich specjalistów, podnosząc tym samym standard leczenia i zapewniając kompleksową opiekę. W naszym szpitalu zespół neonatologiczny zorganizowany jest w sposób, jaki rekomenduje PTN, a także światowe i europejskie towarzystwa neonatologiczne. Jest to bardzo ważne zarówno dla nas pracujących z najmniejszymi pacjentami, jak i dla naszych pacjentów. Zapewniamy im opiekę psychologiczną, fizjoterapeutyczną, neurologopedyczną, laktacyjną, muzykoterapeutyczną. Kompleksowość opieki przekłada się na szybkość zdrowienia, na komfort życia dziecka w przyszłości, na lepsze wzrastanie i rozwój, a także na większe rozumienie w rodzinie problemów dziecka przedwcześnie urodzonego czy obarczonego u progu życia problemami okołoporodowymi.

R.F.: Bardzo dziękuję za rozmowę.



ASTRONOMICZNE RACHUNKI ZA LECZENIE W USA

A KRZYSZTOF
BOCZEK

Co roku w USA ponad pół miliona rodzin ogłasza bankructwo z powodu horrendalnie wysokich rachunków za leczenie. Bo np. samo dostarczenie chorego do szpitala może kosztować nawet pół miliona dolarów! Prezentujemy absurdalnie wysokie rachunki, jakie dostają Amerykanie. I to mimo ustawy, która rok temu miała zlikwidować zjawisko szokująco wysokich faktur.

Żaden kraj nie wydaje na ochronę zdrowia aż tyle co USA. W 2021 r. wydatki Amerykanów na leczenie wzrosły o 2,7% i sięgnęły astronomicznej sumy 4,3 biliona dolarów! To 12 tys. 914 dolarów na Amerykanina! Choć trzeba zaznaczyć, że ta średnia jest de facto wyższa, bo aż 29 mln Amerykanów w 2019 r. w ogóle nie miało żadnej polisy ubezpieczeniowej i lwia ich część nie płaciła za leczenie.

Największa gospodarka na świecie wydaje aż 18,3% swojego PKB na ochronę zdrowia – to monstrualnie dużo. Prawie 2 razy więcej niż średnia dla ponad 40 najbardziej rozwiniętych krajów na świecie – państw OECD. Państwa w tym gronie przeciętnie na ochronę zdrowia wydają 9,7% PKB (jeszcze przed pandemią, w 2019 tylko 8,8%).

100 mln Amerykanów z długami za leczenie!

Leczenie słono kosztuje w USA. Tak słono, że co roku aż 56 mln Amerykanów zaciąga długi na ten poczet, lub zostaje takimi długami obciążona przez placówki zdrowotne. Z tego ok. 11 mln osób zaciąga tzw. chwilówki – wysoko oprocentowane pożyczki (do prawie 30%), by spłacać obciążenia na swoich kartach kredytowych. Według Kaiser Health News, rzesza ok. 100 mln Amerykanów ma obecnie zaciągnięte długi na poczet leczenia – czyli prawie co trzeci mieszkaniec USA.



Miliony z nich muszą sobie ograniczać jedzenie, by starczyło im na opłacenie takiej raty kredytu. Z badań, jakie wykonała KHN i NPR wynika, że w ciągu ostatnich 5 lat ponad połowa Amerykanów miała taki kredyt/ dług na leczenie.

Nic więc dziwnego, że powodem nr 1 dla bankructw indywidualnych w USA są wydatki właśnie na leczenie – stanowią aż 2/3 wszystkich bankructw.

W ostatnich latach ogłasza je... średnio 530 tys. rodzin rocznie! Ale w latach kryzysowych (np. 2009 r.), ta liczba przekraczała nawet 830 tys. Między 2006 a końcem 2021 r. bankructwo indywidualne sądy przyznały aż 15,3 mln Amerykanów! Co do nich doprowadza? Amerykańskie media pełne są opisów skandalicznie wysokich, wręcz kosmicznych rachunków, jakie dostają pacjenci. Często te bezpodstawnie duże kwoty, w wyniku działań prawników pacjentów lub upublicznienia przypadku przez media, są obniżane lub nawet anulowane. W mediach prawnicy doradzają też, co i jak trzeba robić, by albo dostawcy usług medycznych lub ubezpieczyciele nie łupili obywateli.

Opisujemy kilkanaście absurdalnie wysokich rachunków, jakie Amerykanie dostali za usługi zdrowotne, głównie w latach 2021 i 2022.

489 tys. dol. za powietrzne pogotowie

Sean Deines wiosną 2020 r. stracił pracę jako barman – wybuchła pandemia. Pojechał w odwiedziny do ojca w odludnych terenach Wyoming. Źle się poczuł. Trafił do szpitala w Casper, a stamtąd przetransportowali go helikopterem do szpitala Uniwersytetu Kolorado. Tam potwierdziła się wstępna diagnoza: ostra białaczka limfoblastyczna, szybko rozwijający się nowotwór krwi. Sean zdecydował, że wraca do Karoliny Płn. gdzie miałby opiekę rodziny i gdzie działa główna placówka jego ubezpieczyciela. Angel MedFlight zapowiadała, że zaakceptują stawki ubezpieczyciela i pacjent nie będzie musiał dopłacać. Sean polecił więc z pielęgniarką podającą mu tlen na pokładzie. Miesiąc leczył go szpital, a gdy już się dobrze poczuł, dostał rachunek. I znów źle się poczuł. Bardzo źle: 489 tys. dolarów do zapłaty za lot ok. 2,2 tys. km. W tym było także ok. 70 tys. dol. za krótki odcinek zwyczajnym ambulansem – z lotniska do pobliskiego szpitala.

Stawki horrendalnie wysokie. Jak się później okazało, przejazd z lotniska do szpitala był 30 razy droższy niż standardowo na tej trasie. Co istotniejsze, okazało się, że firma Angel MedFlight wykonała lot, zanim otrzymała potwierdzenie płatności ze strony ubezpieczyciela Blue Cross. Ten zaś, już po wykonanym locie, nie zgodził się na płatność, uznając, że nie było to niezbędne ze względów medycz-

nych. I to mimo iż poprzedni lot – z Casper do Kolorado – firma zgodziła się opłacić bez dyskusji, choć stan pacjenta był wtedy lepszy. Obydwie firmy chciały, by Deines za to zapłacił. Gdy o sprawę zaczęły wypytywać media – Kaiser Health News – nagle rachunki „wyparowały”. Obydwie firmy przeprosiły pacjenta i obiecały, że nie będzie on obciążany żadnymi kosztami.

117 tys. dolarów za urodzenie wcześniaków

Greg i Sugar Bullowie zdecydowali się na dzieci, wybierając surogatkę. Mieszkała dwa stany dalej. Ciąża przebiegała dobrze, do 34. tygodnia. Wtedy matka dostała objawów stanu przedrzucawkowego. Lekarze zarządzili poród. Niemowlaki musiały spędzić ponad tydzień na oddziale intensywnej terapii noworodków w Utah Valley Hospital. Rachunek przyszedł szybko. 117 tys. i 84 dol., z czego para miała pokryć 80 tys. dolarów. Ubezpieczyciel powoływał się na to, że nie dostał ze szpitala dokumentów, które usprawiedliwiają „nagły wypadek”, w jakim doszło do wcześniejszego porodu. Innymi słowy, podważał potrzebę takiego przyspieszonego zabiegu.

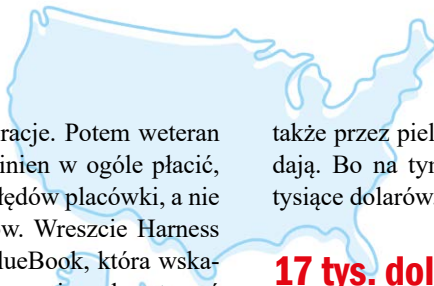
Bullowie wynajęli firmę specjalizującą się w dochodzeniu praw pacjentów dojonnych z życiowych oszczędności. Mimo otrzymania dokładnego katalogu dalszych kroków i wymaganych dokumentów, szpital nadal nie chciał przesłać medycznych dokumentów do ubezpieczyciela. Walka trwała. Dopiero gdy bliźniaki miały już 1,5 roku, Bullowie doszli do porozumienia ze szpitalem. Zapłacili jedynie 10% początkowej sumy, jakiej od nich zażądano – ok. 8 tys. dolarów.

85 tys. dol. za operację wyrostka + zabieg z powodu powikłań

Historia Shannona Harnessa – 39-letniego weterana piechoty morskiej – też dowodzi tego, że w USA pacjent nie powinien odpuszczać i musi walczyć o to, by nie przepłacać za horrendalnie zawyżone rachunki.

Harness trafił do szpitala Heart of the Rockies Regional Medical Center z bólem brzucha. Wyszedł z niego z rachunkami na 85 tys. dolarów. Placówka jest non profit.

Co tak drogo? Trzeba było wyciąć mu wyrostek robaczkowy. Po tym relatywnie prostym zabiegu wystąpiło jednak powikłanie – krwiak. Tydzień później więc kolejna operacja. Shannon nie miał ubezpieczenia, więc dostał rachunek ze szpitala na 80 tys. 232 dolary i dodatkowe ponad 5 tys. dol. od konsultowanych specjalistów. Harness nie miał z czego opłacić tak horrendalnie wysokiego rachunku. Najpierw więc, po miesiącach negocjacji, szpital dał mu



30% upustu za to, że były dwie operacje. Potem weteran argumentował, że za drugą nie powinien w ogóle płacić, bo powikłanie wystąpiło z powodu błędów placówki, a nie jego. Cena spadła do 25 tys. dolarów. Wreszcie Harness powołał się na zapisy HealthCare BlueBook, która wskazywała, że takie zabiegi w USA nie powinny kosztować więcej niż 12 tys. dolarów. Szpital zszedł z ceną do 22,3 tys. dolarów. Wtedy Shannon poszedł do mediów. Po tym, jak jego przypadek opisał Kaiser Health News, cena spadła do 19,3 tys. dolarów. Już była ponad 4 razy niższa niż początkowo. I to Harness zamierzał już zapłacić.

48 tys. dolarów za 20 minut lotu powietrznym ambulansem

Alvin Letner – emerytowany nauczyciel – w lutym 2019 jechał swoim starym motorem BMW, gdy wyskoczył mu na drogę pies. Uderzenie i hamowanie wyrzuciło go z siodelki. Złamał kręgosłup szyjny, 3 żebra i łokieć. Gdy wyzdrowiał dostał rachunek na 48 tys. 934 dolarów. Tylko za transport lotniczą sanitarką do Freeman Hospital West w Joplin, stan Missouri. Dystans 30 mil, lot trwał 20 minut. Alvin nic nie pamięta z tego transportu – stracił przytomność w wypadku, ale Air Methods twierdzi, że zgodził się na podwyższone koszty i podpisał dokumenty. Ubezpieczyciel nie zgadza się na zapłatę za tak drogą usługę, a obecne prawo federalne w takich sytuacjach zmusza pacjenta do opłacenia różnicy. Letner ma więc zapłacić ponad 40 tys. dolarów za 20-minutowy lot.

W podobnej sprawie z lata 2021 pacjentka chora na koronawirusa miała zapłacić 52 tys. dol. za lot z nią na pokładzie między dwoma szpitalami w Pensylwanii. Ona też nie była świadoma, co się dzieje – była nieprzytomna, gdy za nią podjęto decyzję o transporcie.

38 tys. 398 dolarów za pojedynczy zastrzyk ze starym lekiem na nowotwór

Paul Hindis miał zaawansowanego raka prostaty i był już po kilku fazach leczenia, gdy podano mu 2 razy domięśniowe zastrzyki z leuporeliny przeznaczone do hamowania uwalniania hormonu przez gruczoł krokowy przez trzy miesiące. Rachunek z organizacji non profit za owe 2 zastrzyki – Uniwersytetu Medycznego Chicago – zwałił go z nóg: 73 tys. 812 dolarów. Tymczasem standardowo to w USA kosztuje 2,5 razy mniej – nieco ponad 27 tys. dolarów. Ubezpieczyciel zapłacił prawie 20 tys. dol., zaś Hindis przez rok negocjował obniżenie stawki. Ostatecznie dopłacił tylko 7 tys. dolarów.

Użyty do zastrzyku lek (Lupron Depot) produkowany jest w USA od 1973 r. W Wlk. Brytanii zastrzyk ów kosztuje... 260 dolarów. Jest łatwy do przechowywania, do podania,

także przez pielęgniarki, a szpitale w USA chętnie go podają. Bo na tym pojedynczym zastrzyku mogą zarabiać tysiące dolarów.

17 tys. dolarów za wizytę na SOR

Frankie Cook, nastolatka ze szkoły średniej w Rome w stanie Georgia, wpadła autem w poślizg. Jej samochód koziółkował 3 razy zanim zatrzymał się na drzewie. Jej nic się nie stało – miała zapięte pasy, aktywowały się poduszki powietrzne. Tylko bolała ją głowa. Ale ojciec zabrał ją na najbliższy oddział ratunkowy, by sprawdzić czy nie ma wstrząśnienia mózgu – miała mieć wkrótce egzamin. W przychodni Atrium Health Floyd Urgent Care Rome, recepcjonistka oświadczyła im, że nie akceptują ubezpieczeń samochodów – z tego miała zostać opłacona wizyta. Niektóre placówki zdrowia faktycznie nie akceptują ubezpieczeń pojazdów, by nie czekać długo na zwroty kosztów od ubezpieczycieli – to czasochłonne. W oddalonym o milę Centrum Medycznym tej samej firmy, już z SOR-em, przyjeżdża Frankie Cook na wizytę. Ale w trybie „emergency” – nagłego wypadku. A to oznacza znacząco podwyższone koszty. Wizyta trwała kilka minut. Lekarz obejrzał Frankie, zrobił zapobiegawczo tomografię komputerową głowy i ciała i odesłał do domu z radą, by odpoczęła i wzięła tabletki od bólu głowy. Skan nic poważnego nie wykazał. Jej ojciec Russell, szybko dostał rachunek. 17 tys. dolarów! 12,5 tys. dol. miała kosztować kilkuminutowa konsultacja (sic!), a ponad 4 tys. dol. – podwójny tomograf (osobno na głowę i ciało). Russel nie zapłacił tego rachunku. Po kilkunastu miesiącach ubezpieczyciel uregulował większość, a Russel zapłacił tylko resztę – 1047 dolarów.

6,6 tys. dolarów za 6 szwów i zastrzyk

Jason i DeeAnn Deanowie prowadzą w stanie Tennessee biznes, który łączy farmę organiczną z konsultingiem nt. zdrowia. Jason podczas budowania jakiejś konstrukcji przeciął sobie kolano na farmie i zabandażował to. Ale krwawiło. Miał polisę z niskimi opłatami miesięcznymi i wysokim swoim udziałem. W mieście Pulaski na oddziale ratunkowym założono mu 6 szwów i dostał zastrzyk przeciwczerwoty. Spodziewał się wysokiego rachunku, ale nie aż takiego – za krótką wizytę dostał do zapłaty 6589 dol., z czego on miał opłacić 4278 dol., resztę ubezpieczyciel.

W tym samym czasie jego żona DeeAnn dostała wysokiej gorączki. Kolejna wizyta na SOR. Konsultacje lekarskie i badanie w laboratorium wykazały, że ma gorączkę plamistą Gór Skalistych, potencjalnie śmiertelną infekcję przenoszoną przez kleszcze. Przepisano jej antybiotyki i płyny dożylnie. Za te konsultacje i badania dostała rachunek na 1990 dolarów.

Dziurawe sito „No Surprises Act”

Od stycznia 2022 r. obowiązuje „No Surprises Act” – prawo, które ma przeciwdziałać takim szokująco wysokim rachunkom. Pacjent musi być wcześniej poinformowany o tym, jakie koszty opłaci ubezpieczyciel, a jaka część przypadnie na niego. Ale ustawa jest dziurawa – część z ww. sytuacji już zaistniała, gdy obowiązywało to prawo. Na przykład spod tej ustawy wyjęte są przewozy ambulansem naziemnym, czyli 98% wszystkich przewozów pacjentów. Czemu? Bo często te usługi są organizowane przez lokalne władze/ instytucje publiczne, np. straże pożarne. Ustawodawca uznał, że władze lokalne muszą sobie jakoś dorobić, by utrzymać tę służbę, więc mogą żądać, ile dusza zapagnie.

Faktem jest, że przed wejściem w życie tej ustawy sytuacja Amerykanów była znacząco gorsza. Bo np. na operacje nagłe, w trybie pilnym, na konsultacje byli wzywani specjaliści spoza szpitala. I tacy specjaliści żądali w takiej sytuacji stawek po kilkadziesiąt razy (sic!) wyższych niż rynkowe. Dochodziło do tego, że pacjent wprowadzany w stan uśpienia miał informację, że operacja będzie go kosztować ponad 100 tys. dol., z czego przygniatającą większość pokryje ubezpieczyciel, a gdy budził się, to okazywało się, że dwa razy więcej i on musi pokryć tę różnicę. Bo zaszła niespodziewana konieczność wezwania specjalisty, co podwoiło koszt zabiegu. W skrajnych przypadkach krótka konsultacja specjalistyczna kosztowała leżącego na stole operacyjnym nawet 80–100 tys. dol. (sic!). Horrendalne zawyżanie rachunków było masowe – co roku były nimi zaskakiwane miliony Amerykanów (sic!). Według badań publikowanych w „Health Affairs”, tak kończyła się co piąta wizyta na oddziale ratunkowym w 2014 r.!

Łupienie pacjentów, którzy trafiali w nagłych przypadkach na SOR-y stało się na tyle dużym biznesem, że w niektórych placówkach to prywatne fundusze wykupywały tylko oddziały ratunkowe, by zarabiać na tym kosmicznie wysokie kwoty. „New York Times” pisał, że takie skubanie bezbronnych pacjentów będących w dramatycznej sytuacji bez wyjścia stało się wręcz „modelem biznesowym”.

Kilkanaście stanów (np. Kalifornia, Teksas) zakazały takich praktyk, ale nadal były one legalne w większości USA. W grudniu 2020 r. pierwszy raz próbowano je

wprowadzić jako federalne prawo, ale wówczas nie udało się. Agresywnie działające fundusze prywatne, które są właścicielami wielu dostawców usług medycznych i żyją z wystawiania takich „zaskakujących rachunków”, wydały dziesiątki milionów dol. na reklamy i lobbing, by zatrzymać nowe prawo. I udało im się. Na 10 miesięcy. „No Surprises Act” wreszcie został przegłosowany we wrześniu 2021 r., z datą wejścia w życie od stycznia 2022. Federalny zakaz stosowania „zaskakujących rachunków” popiera aż 80 proc. Amerykanów.

1/4 pieniędzy w błoto

JAMA czyli „Journal of American Medical Association” opublikował raport nt. tego, jak wiele pieniędzy jest w amerykańskim systemie ochrony zdrowia marnowanych. Okazuje się, że sporo – aż 25%. Czyli około biliona dolarów. Jak? JAMA wyróżnił 6 głównych powodów marnotrawienia pieniędzy.

- Niepowodzenie w świadczeniu opieki – czyli wykonywanie usług bez przestrzegania najlepszych praktyk klinicznych. Czyli błędnie i na próżno!
- Niepowodzenie w koordynacji opieki – jeśli leczenie nie jest odpowiednio skoordynowane, to jest nieskuteczne i generuje wyższe koszty dla pacjenta.
- Nadmierne leczenie lub opieka o niskiej wartości – niepotrzebnie zlecane zabiegi, testy lub procedury.
- Nieracjonalnie wysokie ceny za opiekę – o tym jest powyższy artykuł.
- Zbyt duże skomplikowanie administracji – wystawianie rachunków i potem ściganie pacjentów, koszty prawników, komorników, prowadzenia spraw sądowych...
- Oszustwa i nadużycia – np. konsument otrzymuje rachunek za usługę, której w ogóle nie otrzymał.

Drugą stroną tego medalu jest fakt, że pieniądze są marnowane na ogromną skalę także w wielu innych systemach opieki zdrowotnej krajów OECD. Nawet w relatywnie dobrze funkcjonujących, np. niemieckim – jeszcze kilka lat temu szacowano, że aż 20% funduszy w tymże jest marnotrawionych. Choć jednak w żadnym państwie OECD nie ma marnowanych aż tylu funduszy na ochronę zdrowia jak właśnie w USA. Bo kto bogatemu zabroni? ■



50 LAT

KRAKOWSKIEJ KARDIOCHIRURGII DZIECIĘCEJ

A ELŻBIETA
BOREK

Krakowska kardiochirurgia dziecięca w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie-Prokocimiu zajmuje się leczeniem wrodzonych wad serca u dzieci i młodzieży z całej Polski, a także z zagranicy. Ma na swoim koncie wiele sukcesów. W 2010 r. Klinika została uznana za najlepszą w plebiscycie ośrodków kardiochirurgii dziecięcej i otrzymała dyplom i nagrodę tygodnika „Newsweek” za zajęcie I miejsca w Polsce. W 2013 r. Klinikę Kardiochirurgii Dziecięcej w Krakowie wyróżniono pierwszą lokatą dla najlepszego ośrodka medycznego w kraju i „Złotym Skalpelem” przyznawanym przez redakcję „Pulsu Medycyny”. Powtórnie „Złoty Skalpel” przyznano jej w 2016 r. W tym roku obchodzi jubileusz 50-lecia.

O momentach trudnych i momentach wzniosłych opowiada prof. Janusz Skalski, który od czerwca 2007 aż do teraz, kiedy już przechodzi na emeryturę, pełnił funkcję kierownika Kliniki Kardiochirurgii Dziecięcej UJ CM.

– Zaczęłem pracować zaraz po studiach w 1975 r. w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie-Prokocimiu, wówczas nazywał się Polsko-Amerykański Instytut Pediatrii Akademii Medycznej, bo budowę szpitala zainicjowała Polonia amerykańska, wspierana funduszami Kongresu Stanów Zjednoczonych. W tamtym czasie nie było jeszcze oddzielnego działu kardiochirurgii, ale na oddziale chirurgicznym już wykonywaliśmy niezbędne dla ratowania życia operacje kardiochirurgiczne u małych i większych dzieci. Te pierwsze operacje kardiochirurgiczne to z dzisiejszego punktu widzenia były zabiegi proste. Większość z nich to były operacje paliatywne, dziś już wielu takich się nie robi, chyba że jako przygotowanie do leczenia radykalnego. Dziś w zdecydowanej większości robimy korekcie, czyli operacje naprawcze. Ale wtedy możliwość przedłużania życia umierającemu dziecku, które miało szansę doczekać kolejnego postępu w medycynie, wydawała nam się wspaniała – mówi prof. Janusz Skalski.

O tym, żeby operować noworodki, nikt wówczas nawet nie marzył. Noworodek, by mógł bezpiecznie trafić na stół operacyjny, musi być odpowiednio zabezpieczony po porodzie. Nie było wówczas takich leków. Nie było też tak dobrze rozwiniętej diagnostyki prenatalnej. Dziś można ujawnić wadę serca płodu w 11., 12. tygodniu ciąży. Lekarze mają szansę przygotować się na czekające ich zadanie i wykonać zabieg na sercu noworodka w najszybszym możliwym terminie po urodzeniu. Tak właśnie stało się niedawno, kiedy urodziło się dziecko z czynnością serca poniżej 40 uderzeń na minutę, podczas gdy norma to rytm od 120 do 160. Bez rozrusznika, który został wszczepiony tuż po odpięciu, jeszcze na sali porodowej, dziecko by nie przeżyło.

Kardiochirurgia jako oddzielna specjalność powstała dopiero w 1989 r., usankcjonowana egzaminem specjalizacyjnym. Prof. Skalski zdawał go w 1990 roku, jako jeden z pierwszych w Polsce.

W tym samym roku przyjął propozycję pracy na Śląsku, bo tam dostrzegł możliwość kształcenia się i rozwoju zawodowego. W Krakowie układy personalne były zbyt skomplikowane... Siedem lat pracował w Katowicach w I Klinice Kardiochirurgii ŚAM, a od 1997 r. w Zabrze, u boku prof. Religi, w Katedrze i Klinice Kardiochirurgii



Prof. Janusz Skalski

Staże naukowe odbywał w: Bostonie – Children's Hospital Harvard Medical School (1981–1982), Filadelfii (1988), Kilonii (1989–1990); Utrechcie (1998), Madrycie (1998), Rzymie (1999).

Publikowany dorobek naukowy obejmuje ponad 420 prac naukowych recenzowanych i rozdziałów książkowych. Był autorem i redaktorem naukowym 13 monografii zbiorowych i najnowszego podręcznika „Kardiochirurgia dziecięca”, autor rozdziałów w 14 innych podręcznikach. Wielokrotnie wyróżniany i nagradzany m.in. Medalem „Gloria Medicinae”, Orderem Uśmiechu, Krzyżem Komandorskim Orderu Odrodzenia Polski, Nagrodą Naukową PAU im. Mikołaja Kopernika. Ma tytuł Honorowego Obywatela Stołecznego Królewskiego Miasta Krakowa. Członek licznych stowarzyszeń naukowych krajowych i zagranicznych. Od 2014 przewodniczący Komisji Historii i Filozofii Medycyny O/PAN w Krakowie, prezes elekt Polskiego Towarzystwa Kardio-Torakochirurgów (2021).

Od 2008 r. jest założycielem i prezesem Fundacji Schola cordis – wspierania kardiochirurgii dziecięcej; należy do Kapituły Fundacji im. Agaty Mróz-Olszewskiej w Katowicach, Kapituły „Gloria Medicine”, Kapituły Stowarzyszenia Miłosiernego Samarytanina.

W latach 1974–77 współorganizował trzy polskie wyprawy wysokogórskie – do Iranu, Indii, do Peru i Boliwii (był kierownikiem tej wyprawy w 1977 r.). Od 2009 roku organizował szereg charytatywnych koncertów oraz współorganizował w Krakowie długodystansowe biegi charytatywne na rzecz doposażenia Kliniki Kardiochirurgii Dziecięcej w Krakowie.



i Transplantologii. Prof. Religa był nie tylko jego mentorem zawodowym, ale i przyjacielem. – Od niego nauczyłem się bardzo dużo – powiada profesor.

Z pracą kardiochirurga prof. Skalski łączył funkcję prodziekana ds. naukowych Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze (2005–2007).

W 2007 r. zaproponowano mu objęcie stanowiska szefa kardiochirurgii dziecięcej w Krakowie. Wahał się. Miał zastąpić prof. Edwarda Malca, świetnego kardiochirurga, który jako jeden z nielicznych w Polsce wykonywał z sukcesem m.in. operacje hipoplazji lewego serca (HLHS – Hypoplastic Left Heart Syndrome). Prof. Malce był za to kochany przez rodziców, ale oskarżany przez ordynatorów innych oddziałów o nieetyczne zachowania wobec nich. Odszedł z Krakowa w atmosferze skandalu.

– Nie bardzo mi się paliło, chociaż dom i rodzina to były czynniki decydujące. Podjąłem jednak wyzwanie. Przez te kilkanaście lat na Śląsku dużo się nauczyłem, operując bardzo różnorodne wady serca, ale w Krakowie przejąłem po poprzedniku wielu pacjentów z hipoplazją lewego serca, bo w tym specjalizowała się krakowska klinika – mówi profesor.

Obecnie klinika kardiologii dziecięcej w USD specjalizuje się we wczesnych, noworodkowych korekcjach wad serca oraz etapowym leczeniu serca jednokomorowego. W swym dorobku ma największą w Polsce i jedną z większych w Europie grupę zoperowanych dzieci z zespołem niedorozwoju lewego serca, które udało się uratować. Rocznie wykonywanych jest ok. 400 operacji, w tym ok. 320 to operacje przeprowadzane w krążeniu pozaustrojowym. Sukcesy w dużej mierze ułatwia nowoczesna sala hybrydowa, wyposażona w zintegrowany angiograf, pozwalający na wykonywanie zabiegów wewnątrznaczyniowych w trakcie trwania operacji. Jest to z pewnością najnowocześniejsza w Europie, a przystosowana wyłącznie dla dzieci z wadami serca, hybrydowa sala operacyjna z wizualizacją dwupłaszczyznową.

Mimo że kardiochirurgia w USD jako ośrodek referencyjny obejmuje leczeniem specjalistycznym dzieci z makroregionu południowo-wschodniego, to jednak korekcje najbardziej złożonych wad serca przeprowadzane są u dzieci z całej Polski. Wykonywane są tu m.in. operacje plastyki zastawki aortalnej z pełną rekonstrukcją lewego ujścia tętniczego oraz operacje zastawek przedsionkowo-komorowych.

– Nasz zespół składa się z 4 kardiochirurgów dziecięcych, 6 rezydentów z kardiologii, 3 anestezjologów, 2 kardiologów dziecięcych, 4 perfuzjonistów, 7 instrumentariuszek oraz 50 pielęgniarek. Wieloletnia współpraca tych wszystkich osób zaowocowała stworzeniem prawdopodobnie najbardziej doświadczonego zespołu w kraju, który zajmuje się leczeniem ciężkich wad serca u dzieci – tłumaczy profesor.

Klinika Kardiologii Dziecięcej w USD, to jedyny na południu Polski wyspospecjalistyczny ośrodek, operujący w pełnym zakresie dzieci z wrodzonymi wadami serca. Specjalizuje się we wczesnych, noworodkowych korekcjach wad serca oraz wieloetapowym leczeniu serca jednokomorowego.

– Gdyby Pana zapytać o wasze największe sukcesy, co by Pan wymienił?

– Mamy ich naprawdę dużo, bo mamy tu wspinały zespół, który jest rzeczywistym współtwórcą sukcesów. Trudno wymieniać wszystkie udane operacje, niektóre bardzo spektakularne, np. pierwszy w Krakowie przeszczep serca u dziecka. Doszło do niego po wielomiesięcz-

nej walce o utrzymanie przy życiu małej dziewczynki, której wcześniej, pierwszy raz w Polsce wszczepiliśmy sztuczną komorę serca. Musieliśmy podjąć ryzyko, bo wiem to dziecko, w wieku zaledwie 13 miesięcy było w sytuacji krytycznej – wspomina prof. Skalski.

Później, po ponad 300 dniach wspomagania krążenia na sztucznej komorze serca, tuż przed operacją przeszczepienia serca sam profesor doznał zawału serca i trafił do szpitala.

– Wdrożyliśmy rutynowy program operacji plastycznych zastawek u dzieci, pomyślnie przeprowadziliśmy operację u dziecka z zespołem niedorozwoju lewego serca i ciężarem ciała poniżej 1800 g; przeprowadziliśmy pierwszą w Polsce operację zespolenia sp. Potts u dziecka z ciężkim samoistnym nadciśnieniem płucnym (grudzień 2012); uratowaliśmy 2-letnie dziecko wychłodzone do głębokiej hipotermii, z temperaturą wewnętrzną ciała 11,8 st. – najniższą zanotowaną na świecie u pacjenta przywróconego w pełni do życia. W 2016 roku wszczepiliśmy po raz pierwszy w Polsce pompę wirową do długoterminowego wspomagania serca u dziecka. Wdrożyliśmy ponadto operacje Nikaidoh u dzieci ze złożonymi formami przełożenia wielkich pni tętniczych, wprowadzaliśmy nowatorskie techniki w przypadku niektórych bardzo skomplikowanych wad. Mógłbym tak wymieniać jeszcze długo. Każda operacja jest inna, bo nie ma w istocie dwóch identycznych wad, każda jest niepowtarzalna i każde uratowane życie cieszy.

– Z okazji 50-lecia oddziału i Kliniki Kardiologii Dziecięcej UJ CM 28 listopada w Centrum Kongresowym ICE w Krakowie w atmosferze znakomitego koncertu Aleksandry Kurzak i Roberto Alagna świętowaliśmy nasz jubileusz. Występ znakomitych artystów był dla nas mocnym akcentem godnego i bardzo uroczystego świętowania półwiecza działalności.

– Chcieliśmy podziękować wszystkim za to, że nam zaufali, że mieliśmy szansę stawać się coraz lepsi, że także ja miałem możliwość zawodowo się rozwijać. Mam za sobą około dziewięć tysięcy operacji, można nabyć doświadczenia!

Prof. Skalski, choć odszedł na emeryturę, mówi, że wprawdzie oddaje stanowisko szefa, ale nie zamierza całkiem porzucić pracy, bo ma jeszcze wiele do zrobienia.

– Czuję się spełnionym zawodowo człowiekiem. W szpitalu mam przyjaciół i fantastycznych następców, świetnych uczniów i wychowanków, którzy dziś są lepsi ode mnie i robią wspaniałe rzeczy. Być może będę miał teraz trochę więcej czasu na moją pasję – zbieram starodruki medyczne i filozoficzne, mam pokaźne zbiory bibliofilskie. ■



cardio space

nowy wymiar edukacji medycznej

Diagnostyka | Terapia | Nowe technologie

Pierwszy w Polsce edukacyjny projekt medyczny,
którego celem jest połączenie teorii i praktyki klinicznej
oraz holistycznego podejścia do pacjenta, opartego
na nowoczesnych narzędziach diagnostyczno-terapeutycznych
z użyciem technologii AI (*artificial intelligence*) oraz VR (*virtual reality*).



Specjalistyczny kurs medyczny
Klinika Kardiologii WUM

15.03.2023

rejestracja

www.cardiospace.pl



Krajowy producent leków

- Innowacyjna firma poszukująca terapii w obszarach o niezaspokojonych potrzebach medycznych
- Partner w leczeniu kardiologicznym, onkologicznym, diabetologicznym i psychiatrycznym
- 1.6 miliona* polskich pacjentów leczonych lekami Servier każdego dnia
- 30 lat odpowiedzialnych inwestycji w zdrowie Polaków

SV221126

* Na podstawie danych IQVIA, MAT 12.2020



SERVIER 
moved by you