



Tegoroczny cykl śniadań prasowych w Naczelnej Izbie Lekarskiej

W minionym roku w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej odbyło się 6 śniadań prasowych, które stanowiły cykl innej niż dotychczas formy komunikacji z przedstawicielami mediów. Spotkania miały na celu przede wszystkim przybliżenie dziennikarzom kwestii, którymi zajmuje się obecnie samorząd lekarski takich jak praca nad klauzulą wyższego dobra, nowelizacja Kodeksu Etyki Lekarskiej, praca nad poprawą jakości kształcenia lekarzy, transformacją systemu ochrony zdrowia, kwestiami wypalenia zawodowego lekarzy czy bezpieczeństwem danych medycznych.

1. śniadanie prasowe poświęcone tematyce bezpieczeństwa danych medycznych oraz transformacji w ochronie zdrowia odbyło się dn. 12.02.2024 r - *Jesteśmy miejscem, w którym dziś rozmawia się o tych problemach ważnych dla nas i naszych pacjentów, czyli o zabezpieczeniu danych medycznych* – zaznaczył podczas spotkania Naczelnej Rady Lekarskiej Łukasz Jankowski. Spotkanie to było nawiązaniem do [zeszłotygodniowego posiedzenia grupy roboczej przedstawicieli sektora państwowego ze specjalistami NIL IN w sprawie raportu dotyczącego danych medycznych](#) i rozwijało tematy związane z realnymi potrzebami społecznymi w tym temacie.

2. śniadanie prasowe odbyło się 22.03.2024 r. i nawiązywało do hasła **Mamy prawo być dobrze leczeni** a dotyczyło jakości kształcenia lekarzy i nowo powstających kierunków lekarskich. Prelegentami byli – Łukasz Jankowski – prezes Naczelnej Rady Lekarskiej, Maria Kłosińska - kierownik Działu Mediów i Komunikacji NIL, przewodnicząca Zespołu Matek Lekarek w OIL w Warszawie i Damian Patecki - anesteziolog, przewodniczący Komisji Kształcenia Medycznego Naczelnej Izby Lekarskiej.

W przestrzeni publicznej zaczyna się przygotowywanie gruntu pod pozostawienie „szkótek lekarskich”. Część z nich deklaruje otwarcie naboru na studia od czerwca, mimo otrzymania negatywnej opinii Polskiej Komisji Akredytacyjnej (PKA). Obywatele tego nie rozumieją – mówił prezes Naczelnej Rady Lekarskiej (NRL) Łukasz Jankowski.

Przedstawiciele mediów zapoznali się z obszernymi fragmentami negatywnych opinii PKA, z których wynika, że nowo powstające kierunki lekarskie nie są w należyty sposób przygotowane do rozpoczęcia kształcenia. Zarzuty Komisji dotyczą m.in. braku odpowiedniego zaplecza dydaktycznego, niezbędnej infrastruktury, niewystarczających kwalifikacji kadry oraz znacznych odległości dzielących daną uczelnię od miejsca odbywania obowiązkowych praktyk.

Prezes NRL podkreślił, iż Polacy mają prawo do dobrego leczenia, a dopuszczanie do systemu ochrony zdrowia osób źle wykształconych to „dolewanie benzyny do ognia”.

3. śniadanie prasowe poświęcone było zaś kwestii klauzuli wyższego dobra. *Resorty zdrowia i sprawiedliwości obiecały „klauzulę wyższego dobra”. Zmiany mają być wprowadzone do maja, wtedy powiemy „sprawdzam”* – powiedział prezes NRL Łukasz Jankowski. Naczelna Izba Lekarska na przestrzeni ostatnich lat podejmowała szereg działań, aby uświadamiać wagę problemu, jakim są obecnie funkcjonujące przepisy prawa w zakresie karaniania lekarzy za zdarzenia niepożądane.

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Łukasz Jankowski podkreślał, że badania prowadzone wśród personelu lekarskiego i pielęgniarskiego jasno pokazują skalę problemu: w zdarzeniach niepożądanych brało udział ponad 86 proc. respondentów.

- Jeśli będziemy kontynuować ten system karania, to okazałoby się, że niemal wszystkich lekarzy i pielęgniarki powinniśmy poddać analizie przez prokuratora. Nie ma co ukrywać, że zdarzenia niepożądane po prostu się w medycynie zdarzają, niemal każdemu. Nie możemy mieć poczucia, że tym razem się udało, bo nikt nie zgłosił nic do prokuratury. Musimy mieć wsparcie systemowe w naprawianiu błędów i uczeniu się na błędach – podkreślał Prezes Jankowski.

Prezes NRL zaznaczył jednocześnie, iż kwestia bycia postawionym przed sądem sama w sobie jest dla personelu medycznego dodatkowym stresem oraz stanowi czynnik ryzyka depresji, zaburzeń emocjonalnych, zachowań niebezpiecznych czy uzależnień.

- Przed pandemią około 40-45% personelu medycznego deklaroowało, że występują u nich pewne Rzecznik prasowy Naczelnej Izby Lekarskiej – Jakub Kosikowski zwrócił zaś uwagę na to, iż co dziesiąty pacjent, który jest leczony w szpitalu, padnie ofiarą niepożądanego zdarzenia medycznego.

- Takie są dane międzynarodowe. Może to być zdarzenie, które wynika po prostu z organizacji systemu, wynika z postępowania wielu osób albo po prostu jest nie do uniknięcia i nie do przewidzenia – podkreślał dr Kosikowski.

4. śniadanie prasowe w Naczelnej Izbie Lekarskiej, w którym wzięli udział prezes NRL Łukasz Jankowski, rzecznik prasowy NIL Jakub Kosikowski oraz ekspert NRL ds. transformacji w ochronie zdrowia Krzysztof Zdobylak.

- Rozpoczęliśmy od solidnej diagnozy. Danych nie poddaliśmy polityczno-środowiskowej obróbce, zespół analityków porównał dane dot. polskich lekarzy do międzynarodowego benchmarku. Przy takim systemie, który jest dzisiaj, czyli przy tym, co my dzisiaj robimy jako lekarze, rzeczywistość jest nas za mało, a pielęgniarek jest jeszcze mniej. Kształcić lekarzy i pielęgniarki potrzeba, ale naszym zdaniem, w porównaniu do benchmarku i w stosunku do potrzeb systemu, wykształciliśmy już za dużo – powiedział prezes NRL.

Bezpośrednie odnoszenie się do benchmarku liczby lekarzy na 1000 obywateli wymaga założenia, że system w Polsce w 2048 roku będzie równie efektywny jak systemy w innych krajach, uzupełniony zasobami kapitałowymi i osobowymi w innych zawodach medycznych, wykazywał dystrybucję geograficzną lekarzy jak w benchmarku, technologicznie na równi z krajami rozwiniętymi.

Dlatego eksperci NRL podkreślają, że nie należy koncentrować się na samej liczbie lekarzy.

- Trzeba zrobić dwa kroki wstecz, czyli po pierwsze spojrzeć na inne zawody, bo w nich niedobory są dużo istotniejsze, dużo większe. Po drugie trzeba spojrzeć na całą organizację systemu, bo jeśli tylko będziemy oddziaływać na liczbę lekarzy, to możemy wydać każde pieniądze, wykształcić każdą liczbę lekarzy, a wyników dalej nie będziemy osiągać – stwierdził Krzysztof Zdobylak.

W trakcie spotkania poruszono także tematy dotyczące emigracji lekarzy i lekarzy dentyków, ich kształcenia podyplomowego oraz potencjału oddelegowania niektórych obowiązków lekarzy – z grupy administracji i procesów wewnętrznych, jak i wstępnego wywiadu z pacjentem – innym profesjonalistom medycznym. Wstępna estymacja NRL sugeruje, że przekazanie tych zadań pozwoliłoby uzyskać w samej ambulatoryjnej opiece specjalistycznej podobną oszczędność efektywnościową, jak wykształcenie ok. 5 tys. dodatkowych lekarzy.

- W Polsce utarło się, że jeżeli rozmawiamy o oddawaniu kompetencji medycznych lekarzy to zazwyczaj pierwsze o kim się myśli to pielęgniarki i ratownicy. Problem polega na tym, że kryzys kadrowy pielęgniarek jest jeszcze większy niż lekarzy. W liczbach bezwzględnych doszliśmy do takiego momentu, że w grupie wiekowej lekarzy do 45 r.ż. i pielęgniarek do 45 r.ż. mamy w Polsce więcej lekarzy niż pielęgniarek, gdzie ten stosunek w dobrze funkcjonujących systemach powinien być, że na jednego lekarza powinno przypadać ok. 3 pielęgniarek – wyjaśnił rzecznik prasowy NIL.

W wynikach analizy zespołu wskazano również cztery główne bolączki ochrony zdrowia w Polsce:

1. Niedostateczna koncentracja na satysfakcji pacjenta (oraz

- świadczeniodawcy i zarządzającego, które wzajemnie się napędzają w ramach „pętli satysfakcji”).
2. Niedostateczny konsensus odnośnie priorytetów w reformie systemu (a w efekcie brak realnych działań naprawczych).
 3. Niedostateczne wdrożenie operacyjne zmian legislacyjnych (zmienianie systemu ustawą, a nie (współ-)pracą u podstaw).
 4. Niedostateczny przepływ informacji w systemie (na niemal każdej płaszczyźnie, generujący liczne nieefektywności, multiplikacje raportowania i brak realnej informacji zarządczej).

5. śniadanie prasowe odbyło się 12.07.2024 r. i poświęcone problematyce wypalenia zawodowego wśród lekarzy w perspektywie jego przyczyn oraz pomysłów na radzenie sobie w z tym coraz częściej pojawiającym się, problemem.

Prelegentami podczas tego spotkania z mediami byli dr Magdalena Flaga- Łuczkiwicz – Pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów, Klaudiusz Komor – wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej i Mateusz Kowalczyk - wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej.

Oddziały w szpitalach powiatowych, szpitalach miejskich zmagają się z największymi niedoborami personelu medycznego i personelu pomocniczego. Prowadzę swój oddział już 10 lat i zauważam, że lekarze z wiekiem zaczynają rezygnować z pracy w szpitalu. Nie jest to związane, jak zwykło się mówić, z kwestiami finansowymi. Obserwujemy objawy wypalenia zawodowego, zniechęcenia do pracy. W ostatnim okresie jest tego coraz więcej, bo i obciążenie pracowników różnymi pracami administracyjnymi jest większe. Praca w szpitalu staje się ciągłym stresem, ciągłym biegiem i próbą zmieszczenia w grafiku zarówno odpowiedniej ilości pracy dla pacjenta, rodzin pacjentów, jak i wypełnienia obowiązków biurokratycznych – podkreślał otwierając śniadanie prasowe wiceprezes NRL Klaudiusz Komor.

Spotkanie dotknęło również tematu przyczyn takiego stanu rzeczy, o czym szeroko opowiedziała dr Magdalena Flaga- Łuczkiwicz. *W naszej kulturze zgłaszanie się do psychiatry, do specjalisty zdrowia psychicznego jest obarczone pewnego rodzaju stygmatem, wiąże się ze wstydem – w dużej mierze są to odczucia wewnętrzne, ale również reakcje społeczne. To zjawisko jest bardzo uzewnętrznione i zinternalizowane szczególnie w środowisku lekarskim. Badania z całego świata potwierdzają tę teorię. Przyczyną tego zjawiska jest fakt, iż lekarz to taki zawód, w którym pomaga się innym, więc, idąc tym tropem – jeśli pomagamy innym, to czy nie możemy pomóc sobie? To absolutnie błędne przekonanie, nawet psychiatra, który ma pełną wiedzę na temat zaburzeń psychicznych nie powinien leczyć sam siebie, bo nie jest wobec siebie obiektywny. Specjaliści zdrowia psychicznego nie są też odpowiednio przeszkoleni w tym, jak pomagać swoim kolegom, jak podejść do pacjenta, który jest lekarzem. Lekarze często nie wiedzą też, gdzie się zgłosić, często przerywają leczenie, stosują samoleczenie. Model myślenia o własnym zdrowiu jest też w pewien sposób skonstruowany od samych studiów medycznych, lekarze są uczeni ignorowania własnego zdrowia i wypierania własnej słabości – dodała dr Magdalena Flaga-Łuczkiwicz.*

Prelegenci odnieśli się także do tematu korelacji pomiędzy organizacją systemu ochrony zdrowia w Polsce a stanem zdrowia psychicznego lekarzy oraz stygmatyzacją samej dziedziny psychiatrii jako takiej.

System nie pomaga, nie zrzucalbym wszystkiego na system, jest to tzw. czynnik wyzwalający i gdy pewne obciążenia padają na podatny grunt, to konkretne dolegliwości i objawy się pojawiają. To, co stanowi istotny problem, to fakt, iż nasz system nie proponuje lekarzom żadnego wsparcia, rozwiązania dla grupy zawodowej lekarzy. Samorząd zawodowy próbuje wziąć to na siebie. Borykamy się z tym, że osoby wykonujące zawód psychiatry nie są uważane ...za lekarzy. Psychiatria jest spychana na margines, proszę także zwrócić uwagę, że przez lata szpitale psychiatryczne były monospecjalistycznymi molochemi usytuowanymi np. w lesie, poza miastem, na obrzeżach. To nie były działania przypadkowe. Dopiero w ostatnich latach wykonaliśmy

ogromną pracę – częściowo to media ją wykonały odczarowując stygmat choroby psychicznej i szukania pomocy – podkreślał Mateusz Kowalczyk, wiceprezes NRL.

Podsumowując spotkanie dr Magdalena Flaga- Łuczkiwicz podkreśliła, iż *najważniejsze, aby lekarze pamiętali, że są ludźmi niezależnie od tego, jak bardzo dzielni muszą być w zawodzie, który wykonują. Muszą pamiętać, że nie ma nic złego w tym, by zadbać o siebie, być asertywnym.*

Ostatnie tegoroczne 6. śniadanie prasowe odbyło się 26.11.2024 r. i upłynęło pod hasłem **Drogowskaz etyczny** - poświęcone kwestii nowelizacji Kodeksu Etyki Lekarskiej. Nowy kodeks zacznie obowiązywać od 1. stycznia 2025 r. W spotkaniu z przedstawicielami mediów wzięli udział prof. dr hab. n. med. Paweł Łuków, dr n. med. Artur de Rosier – przewodniczący Komisji Etyki Lekarskiej NIL, Klaudiusz Komor - wiceprezes NRL i Jakub Kosikowski – rzecznik prasowy NIL. Nowy kodeks został uchwalony podczas Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy w maju br. Prace nad zmianami trwały ponad 2 lata. Jest jednym z najlepszych i najbardziej przystających do obecnych realiów wykonywania pracy lekarza dokumentem na skalę europejską.

Krok po kroku staramy się, aby nowy kodeks stał się dokumentem, który od razu wejdzie w życie – stąd ten okres ponad półroczny, w którym edukujemy lekarzy- edukujemy m.in. poprzez konsekwentne publikacje i działania Działu Mediów NIL oraz Gazety Lekarskiej – powiedział otwierając spotkanie rzecznik prasowy Naczelnej Izby Lekarskiej Jakub Kosikowski.

Gdy dzieje się coś złego, często pomysłem jest, by wymyślić nowy przepis – zaostrzający reguły. Same przepisy nie działają. Działają struktury i działa edukacja (...) Prewencja polega na odpowiednim edukowaniu lekarzy, zaznajamianiu ich z pewnymi strukturami – podkreślał prof. dr hab. n. med. Paweł Łuków mówiąc o roli komentarzy do KEL oraz wszelkich działań informacyjno – edukacyjnych prowadzonych obecnie przez samorząd.

Co obejmuje nowelizacja?

Dokument został praktycznie przepisany na nowo, mówi wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej, Klaudiusz Komor. Został on napisany praktycznie od początku i przede wszystkim zawiera takie elementy, których poprzedni kodeks nie zawierał, a które powstały na skutek tego, że bardzo zmieniają nam się czasy, zmienia nam się środowisko pracy. Pojawia się m.in. sztuczna inteligencja i pojawia się wiele rzeczy, które w tej chwili w pracy lekarza, codziennej pracy lekarza, mogłyby budzić wątpliwości, co jest etyczne, co nie jest etyczne. Decyzja o nowych zapisach w kodeksie etyki lekarskiej podjął Krajowy Zjazd Lekarzy w maju. Do kodeksu etyki lekarskiej są przygotowywane komentarze, które będą pomocne w interpretowaniu zapisów kodeksu – podkreśla wiceprezes.

Komisja Etyki była pewnym narzędziem, dokonaliśmy zarówno konsultacji społecznych, jak i samorządowych. Najpierw zapytaliśmy lekarzy – gdzie zauważacie pewne braki, zawiązaliśmy akcję „Zadaj pytanie Komisji Etyki”. Odpowiedzi lekarzy dały nam pewien asumpt do tego, że wiedzieliśmy od czego zacząć, w którą stronę pójść. Zaczęliśmy pracować nad każdym kolejnym artykułem. To duża ewolucja, znowelizowaliśmy niektóre pojęcia, zamieniliśmy np. pojęcie „chory” na pojęcie „pacjent”, bo nie każdy pacjent to osoba chora – mówił dr n. med. Artur de Rosier.

W niektórych miejscach brzmienie kodeksu zostało zaostrzone. Dyskusję wzbudziły zapisy, w którym słowo „powinien” zostało zamienione na „obowiązek”. Konsultacje społeczne objęły również spotkania z przedstawicielami organizacji pacjenckich oraz organizacji lekarskich m.in. Porozumieniem Zielonogórskim.

Najważniejsze artykuły opatrzone są komentarzami publikowanymi co środę na stronie internetowej Naczelnej Izby Lekarskiej. Kodeks Etyki Lekarskiej ma odpowiadać na wyzwania i pytania w zakresie moralności. Kodeks, ale i komentarze do niego mają lekarzowi ułatwić odpowiedź na dylemat, czy dane zachowanie, które planuje podjąć ma charakter dobry i zgodny z kodeksem.

Kwestia teleporady

Rekomendujemy i uważamy, że najlepszą formą kontaktu lekarz- pacjent jest jednak forma kontaktu osobistego. Niekiedy forma teleporady jest formą podyktowaną okolicznościami żywymi np. nieplanowanym wyjazdem i brakiem zabezpieczenia leków na daną ilość dni – podkreślał dr Artur de Rosier. Zastosowaliśmy „miękkiego” stwierdzenia, że nie zaleca się formy teleporady w stosunku do pacjenta, którego lekarz wcześniej nie konsultował. Teleporada ma na celu zapewnienie ciągłości leczenia, przedłużenie kuracji, aby odnieść się do sytuacji, w której zaszła jakaś zmiana. Nie wszystko da się wykonać w drodze teleporady.

Proponuję, by spojrzeć na zawód lekarza jako na zawód polegający na przetwarzaniu informacji. Pozbawianie się dostępu do informacji powoduje obniżenie jakości diagnostyczno- terapeutycznej pracy lekarza. Dlatego właśnie wizyta osobista jest najlepsza, bo niesie więcej informacji np. widoczność mowy ciała, odcienia skóry objętej chorobą. Warto zobaczyć na czym polega ten zawód. Na przetwarzaniu informacji – stwierdził prof. Paweł Łuków.

Kontrowersje wokół receptomatów

W kwestii receptomatów mamy do czynienia z komunikacją asynchroniczną – pacjent wypełnia ankietę a lekarz nie ocenia jej w czasie rzeczywistym, co trudno nazwać wywiadem – dodał dr Artur de Rosier. W usłudze tego typu nie ma bezpośredniego kontaktu z pacjentem. Komisja Etyki Lekarskiej stoi na stanowisku, iż w tym zakresie powinniśmy dążyć do kontaktu w czasie rzeczywistym w formie wideokonferencji bądź audiokonferencji.

Siła KEL

Kodeks jest tak silny jak silna jest edukacja lekarzy i jak silny jest system odpowiedzialności zawodowej. Te dwa elementy składają się na skuteczność kodeksu. Uspójnienie językowe służy jednoznaczności, stąd nowelizacja pewnych sformułowań. – podsumował prof. Paweł Łuków.

Cykl śniadań prasowych pozwolił na innego rodzaju dialog z przedstawicielami mediów oraz pogłębienie tematów, które w mijającym roku uznane były za priorytet działań środowiska lekarskiego.

fot. Karolina Bartyzel, Alicja Szczypczyk, Adrian Boguski/ Dział Mediów NIL

