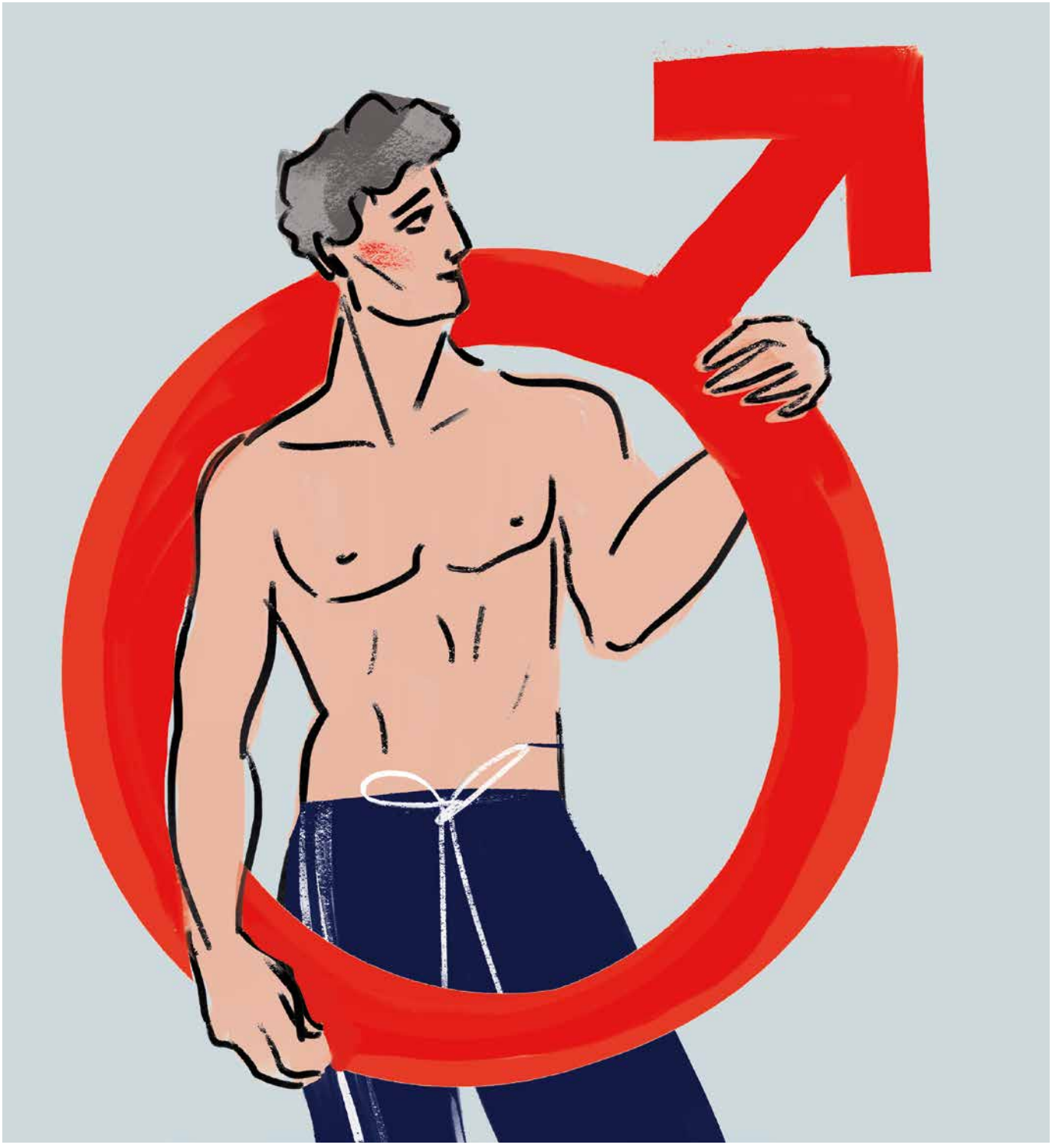
listopad 2026 (376)

puls

Miesięcznik Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie
im. prof. Jana Nielubowicza



ISSN 1232-0161 egzemplarz bezpłatny

Zdrowie Polaka pod lupą | Mężczyzna na receptę | Panowie, czas się ruszyć



Uroczyste wręczenie dokumentów

„Prawo Wykonywania Zawodu Lekarza" i „Prawo Wykonywania Zawodu Lekarza Dentysty"

16.11.2026 i 23.11.2026

Muzeum Narodowe w Warszawie

Zapisy trwają

Bądź z nami w tym ważnym dniu

Zeskanuj kod QR i śledź bieżące informacje.



okładka: Marta Konarzewska

Spis treści

TEMAT NUMERU

4 | **Męskie zdrowie do poprawki**
Aleksandra Sokalska

5 | **Zdrowie wymaga odpowiedzialności**
Artur Drobniak

6 | **Panowie, zdrowie poczeka?**
Artur Białoszewski

8 | **Męskie zdrowie zaczyna się od ruchu**
Rozmowa z Robertem Korzeniowskim, najbardziej utytułowanym polskim mistrzem olimpijskim, o zdrowiu mężczyzn w Polsce i roli, jaką w ich życiu pełni sport

11 | **Miesiąc zdrowia mężczyzn**
Małgorzata Terlecka-Maciejewska

12 | **Mężczyzna na receptę**
Paweł Walewski

MEDYCYNA

14 | **Trzy pytania, które mogą zmienić rozmowę z palącym pacjentem,** czyli jak rozmawiać o rzucaniu palenia bez oceniania
Piotr Jankowski

SPRAWY LEKARZY DENTYSTÓW

18 | **Samorząd to jedno z najlepszych narzędzi, jakie mamy**
Rozmowa z Anną Prawdzik, Marcinem Gawędą i Marcinem Śmiechowiczem z Komisji ds. Lekarzy Dentystów na temat roli samorządu

22 | ***Evidence-based... design?***
Anna Prawdzik

ZDROWIE PUBLICZNE

24 | **W Węgrowie młody lekarz nie jest jednym z wielu**
Karolina Stępniewska

28 | **Medycyna w wersji Insta**
Wywiad z prof. dr. hab. Wojciechem Feleszką z Kliniki Pneumonologii i Alergologii Wieku Dziecięcego WUM

32 | **Nabici w AI. Jak nie utopić pieniędzy, kupując rozwiązania sztucznej inteligencji?**
Artur Olesch

PRAWO

34 | **Dziesiątki nowych regulacji nie rozwiążą problemów z cyberbezpieczeństwem w zdrowiu**
Inga Stawicka

36 | **Lekarz stażysta w polskim systemie ochrony zdrowia**
Gabriela Pacek

40 | **Mniej chaosu, więcej kontroli. Jak lekarz pracodawca może lepiej zarządzać zespołem**
Anna Zielińska

IZBA BLIŻEJ LEKARZY

42 | **Mały pomysł, duża zmiana**
Wywiad z Karolem Stępniewskim, wiceprezesem ORL w Warszawie i przewodniczącym Zespołu ds. Budżetu Partycypacyjnego, na temat programu i inicjatyw, które warto zgłaszać w ramach budżetu

44 | **#Student Bliżej Izby: zajrzeć do samorządu od środka**
O drugiej edycji programu staży wakacyjnych opowiadają jego uczestnicy

46 | **Kick off Meeting 2026: wiedza i integracja w Otwocku**
Relacja z ósmej edycji spotkania szkoleniowo-integracyjnego organizowanego przez izbę

50 | **Aktualności Komisji ds. Kultury**

52 | **Aktualności Komisji ds. Sportu**

54 | **Inauguracja roku akademickiego 2026/2027 LUTW „Nestor"**

PO DYŻURZE

56 | **Gdańsk Schopenhauera**
Monika Miłosz

Pobierz
PDF lub e-book!

Męskie zdrowie do poprawki



ALEKSANDRA SOKALSKA
redaktor naczelna

O męskim zdrowiu często mówi się w kontekście zaniedbywania badań profilaktycznych. Gdyby mężczyźni regularnie się badali, żyliby dłużej i w lepszym zdrowiu. Zmienić tę sytuację ma kampania Movember, której celem jest podnoszenie świadomości na temat problemów zdrowotnych mężczyzn, szczególnie raka prostaty i innych nowotworów. To kampania niezwykle potrzebna, ale moim zdaniem trafiająca przede wszystkim do młodych mężczyzn. Jak więc dotrzeć do pozostałych? Ten temat porusza Artur Białoszewski, dyrektor Ośrodka Strategii i Analiz OIL w Warszawie. Podkreśla, że *pacjentowi trzeba językiem dostosowanym do sytuacji wyjaśnić cel badań, wspólnie ustalić dalsze kroki i poprosić, by własnymi słowami opowiedział, jak rozumie swoje zdrowie i jaki cel chciałby osiągnąć poprzez oferowane świadczenia.* Bo… *sama ulotka czy też skierowanie na właściwe źródło wiedzy w internecie nie zastąpi rozmowy.*

Same badania profilaktyczne jednak nie wystarczą. Kiedy zapytałam Roberta Korzeniowskiego, wielokrotnego mistrza olimpijskiego, co jego zdaniem najbardziej kuleje w męskim zdrowiu, odpowiedział: *Największym wyzwaniem pozostaje niska aktywność fizyczna mężczyzn, szczególnie ta podejmowana z myślą o zdrowiu, a nie o wynikach sportowych.* I dodał: *właśnie od ruchu warto zacząć – bo aktywność fizyczna może stać się pierwszym krokiem do bardziej świadomego dbania o zdrowie.*

Mieszkając w Warszawie, można odnieść mylne wrażenie, że mężczyźni są aktywni fizycznie: trenują, biegają maratony, biorą udział w triathlonach. To stosunkowo nowe zjawisko nie tylko może zniekształcać obraz aktywności fizycznej Polaków, ale także niesie ze sobą wiele niebezpieczeństw. Pisze o nich w swoim felietonie Paweł Walewski, analizując męskie podejście do zdrowego stylu życia. Wnioski nie są niestety zbyt optymistyczne, bo dbanie o zdrowie może przerodzić się w jego zaprzeczenie. Walewski wróży: *Lekarze w Polsce muszą przygotować się na to, że pacjent „zoptymalizowany" (słowo odmieniane na wiele sposobów ze słownika medycznych znachorów) stanie się stałym elementem ich krajobrazu zawodowego.*

Aby mężczyźni mogli dożywać później starości w dobrym zdrowiu, potrzebne są różnorodne działania i wielowymiarowe podejście. Dlatego 4 listopada Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie organizuje konferencję „Zdrowie po męsku". Będzie to okazja do merytorycznej, a zarazem inspirującej dyskusji o tym, jak skutecznie zachęcać mężczyzn do dbania o zdrowie i jak budować w Polsce kulturę profilaktyki. Serdecznie Państwa na nią zapraszam. ●

fot. Zuzanna Sokalska

Przeciążenie pracą? Wypalenie zawodowe?
Zapraszamy lekarzy i lekarzy dentystów na **trening balintowski**
Terminy najbliższych spotkań:
20 listopada | **18 grudnia** | godz. 18.00–20.30
Spotkania stacjonarne w siedzibie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie przy ul. Puławskiej 18.
Szczegółowe informacje i zapisy na stronie:

Zdrowie wymaga odpowiedzialności



ARTUR DROBNIAK
prezes ORL w Warszawie

Współcześni lekarze dysponują wiedzą i możliwościami, o których jeszcze niedawno nawet nie śniono, lecz nawet najlepsze osiągnięcia medycyny nie wystarczą, jeśli pacjent nie zdecyduje się w odpowiednim momencie z nich skorzystać. Budowanie świadomości zdrowotnej, szczególnie w erze fake newsów oraz ciągłego pośpiechu, jest dziś ważnym zadaniem dla całego naszego środowiska zawodowego. Lekarska odpowiedzialność nie kończy się już wyłącznie na postawieniu diagnozy, wdrożeniu leczenia i zamknięciu drzwi gabinetu.

SAMORZĄD LEKARSKI NIE MOŻE BYĆ OBOJĘTNY

Mimo coraz większej presji wywieranej na lekarzy, prób podważania naszego autorytetu i coraz częstszych ataków na przedstawicieli środowiska medycznego nie możemy tracić z pola widzenia tego, co stanowi istotę naszego powołania. Zdrowie społeczeństwa nie jest i nigdy nie było dla medyków drugorzędną kwestią. Politycy próbują sprawić, by pacjenci stali się zakładnikami sporów, emocji czy kryzysu zaufania, który obserwujemy w debacie publicznej, a nasze wypowiedzi, niezależnie od formy przekazu, są manipulowane i pomijane. Ale przetrwamy ten trudny czas, bo prawda o systemie opieki zdrowotnej się ostatecznie obroni.

Samorząd lekarski oczywiście ma w tym zakresie szczególną odpowiedzialność. Z jednej strony stanowczo bronimy lekarzy, naszych praw, bezpieczeństwa i dobrego imienia. Z drugiej – nie zapominamy o działalności na rzecz pacjentów i zdrowia publicznego. Te zadania nie stoją ze sobą w sprzeczności. Przeciwnie – wynikają z odpowiedzialności, jaką niesie ze sobą zawód lekarza, oraz tej, którą jako samorząd ponosimy za godne wykonywanie naszej pięknej i ważnej pracy.

W LISTOPADZIE O ZDROWIU MĘŻCZYZN

Próbując cały czas docierać również do naszych pacjentów, 4 listopada Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie organizuje konferencję poświęconą zdrowiu mężczyzn. Chcemy rozmawiać o najważniejszych wyzwaniach zdrowotnych – o profilaktyce, diagnostyce i leczeniu, ale także o przyczynach kulturowych czy społecznych, przez które tak wielu mężczyzn zbyt późno korzysta z pomocy medycznej. Termin konferencji nie jest przypadkowy. W listopadzie obchodzimy Międzynarodowy Miesiąc Zdrowia Mężczyzn.

Nadchodząca konferencja jest naturalną kontynuacją wydarzenia „Zdrowa Polka – profilaktyka, diagnoza, system", podczas którego dyskutowaliśmy o najważniejszych problemach zdrowotnych kobiet. Obie inicjatywy wyrastają z tego samego przekonania: samorząd lekarski powinien być zaangażowanym uczestnikiem debaty o zdrowiu społeczeństwa.

WSPÓLNOTA ZOBOWIĄZUJE

Poprzez wiedzę, edukację i rozmowę możemy przyczynić się do tego, że kolejne osoby w porę wykonają badanie, wcześniej zgłoszą się do lekarza lub potraktują poważnie sygnały wysyłane przez własny organizm, dlatego warto takie działania podejmować, zarówno zespołowo, jak i indywidualnie w swojej praktyce i otoczeniu.

Zapraszam Państwa na konferencję poświęconą zdrowiu mężczyzn. Będzie to okazja do wymiany wiedzy i doświadczeń, ale również do przypomnienia, że niezależnie od presji, z jaką mierzy się dziś nasze środowisko, pozostajemy przede wszystkim lekarzami – odpowiedzialnymi za zdrowie i życie naszych pacjentów. To odpowiedzialność, która nas łączy. I warto, aby właśnie ona była źródłem naszej wspólnej siły.

fot. Marcin Faliński

Panowie, zdrowie poczeka?





ARTUR BIAŁOSZEWSKI
dyrektor Ośrodka Strategii i Analiz OIL w Warszawie

Rzymski filozof Seneka w „O krótkości życia" opisywał ludzi pochłoniętych obowiązkami, ambicjami i cudzymi sprawami, którzy własne życie odkładają na później. Przekonywał, że liczy się nie tylko liczba przeżytych lat, lecz także sposób ich wykorzystania. Dlaczego więc odkładamy również badania, wizytę u lekarza i troskę o zdrowie, od którego zależą nasze plany? I czy wszyscy mamy podobne szanse na długie życie w zdrowiu?

fot. Marcin Szumowski

Według GUS w 2025 r. przeciętne trwanie życia przy urodzeniu wynosiło 75,4 roku dla mężczyzn i 82,5 dla kobiet. Między latami 2015 a 2025 wydłużyło się u obu płci, a różnica zmalała z ok. ośmiu do 7,1 roku, co pokazuje, że wpłynęła na to głównie poprawa warunków naszego życia niezależna od płci. Równie ważne jest trwanie życia w zdrowiu. W 2024 r. wynosiło ono odpowiednio 61,6 roku dla mężczyzn i 65,3 roku dla kobiet. Chodzi o lata bez długotrwałych ograniczeń codziennej aktywności z powodów zdrowotnych. To czas na rodzinę, dorastanie wnuków, wspólne podróże. Odkładając plany, łatwo zapomnieć, że później może zabraknąć zdrowia, by je zrealizować.

Listopad zachęca do spojrzenia na męskie zdrowie szerzej niż tylko przez profilaktykę onkologiczną. Raport NIZP PZH–PIB „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2025" pokazuje, że w 2023 r. na choroby krążenia i nowotwory złośliwe przypadało po ok. jednej piątej utraconych potencjalnych lat życia mężczyzn przed 75. urodzinami. W wyniku samobójstw zmarło niemal sześciokrotnie więcej mężczyzn niż kobiet. W latach 2020–2022 mężczyźni w wieku 30 lat z wykształceniem wyższym mogli oczekiwać o 12,8 roku dłuższego życia niż ich rówieśnicy z wykształceniem gimnazjalnym lub niższym. U kobiet różnica była mniejsza: 8,8 roku. Wiedzę o zdrowiu trzeba zatem rozpatrywać wraz z warunkami pracy, dochodami i dostępem do opieki, związanym także z miejscem zamieszkania.

Co ciekawe, w 2023 r. mężczyźni z miast do 10 tys. mieszkańców mieli krótsze trwanie życia niż mieszkańcy wsi (74 lata wobec 74,2 roku). Najdłuższe odnotowano w miastach od 200 tys. mieszkańców (75,8 roku, o 1,8 roku więcej niż w najmniejszych miejscowościach). Zachęcając do profilaktyki, trzeba u naszych pacjentów uwzględniać również aspekt dostępności specjalistów, dojazd do poradni czy możliwość uzyskania wolnego w pracy. Nabiera to szczególnego znaczenia w czasie, gdy NFZ wprowadza wskaźniki jakości



oparte m.in. na udziale osób w badaniach profilaktycznych.

Kolejną miarą są lata życia utracone wskutek zgonów możliwych do uniknięcia. W 2023 r., po uwzględnieniu różnic w strukturze wieku, wskaźnik strat przed 75. urodzinami był u mężczyzn ponadtrzykrotnie wyższy niż u kobiet dla przyczyn, którym można zapobiegać, i ok. 1,7-krotnie wyższy dla przyczyn poddających się leczeniu. Według NIK w „Profilaktyce 40 PLUS" od 2021 r. do końca września 2024 r. pakiet badań wykonało 21 proc. uprawnionych mężczyzn i 26 proc. kobiet – różnica wynosiła tylko albo aż 5 pkt proc. Dane te pokazują, jak wiele pozostaje więc do zrobienia, by wspierać mężczyzn, ale i kobiety w odpowiedzialnym korzystaniu z profilaktyki i opieki zdrowotnej.

Opisane nierówności w zdrowiu są dla Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie wskazówką, by działania edukacyjne w zakresie promowania profilaktyki kierować szczególnie do mężczyzn o niższym wykształceniu oraz zamieszkałych w mniejszych miejscowościach i na wsiach. U tej części specyficznych pacjentów rozmowę mogą utrudniać utrwalone złe nawyki i braki w wiedzy. Warto najpierw zapytać o obawy, a potem o to, co pacjent wie. Językiem dostosowanym do sytuacji wyjaśnić cel badań, wspólnie ustalić dalsze kroki i poprosić, by własnymi słowami opowiedział, jak rozumie swoje zdrowie i jaki cel chciałby osiągnąć poprzez oferowane świadczenia. Należy też podkreślić, że sama ulotka czy też skierowanie na właściwe źródło wiedzy w internecie nie zastąpi rozmowy. W badaniu Biblioteki Narodowej z 2025 r. lekturę choć jednej książki zadeklarowało 34 proc. mężczyzn, zapewne nie z tej grupy najwyższego ryzyka. Przede wszystkim zatem warto skupiać się na niwelacji barier w dostępie do profilaktyki, wspierając pacjentów m.in. przez zachęcanie do badań, pomoc w ustaleniu dogodnego terminu oraz przypominanie o badaniu.

Oczywiście nie są to zadania wyłącznie dla lekarza, lecz wspólne zobowiązanie wszystkich działających w systemie ochrony zdrowia. Warto jednak zastanowić się, komu powierzyć odpowiedzialność za koordynację profilaktyki i ciągłość podejmowanych działań, aby wysiłek wielu osób składał się na spójną opiekę nad pacjentem. Wspólna troska o zdrowie potrzebuje bowiem jasno określonych ról i współpracy – tak by człowiek zachęcany do zadbania o siebie wiedział, na czyje wsparcie może liczyć, i nie pozostawał sam na drodze od zaleceń do ich realizacji. ●

fot. licencja OIL w Warszawie



Męskie zdrowie zaczyna się od ruchu

„Sport to zdrowie" – wszyscy znają, nie wszyscy stosują. O męskim zdrowiu nie tylko sportowców rozmawiam z **Robertem Korzeniowskim**, najbardziej utytułowanym polskim mistrzem olimpijskim, który po zakończeniu kariery aktywnie propaguje zdrowy styl życia.

rozmawiała: **ALEKSANDRA SOKALSKA**



fot. archiwum prywatne

Sportowcy mają dostęp do lekarzy, fizjoterapeutów i diagnostyki, więc chyba dość szybko uczą się dbać o swoje zdrowie. Czy jednak po zakończeniu kariery taki zdrowotny nawyk pozostaje?

Jeżeli został wykształcony podczas kariery sportowej, a nie wynikał wyłącznie z przymusu okresowych kontroli – pozostaje. Brakuje natomiast wsparcia medycznego, które pomagałoby sportowcom przechodzić w stan postwyczynowca. Kiedy kończymy karierę sportową, nie przechodzimy już badań okresowych, więc nie wiemy, czy np. nie mamy jakichś przeciwwskazań do uprawiania danego sportu niewyczynowego. I jeśli na to nałoży się brak nawyku chodzenia do lekarza, możemy mieć zdrowotne problemy.

Czyli zdarzają się sportowcy, którzy po zakończeniu kariery przestają dbać o zdrowie?

Oczywiście. Tacy sportowcy mogą wówczas borykać się z nagłym wzrostem wagi, różnymi chorobami narządów ruchu lub układu kardiowaskularnego – to bardzo częste efekty nagłego zaprzestania uprawiania sportu

i raptownego wymknięcia się z systemu kontroli medycznej.

Dlatego, uprawiając sport wyczynowy, warto myśleć o tym, że jest się sportowcem przez całe życie. Dobrze też byłoby w ramach odpowiedzialności społecznej zadbać o zdrowie sportowców wyczynowych także po zakończeniu przez nich karier – to taka moja sugestia skierowana do instancji państwowych i biznesowych partnerów wspierających wyczynową karierę.

Zakończenie kariery sportowej wiąże się ze zmianą stylu życia. Jak zmieniło się pana podejście do aktywności fizycznej, diety, profilaktyki zdrowotnej?

Przez pierwszych pięć lat po zakończeniu kariery sportowej przechodziłem proces roztrenowania. Nie oznaczało to rezygnacji z aktywności fizycznej, lecz ograniczenie intensywności i zmianę charakteru treningów. Szczególnie trudne były pierwsze dwa lata, gdy musiałem odnaleźć się w nowej rzeczywistości zawodowej. Kierowanie redakcją sportową, liczne spotkania i nieregularny tryb pracy sprawiały, że trudno było zachować dotychczasowy rytm życia.

Pomogły mi dwie rzeczy: nie zrezygnowałem z ruchu i włączyłem się w promowanie sportu powszechnego, m.in. poprzez zaangażowanie w rozwój akcji Polska Biega, która rzeczywiście w latach 2007–2009 swoim zasięgiem objęła cały kraj. Uznałem, że zachęcając innych do aktywności, sam również powinienem dawać przykład. Dzięki temu stopniowo odnalazłem się poza sportem wyczynowym.

Z czasem, jako aktywny amator, zacząłem lepiej rozumieć swoje potrzeby zdrowotne. Po czterdziestce, szczególnie ok. 45. roku życia, większą wagę zacząłem przywiązywać do treningu siłowego. Masa mięśniowa wypracowana w trakcie kariery nie utrzymuje się samoistnie, a aktywność wytrzymałościowa już nie wystarcza, by kompleksowo zadbać o zdrowie i sprawność. Konieczne jest również wzmacnianie mięśni, które wspiera samodzielność i ułatwia codzienne funkcjonowanie.

Istotnym elementem stała się także profilaktyka: regularne badania, w tym przesiewowe, takie jak kolonoskopia oraz kontrola znamion skórnych. Lata spędzone na świeżym powietrzu uświadomiły mi, jak ważna jest ochrona przed słońcem i konsultowanie niepokojących zmian z lekarzem.

Dziś najważniejsze nie są już wyniki, lecz sprawność, dobre samopoczucie i możliwość aktywnego życia przez kolejne lata. Sport nauczył mnie dyscypliny i konsekwencji, które nadal pomagają mi dbać o zdrowie. Wiem też, że zdrowie to nie tylko kondycja fizyczna, ale również psychiczna. Ruch, profilaktyka, odpoczynek i regeneracja powinny iść w parze. Warto o tym pamiętać, zwłaszcza że wielu mężczyzn wciąż odwleka wizytę u lekarza do momentu pojawienia się wyraźnych dolegliwości.

Miał pan zatem w swoim życiu lub otoczeniu sytuację, która pokazała z całą brutalnością, że nie warto czekać z konsultacją?

Oczywiście, myślę, że każdy z nas może przytoczyć takie przypadki, kiedy się okazuje, że jest już bardzo późno albo wręcz za późno. Ja jednak staram się regularnie badać i w takim kulcie badań i poszanowania ochrony zdrowia jako partnera na całe życie zostałem wychowany przez mamę pielęgniarkę.

Czego, pana zdaniem, polscy mężczyźni potrzebują dziś przede wszystkim: więcej ruchu, lepszej diety czy większej świadomości badań profilaktycznych?

Jeśli chodzi o świadomość badań profilaktycznych, dużą rolę odgrywają tu kobiety – nasze partnerki i żony. Często to właśnie one zachęcają mężczyzn do regularnego kontrolowania stanu zdrowia. Dlatego moim zdaniem największym wyzwaniem pozostaje niska aktywność fizyczna mężczyzn, szczególnie ta podejmowana z myślą o zdrowiu, a nie o wynikach sportowych. Kiedy patrzymy na maratony czy triathlony, możemy odnieść wrażenie, że mężczyźni w wieku 45–55 lat są bardzo aktywni. To jednak nieco zafałszowuje obraz, ponieważ widzimy przede wszystkim osoby nastawione na osiąganie wyników i rywalizację. Jeśli jednak spojrzymy na osoby, które po prostu uprawiają sport rekreacyjnie, to wśród nich jest zdecydowanie mniej mężczyzn niż kobiet. Podobne

Klub Lekarza Przedsiębiorcy

Dla lekarzy
i lekarzy dentystów
prowadzących własną
działalność

Dołącz już dzisiaj!
Zeskanuj kod QR
i wyślij swoje zgłoszenie



Okręgowa
Izba Lekarska
w Warszawie

obserwacje mam na podstawie projektu sportowego Fundacji Roberta Korzeniowskiego, w ramach którego można m.in. trenować chód sportowy. Wśród osób po czterdziestce, które świadomie decydują się na regularną aktywność fizyczną, zdecydowanie przeważają kobiety. Mężczyźni pozostają w mniejszości, a to oznacza, że mamy w tym obszarze sporo do nadrobienia.

Wciąż zbyt łatwo akceptujemy nadmierną masę ciała, sprowadzając ją do stwierdzenia, że ktoś jest po prostu „tęgim chłopem". Nie dostrzegamy przy tym, że może to być sygnał problemów zdrowotnych, które ograniczają sprawność i utrudniają wykonywanie nawet podstawowych czynności. Zmiana tego sposobu myślenia to kolejne wyzwanie, z którym musimy się zmierzyć.

Wierzę, że regularny trening i aktywność fizyczna są wyrazem troski o samego siebie. Kiedy zaczynamy się ruszać, lepiej odczuwamy własne ciało, szybciej zauważamy jego ograniczenia i zmiany w samopoczuciu. To z kolei może pomóc nam otworzyć się na rozmowę o zdrowiu, zainteresować się profilaktyką i częściej wykonywać badania.

Dlatego uważam, że właśnie od ruchu warto zacząć – bo aktywność fizyczna może stać się pierwszym krokiem do bardziej świadomego dbania o zdrowie.

Pana fundacja od lat angażuje się w promocję sportu i zdrowego stylu życia. Jakiej zmiany w podejściu Polaków do aktywności fizycznej najbardziej chciałby pan dokonać poprzez jej działalność?

Chciałbym, aby sport stał się naturalną częścią życia całych rodzin. Żeby dzieci, rodzice i dziadkowie nie tylko wzajemnie się wspierali, ale też wspólnie odkrywali radość z aktywności fizycznej. Dla każdego oznacza ona coś innego: dziecko stawia pierwsze kroki w sporcie, mama znajduje czas dla siebie i na nowo odkrywa możliwości swojego organizmu, a dziadkowie, wspierając wnuki, sami zyskują motywację, by zadbać o zdrowie i przeżyć sportową drugą młodość.

Chcemy pokazywać, że sport nie musi być wyłącznie rywalizacją i wyczynem – może być przede wszystkim źródłem radości, integracji i sposobem na budowanie rodzinnych więzi.

W programie „Poczta w ruchu" zwraca pan uwagę nie tylko na samą aktywność, ale także na bezpieczne rozpoczynanie ćwiczeń, przygotowanie organizmu i regenerację. Czy z pana doświadczenia właśnie umiejętności rozsądnego trenowania najbardziej brakuje osobom, które nagle postanawiają „wziąć się za siebie"?

Oczywiście. Często wydaje nam się, że wystarczy podjąć mocne postanowienie, by zmienić swoje życie. Takie decyzje szczególnie często zapadają w okolicach Bożego Narodzenia, ale równie szybko, jak je podejmujemy, potrafimy z nich zrezygnować. Nie zawsze wynika to jednak z braku motywacji. Często po prostu zaczynamy trenować w sposób niedostosowany do naszych możliwości, bez odpowiedniego przygotowania i wsparcia specjalistów. W efekcie narażamy się na urazy i zniechęcamy, dochodząc do błędnego wniosku, że sport nie jest dla nas albo że jest przeznaczony wyłącznie dla zdrowych.

Tymczasem ruch jest do zdrowia niezbędny, niezależnie od wieku czy kondycji zdrowotnej. Kluczowe jest jednak to, by dobierać aktywność rozsądnie, uwzględniając własne możliwości i stopniowo zwiększając obciążenia. Osoba, która dopiero zaczyna, nie powinna od razu rzucać się na dwugodzinny mecz tenisa czy siatkówki, bo takie sporty wymagają dobrej sprawności, koordynacji i przygotowania do dynamicznych ruchów. Nawet pozornie proste aktywności, takie jak pływanie, jazda na rowerze, chodzenie czy bieganie, wymagają odpowiedniego dawkowania wysiłku, doboru sprzętu i warunków treningu. Chodzi o to, by ruch nam służył, a nie stał się kolejnym źródłem problemów zdrowotnych.

Dużo mówimy o tym, że mężczyźni potrzebują zdrowszego stylu życia. Jednak można także zaobserwować, że coraz więcej z nich intensywnie trenuje, jednocześnie sięgając po napoje energetyczne, suplementy czy różnego rodzaju substancje wspomagające. Gdzie pana zdaniem – jako doświadczonego sportowca – przebiega granica między wspieraniem organizmu a zachowaniami, które mogą mu szkodzić?

Przede wszystkim trzeba być rozsądnym. Jeśli sięgamy po środki, które pozornie dodają energii, a w rzeczywistości pobudzają organizm do wykorzystywania jego rezerw, powinniśmy zadać sobie pytanie: czy rzeczywiście zyskujemy energię, czy po prostu nadmiernie eksploatujemy organizm?

Podobnie jest ze środkami przeciwbólowymi. Z niepokojem obserwuję reklamy sugerujące, że po zażyciu leku można bez przeszkód trenować czy startować w zawodach. To niebezpieczne podejście, bo ból jest sygnałem ostrzegawczym. Maści i żele przeciwbólowe mogą przynieść ulgę, ale jednocześnie zamaskować poważniejszy problem. Podobnie jest ze zmęczeniem – to naturalny sygnał, który trzeba szanować, a nie za wszelką cenę z nim walczyć. Organizm potrzebuje odpoczynku i nie wolno ignorować sygnałów przez niego wysyłanych.

Jeśli chodzi o suplementację, warto konsultować ją ze specjalistami i regularnie wykonywać badania, by sprawdzać, czy rzeczywiście mamy jakieś niedobory. Na rynku jest wiele preparatów, których skuteczność nie została potwierdzona, a niektóre mogą wręcz szkodzić zdrowiu. Dlatego zamiast przyjmować suplementy na własną rękę, lepiej zadbać o odpowiednią dietę i w razie potrzeby skonsultować się z lekarzem, najlepiej medycyny sportowej.

Przy zwykłej, umiarkowanej aktywności fizycznej, zgodnej z zaleceniami WHO, zazwyczaj nie potrzebujemy dodatkowej suplementacji. Najważniejsze są właściwe odżywianie i regeneracja. Inaczej wygląda sytuacja sportowców wyczynowych czy osób z określonymi problemami zdrowotnymi, które mogą potrzebować dodatkowego wsparcia, ale również powinno być ono świadome i uzasadnione.

Po prostu musimy nauczyć się słuchać własnego organizmu, zamiast nieustannie zmuszać go do przekraczania granic. Jeśli potraktujemy go jak przyjaciela, a nie przeciwnika, będzie nam dobrze służył przez całe życie. ●

Miesiąc zdrowia mężczyzn



MAŁGORZATA TERLECKA-MACIEJEWSKA
wiceprezes ORL w Warszawie

W listopadzie panowie zapuszczają wąsy. Movember to inicjatywa pożyteczna, ale łatwo ją potraktować jak sezonową modę. Tymczasem za nią stoi liczba, która w każdej innej dziedzinie życia wywołałaby debatę na pierwszych stronach gazet.

SIEDEM LAT, O KTÓRYCH MILCZYMY

Według GUS chłopiec urodzony w Polsce w 2025 r. przeżyje przeciętnie 75,4 roku, dziewczynka 82,5 roku. Ponad siedem lat różnicy to jedna z największych luk płci w Unii Europejskiej. Nawet w Warszawie, gdzie żyje się najdłużej w kraju, mężczyźni tracą do kobiet ponad pięć i pół roku. Gdyby taka różnica dzieliła dwa województwa, mówilibyśmy o wykluczeniu zdrowotnym i domagali się programów wyrównawczych. Ponieważ dzieli dwie płcie, przyjmujemy ją z fatalizmem, jakby była prawem natury. A natura tłumaczy tylko część tej przepaści. Resztę piszą choroby układu krążenia rozpoznane po pierwszym zawale, nowotwory wykryte w stadium uogólnienia, alkohol, tytoń, wypadki i samobójstwa, w których mężczyźni stanowią zdecydowaną większość.

To nie jest biologia. To epidemiologia zaniechania.

KWESTIA BEZPIECZEŃSTWA

Przywykliśmy mówić o bezpieczeństwie energetycznym czy militarnym. Rzadziej o zdrowotnym, choć to ono decyduje o odporności państwa na kryzysy. Przedwczesne zgony mężczyzn w wieku produkcyjnym to nie tylko indywidualne tragedie. To ubytek w rynku pracy, w systemie emerytalnym i co rzadko się mówi, w potencjale obronnym kraju, który opiera się głównie na mężczyznach.

Pandemia COVID-19 była tu bolesną lekcją. Mężczyźni umierali częściej niż kobiety, a obciążenia kardiometaboliczne okazały się czynnikiem ryzyka niemal równie ważnym jak wiek. Populacja z nieleczonym nadciśnieniem, otyłością i cukrzycą jest bezbronna wobec następnego kryzysu.

Jest też rachunek, który jako kobieta widzę wyraźnie. Kobiety żyją dłużej, ale nie zawsze lepiej. Często spędzają ostatnie lata w samotności albo jako nieformalne opiekunki mężów. Zaniedbane zdrowie mężczyzny staje się obciążeniem dla zdrowia kobiety. Męska luka zdrowotna to problem rodzin i całego systemu.

KULTURA BEZPIECZEŃSTWA, KTÓREJ BRAKUJE

Lotnictwo zbudowało swoją niezawodność na prostej zasadzie: drobny sygnał ostrzegawczy zgłasza się, zanim stanie się katastrofą. Pilot nie wstydzi się listy kontrolnej, a zgłoszenie usterki jest dowodem profesjonalizmu, nie słabości. Męska kultura zdrowia działa odwrotnie.

Kobiety od młodości uczy się czegoś innego. Cytologia, badanie piersi, regularna wizyta u ginekologa to dla większości z nas rytuał, którego nikt nie kwestionuje. Mężczyźni nie mają odpowiednika takiego stałego kontaktu z systemem. Przez dekady pojawiają się w nim głównie jako przypadki ostre. Samochód obowiązkowo przechodzi przegląd co roku; organizm mężczyzny po czterdziestce często nie przechodzi go wcale.

SZEWC BEZ BUTÓW

Ten tekst czytają lekarze, więc nie mogę pominąć nas samych. Lekarze mężczyźni powielają wzorce swoich pacjentów, tyle że z lepszym uzasadnieniem. Wiedza medyczna nie chroni przed chorobą. Daje raczej lepsze argumenty, by ją zbagatelizować. Autodiagnoza na korytarzu, recepta wystawiona samemu sobie, kolonoskopia odkładana, bo *wiem, jak to wygląda*.

Dbałość o siebie nie jest w naszym zawodzie egoizmem. Jest odpowiedzialnością wobec tych, których leczymy.

OD GESTU DO SYSTEMU

Nie chodzi o kolejną kampanię z plakatem. Chodzi o zmianę sposobu, w jaki system ochrony zdrowia widzi mężczyzn: nie jako pacjentów, którzy pojawią się, gdy będą musieli, ale jako grupę wymagającą aktywnego docierania. Wiemy, jak to robić. Programy przesiewowe dla kobiet pokazały, że imienne zaproszenie, przypomnienie i prosta ścieżka diagnostyczna zmieniają zachowania skuteczniej niż apele. Mężczyźni potrzebują podobnej architektury, a nie odwoływania się do męskiej odwagi.

Samorząd lekarski chce być w tej rozmowie partnerem: zarówno w promowaniu profilaktyki, jak i we wspieraniu lekarzy, którzy sami stają się pacjentami. Wąsy zgolimy w grudniu. Siedem lat różnicy zostanie z nami, dopóki nie uznamy ich za problem, który da się rozwiązać.

fot. Marcin Faliński

Mężczyzna na receptę



PAWEŁ WALEWSKI
autor jest publicystą „Polityki”



W epoce influencerów od fitnessu zdrowie stało się projektem do wykonania. A projekt, jak wiadomo, można zawsze jeszcze trochę poprawić.

Mężczyzna siedzi naprzeciwko lekarza i wyciąga telefon. Nie pokazuje wyniku rezonansu ani morfologii. Pokazuje aplikację – a właściwie listę kilkunastu, czasem kilkudziesięciu pozycji, jakby właśnie reklamował stan posiadania sklepu zielarsko-medycznego. Pyta o dietę, białko, testosteron, kreatynę. Potem o peptydy. Czasem o coś na regenerację, co pozwoli szybciej spalić tłuszcz, ale nie stracić mięśni. W końcu pada pytanie zasadnicze: czy można to wszystko brać razem?

To „wszystko” potrafi być imponujące. Białko w proszku, kreatyna, magnez, witamina D, omega-3, elektrolity, kolagen, cynk, ashwagandha, kofeina, pre-workout, post-workout, coś na sen i na testosteron albo jeszcze „na kortyzol”. A kiedy suplementacja przestaje wystarczać, pojawiają się środki, których nazwy brzmią jak kod produktu w laboratorium: SARM-y, analogi hormonów, preparaty mające wpływać na hormon wzrostu i gospodarkę metaboliczną.

Dla lekarza przyjmującego w polskim gabinecie – czy to internisty, urologa, czy kardiologa – ta kulturowa zmiana nie jest teoretyczną dywagacją z zakresu socjologii medycyny. To konkretny pacjent. Ma 24 lata, perfekcyjnie zarysowaną muskulaturę, zegarek monitorujący zmienność rytmu zatokowego z dokładnością do milisekundy i ten telefon – najważniejszy gadżet samokontroli. Ktoś taki zjawia się nie po to, by pytać o zdrowie, ale by zareklamować swój własny, starannie wyreżyserowany proces biohackingu. Chce konsultacji, ale wyłącznie w charakterze zatwierdzenia decyzji, które podjął po wysłuchaniu wywodu 30-letniego eksperta od długowieczności z Teksasu.

Tak oto wkroczyliśmy w erę, w której gabinet lekarski przestaje być świątynią wiedzy medycznej, a staje się okienkiem reklamacyjnym dla cyfrowych utopii. Obserwacja fizjologii młodego mężczyzny wymaga najpierw zrozumienia jego religii. A u podstaw tej dogmatycznej struktury leży proteina. Makroskładnik, który jeszcze pokolenie temu kojarzył się po prostu z kotletem schabowym lub szklanką mleka, dziś urósł do rangi metafizycznego spoiwa egzystencji. W świecie promowanym przez męskich influencerów – od wyznawców diety mięsnej po orędowników czystej kalisteniki – białko przestało być budulcem tkanek. Stało się miarą wartości moralnej. Spożycie dwóch gramów na kilogram masy ciała to absolutne minimum dla kogoś, kto szanuje swoją podwzgórzowo-przysadkową oś. Trzy gramy? Dążenie do doskonałości. Wszystko poniżej interpretowane jest jako prosta droga do spadku libido i intelektualnej stagnacji.

Eksperci od nefrologii i medycyny metabolicznej patrzyć muszą na te tendencje z mieszanką przerażenia dla ignorancji podstawowych praw fizjologii. Młodzieńcy, faszerujący się codziennie kilogramami piersi z kurczaka, szejkami białkowymi i batonami proteinowymi o smaku słonego karmelu, zapominają o drobnych szczegółach architektonicznych własnego organizmu. Bo gdy do gabinetu trafia dwudziestoparolatek z podwyższonym poziomem stężenia mocznika i kreatyniny, rzadko można u niego podejrzewać pierwotne kłębuszkowe zapalenie nerek. Częściej jest to efekt trwającego od pół roku eksperymentu żywieniowego, w którym warzywa uznano za antyodżywcze, a szklanka wody została za-

fot. Leszek Zych / „Polityka”



stąpiona napojem z ekstraktem z różowej soli himalajskiej i BCAA.

Jeszcze kilka lat temu takie skróty – BPC-157 lub CJC-1295 – rezerwowane były dla wąskiego grona badaczy; dziś te sekwencje aminokwasów są odmieniane przez wszystkie przypadki na siłowniach, forach internetowych i w prywatnych wiadomościach na Instagramie. Inżynieria tkankowa w wydaniu domowym stała się nowym symbolem statusu. Promowana jest jako panaceum na wszystko: od naciągniętego ścięgna Achillesa, przez nieszczelne jelito, aż po stany lękowe. Z kolei peptydy uwalniające hormon wzrostu mają gwarantować wieczną młodość, niski poziom tkanki tłuszczowej i regenerację w cztery godziny głębokiego snu.

Z punktu widzenia dowodów naukowych większość tych substancji znajduje się w fazie badań przedklinicznych lub posiada znikome, często metodologicznie słabe próby kliniczne. Wiele z nich opatrzonych zostało klauzulą „Product for research use only" (Produkt wyłącznie do celów badawczych). Nie stanowi to jednak problemu, by ściągnąć je do własnej lodówki.

Trudno zrozumieć skalę tego zjawiska bez przyjrzenia się mechanice mediów społecznościowych. Algorytmy nie promują umiaru. Umiar jest nudny, nie generuje wyświetleń i nie sprzedaje kodów rabatowych na suplementy. Promują natomiast skrajność.

Wzorzec nowoczesnego hipermężczyzny opiera się więc na ciągłej gotowości bojowej. Przewlekły stres związany z narzuconym rygorem treningowym oraz drastyczną restrykcją kaloryczną prowadzi do permanentnie podwyższonego poziomu kortyzolu. Młody człowiek trafia w błędne koło: im bardziej stara się wyglądać i zachowywać jak okaz samca alfa, tym szybciej jego własny układ endokrynologiczny odmówi posłuszeństwa.

Dla czytelników „Pulsu" najtrudniejszym aspektem tej nowej mody jest zmiana relacji pacjent – lekarz. Współczesny młody mężczyzna trafia do gabinetu uzbrojony w komplet badań, których wartości często nie potrafi zinterpretować w kontekście klinicznym, ale które traktuje jak wyrok. Oto wybrane sceny z codziennego teatru medycznego:

Pomiary kortyzolu ze śliny o czterech porach dnia – pacjent analizuje krzywą wykrzyknikiem i domaga się leczenia „zmęczenia nadnerczy" (jednostki chorobowej niespełniającej kryteriów medycyny opartej na faktach).

Oznaczanie poziomu SHBG i wolnego testosteronu – interpretowane bez uwzględnienia wahań dobowych, poziomu białka całkowitego czy po prostu stanu ogólnego pacjenta.

Profil lipidowy – pacjent z apolipoproteiną B (ApoB) na poziomie wskazującym na wysokie ryzyko sercowo-naczyniowe bagatelizuje wynik, ponieważ w internetowym podcaście usłyszał, że „cholesterol to kłamstwo przemysłu farmaceutycznego", a jedynym miernikiem zdrowia jest poziom insuliny na czczo.

W tej sytuacji lekarz powinien przestać być diagnostą i przeobrazić się w tłumacza, który spędzi 20 minut (z 15-minutowej wizyty) na prostowanie mitów wykreowanych przez ludzi, których jedyną kwalifikacją jest umiejętność dobrego doświetlenia klatki piersiowej na filmie w serwisie YouTube.

Nie łudźmy się: kult męskości zorientowany na absolutną kontrolę nad własną biologią nie jest zjawiskiem tymczasowym. To odpowiedź na głębszy kryzys tożsamościowy. W świecie, który stał się nieprzewidywalny, w którym ścieżki zawodowe są niestabilne, a relacje społeczne ulotne, ciało pozostaje ostatnim bastionem, nad którym młody mężczyzna wydaje się mieć pełną kontrolę. Jeśli zje odliczone 220 gramów białka, wykona trening o odpowiedniej objętości, przyjmie peptyd BPC-157, w swoim wyobrażeniu osiągnie stan doskonały. To iluzja, za którą cenę wystawia sama fizjologia. Jest nią często przedwczesne zużycie układu krążenia, uszkodzenia narządów wewnętrznych, zaburzenia płodności oraz głębokie zaburzenia psychiczne z kręgu dysmorfofobii.

Dla środowiska medycznego wyzwanie polega na znalezieniu języka, który pozwoli dotrzeć do tych ludzi. Lekarz nie musi być psychoterapeutą ani krytykiem subkultury. Powinien jednak rozpoznawać sytuację, w której zachowania prozdrowotne zaczynają przybierać formę wynaturzenia. Tradycyjny paternalizm (*Proszę to odstawić, bo to panu szkodzi*) już nie działa. Wywołuje jedynie reakcję obronną i ucieczkę w jeszcze głębsze czeluści internetowej szarlatanerii. Potrzebna jest precyzyjna, oparta na faktach edukacja, połączona z odrobiną zdrowego sarkazmu, który potrafi rozbroić napuszony ton męskich autorytetów z mediów społecznościowych.

Lekarze w Polsce muszą przygotować się na to, że pacjent „zoptymalizowany" (słowo odmieniane na wiele sposobów ze słownika medycznych znachorów) stanie się stałym elementem ich krajobrazu zawodowego. Warto zatem poznać jego język, zrozumieć lęki i mieć pod ręką argumenty szybsze niż czas reakcji po zażyciu wysoce stymulującej przedtreningówki. Ponieważ pod warstwą twardego bicepsu i peptydowej pewności siebie niejednokrotnie kryje się po prostu przerażony dwudziestolatek, który uwierzył, że musi być półbogiem, by zasłużyć na własną akceptację. ●

fot. licencja OIL w Warszawie

Trzy pytania, które mogą zmienić rozmowę z palącym pacjentem,

czyli jak rozmawiać o rzucaniu palenia bez oceniania



DR N. MED. PIOTR JANKOWSKI

Rozmowa o zaprzestaniu palenia nie musi zaczynać się od słów: *Musi pani rzucić*. Czasem wystarczą trzy proste pytania, by zamiast przekonywać pacjenta do zmiany, pomóc mu samemu znaleźć powody, dla których chce przestać palić.



Doktorze, ale ja naprawdę lubię palić... No ale, jak już musisz, to pogadajmy...

Tak na **pierwsze pytanie** odpowiedziała 45-letnia pacjentka z rozpoznaniem astmy. Była w moim gabinecie po raz pierwszy, ale – jak twierdziła – przyszła „tylko po zaświadczenie dla lekarza rodzinnego z tymi samymi lekami co do tej pory".

Moje pytanie brzmiało:

– Co pani na to, żebyśmy chwilę porozmawiali o paleniu?

Chwilę później padło **drugie**:

– A na ile chciałaby pani rzucić – w skali od 0 do 10? Zero oznacza: w ogóle o tym nie rozmawiamy, bo szkoda mojego i pani czasu, a 10 – po wyjściu z tego gabinetu nie wypala pani już żadnego papierosa.



fot. licencja OIL w Warszawie

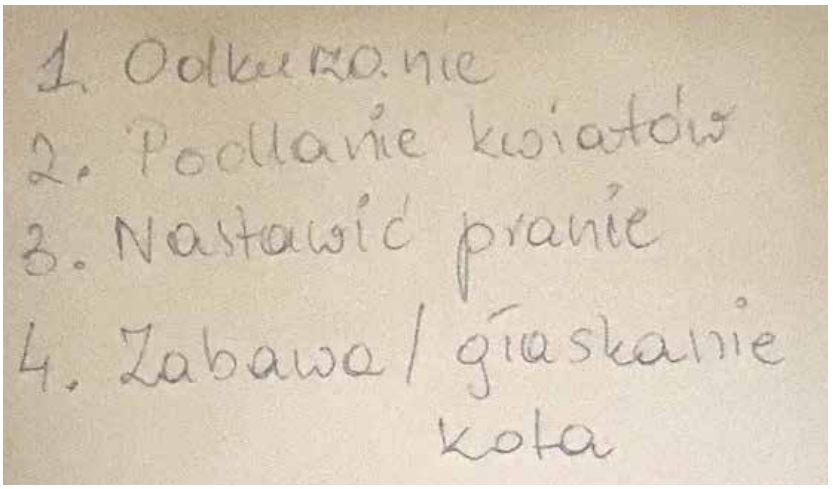
I rozmowa ruszyła.

Mimo że chwilę wcześniej zapewniała, że „lubi palić", pacjentka oceniła swoją gotowość do rzucenia na 5.

Zadałem więc **trzecie pytanie**:

– Dlaczego aż 5, a nie 1?

To jedno z moich ulubionych pytań w rozmowie z osobą palącą. Nie pytam, dlaczego nie jest „na 10". Proszę, żeby sama powiedziała, co już sprawia, że myśli o zmianie. Pacjentkę martwił mokry kaszel, nie podobały jej się zmarszczki wokół oczu. Nie bez znaczenia był również aspekt finansowy.



Pomysły pacjentki na chwile głodu nikotynowego. Materiał własny

DIALOG MOTYWUJĄCY

Właśnie na tym opiera się dialog motywujący (ang. *Motivational Interviewing*), którego twórcami są William Miller i Stephen Rollnick. Zamiast przekonywać pacjenta do zmiany, staramy się wydobyć jego własne powody, dla których zmiana może być dla niego ważna.

Te trzy pytania stały się dla mnie czymś w rodzaju stałego początku rozmowy z osobą palącą. Kiedy zaczynam dialog w ten sposób, najpierw pytam o zgodę na rozmowę, potem o gotowość do rzucenia, a następnie proszę pacjenta, żeby sam nazwał swoje powody do wprowadzenia zmiany.

Dopiero wtedy przechodzimy do tego, **jak rzucić**.

CO MOŻE PANI UTRUDNIĆ RZUCENIE PALENIA?

Zanim ustalimy konkretny plan, wspólnie zastanawiamy się, co może być dla pacjenta największą trudnością.

Ta konkretna pacjentka obawiała się przytyć po rzuceniu palenia. Problemem był również palący mąż.

– Kupię krokomierz i postaram się więcej chodzić, a męża będę wyrzucała na zewnątrz – zaproponowała.

Opracowała również własną listę czynności, które będzie wykonywała, kiedy pojawi się silna chęć zapalenia papierosa. Ważne: to mają być przede wszystkim pomysły pacjenta, który zna swoje życie lepiej ode mnie.

Warto też powiedzieć pacjentowi, że głód nikotynowy przypomina falę – narasta, osiąga szczyt i po pewnym czasie słabnie. Nie każdą falę trzeba „pokonać". Czasem wystarczy ją przeczekać, nie zapalając papierosa.

DOBRZE, ALE KIEDY?

Jeżeli pacjent rzeczywiście chce rzucić, nie kończę na deklaracji. Pytam:

– To kiedy pani rzuca?

Ważna jest konkretna data. „Rzucę, ale kiedyś" łatwo odłożyć na później. Nie naciskam, nie mówię, że to musi być jutro. Znowu daję pacjentowi przestrzeń, żeby sam ustalił termin.

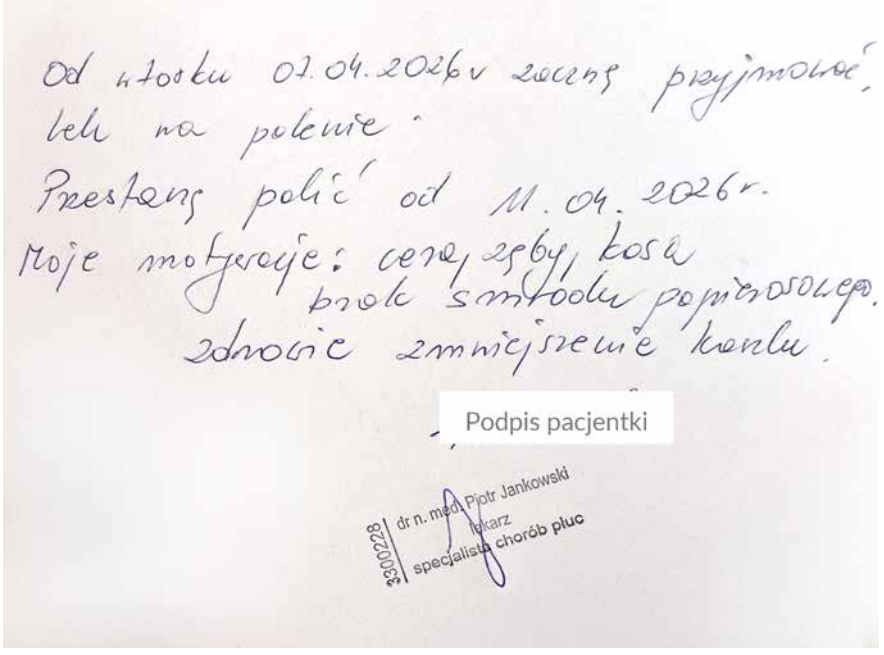
– Może we wtorek po świętach... Na Wielkanoc przyjeżdża do mnie „pół wojska", będę miała dużo stresu... Ale we wtorek rzucam.

I mamy plan.

A CO Z LEKAMI?

Farmakoterapia jest ważnym elementem leczenia uzależnienia od nikotyny. Warto uwzględnić preferencje pacjenta, wcześniejsze doświadczenia i możliwości finansowe. Do dyspozycji mamy m.in. nikotynową terapię zastępczą oraz cytyzynę. Bupropion stosuję znacznie rzadziej, a wareniklina od kilku lat nie jest dostępna w Polsce.

W praktyce problemem bywa nie tylko brak leczenia, ale również jego niewłaściwe stosowanie. Pacjent aplikuje



Spisany plan, deklaracja i motywacje pacjentki. Materiał własny

wyłącznie plaster, mimo że potrzebuje dodatkowego leczenia krótkodziałającą formą nikotyny.

Guma nikotynowa często jest nieprawidłowo żuta – jak zwykła guma. Tabletki z cytyzyną są przyjmowane nieregularnie albo terapia zostaje zakończona zbyt wcześnie.

Moja pacjentka miała już doświadczenie z cytyzyną. Poprzednim razem odstawiła ją po kilku dniach, kiedy ochota na papierosa wyraźnie się zmniejszyła. Wkrótce wróciła do palenia. Tym razem dokładnie omówiliśmy terapię i ustaliliśmy, że będzie stosowała ją zgodnie ze schematem.

Jeśli czas pozwala, na koniec wizyty robię jeszcze jedną rzecz – pacjentka spisuje swój plan i deklarację, a następnie oboje ją podpisujemy. To nie jest kontrakt z lekarzem.

To jej własna deklaracja, do której zawsze będzie mogła wrócić w trudniejszym momencie.

I co było dalej z moją pacjentką?

Rzuciła. Na kontrolną wizytę przyszła już nie po zaświadczenie ani po przedłużenie leków. Przyszła się pochwalić.

– Nie palę. Powiem panu więcej, doktorze – mąż pozazdrościł i po trzech dniach też rzucił.

Jej kaszel ustąpił. Była zadowolona również z tego, jak wygląda jej skóra. Wróciliśmy do tematu astmy. Okazało się, że rozpoznanie wymagało ponownej weryfikacji.

Po zaprzestaniu palenia objawy, z powodu których wcześniej przyjmowała leki, ustąpiły, a leczenie astmy mogliśmy odstawić.

Nie wiem, czy gdybym na początku powiedział tej pacjentce: *Musi pani rzucić palenie, bo inaczej będzie miała pani zaostrzenia astmy*, osiągnąłbym ten sam efekt.

Wiem natomiast, że trzy proste pytania pozwoliły rozpocząć zupełnie inną rozmowę:

Czy zgadza się pani, żebyśmy porozmawiali o paleniu?

Na ile chciałaby pani rzucić, w skali od 0 do 10?

Dlaczego właśnie x, a nie 1?

Nie zawsze mam czas na taką rozmowę. Czasem udaje się zadać tylko trzy pytania i umówić pacjenta na kolejną wizytę. Innym razem zmieniam konwencję i zamiast zadawać pytania, koncentruję się na tym, co utrudnia pacjentowi podjęcie decyzji o zmianie. Czasem rozmowa wygląda jeszcze inaczej – najważniejsze, żeby była dopasowana do pacjenta.

Nie zawsze też kończy się to sukcesem za pierwszym razem. Uzależnienie od nikotyny jest chorobą przewlekłą z tendencją do nawrotów. Ale kiedy po kilku tygodniach przychodzi pacjent i mówi: *Doktorze, nie palę* – satysfakcja jest ogromna.

Tego Państwu – i sobie – życzę. ●

Zapraszamy na szkolenia!

Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów zaprasza członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie na bezpłatne szkolenia online i stacjonarne. Za wszystkie zdobywa się punkty edukacyjne.

LISTOPAD 2026

3.11 | godz. 18.00–20.00 – **„Wtorki z wiedzą": Jak tworzyć skuteczne programy profilaktyczne? Od teorii do wdrażania działań populacyjnych. Narodowy Program Zdrowia na lata 2027–2036** – dr hab. n. med. i n. o zdr. Justyna Grudziąż-Sękowska, szkolenie we współpracy z Zespołem ds. Matek Lekarek (online)

4.11 | godz. 18.00–20.00 – **Antybiotykoterapia praktyczna w szpitalu – algorytmy i nowości** – dr n. med. Paweł Grzesiowski (online)

16.11 | godz. 19.00–21.00 – **„Wchodzę w to! – Pierwsze kroki z pełnym PWZ": Od zera do gabinetu – rejestracja praktyki lekarskiej krok po kroku: RPWDL, CEIDG, ZUS, BDO** – r. pr. Krzysztof Gołębiewski, szkolenie we współpracy z Komisją Młodych Lekarzy (online)

17.11 | godz. 19.00–21.00 – **Bezpieczeństwo medyka** – mec. Michał Mistrzak (online)

19.11 | godz. 19.00–21.00 – **Konsultacja pacjentocentryczna: struktura wizyty w 12 minut** – Małgorzata Wywrot (online)

24.11 | godz. 19.00–21.00 – **„Wchodzę w to! – Pierwsze kroki z pełnym PWZ": Lekarz pod ochroną – nie tylko odpowiedzialność wobec pacjenta** – Jerzy Wieczorek, szkolenie we współpracy z Komisją Młodych Lekarzy (online)

25.11 | godz. 16.00–20.00 – **Lekarz w świecie finansów: finanse osobiste i korzystne podatkowo formuły inwestowania** – dr Maciej Zaleśkiewicz, szkolenie we współpracy z Klubem Lekarza Przedsiębiorcy (stacjonarnie w Warszawie)

26.11 | godz. 19.00–21.00 – **Leczenie uzależnienia bez oceniania – jak skutecznie wspierać pacjentów w rzucaniu palenia?** – dr n. med. Piotr Jankowski, lek. Mikołaj Kutka (online)

Więcej informacji i zapisy:

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie

CERMED
CENTRUM ROZWOJU MEDYCYNY

Patron medialny
puls

Lekarskie Mikołajki 2026

Zapisy trwają!

5-6 grudnia | 10:00-18:00

Majaland Warsaw



Samorząd to jedno z najlepszych narzędzi, jakie mamy



Izba lekarska nie musi być dla młodych lekarzy odległą instytucją, kojarzoną wyłącznie ze składkami i formalnościami. Może być miejscem, w którym mają realny wpływ na wykonywanie swojego zawodu. O tym, co skłoniło ich do zaangażowania, z jakimi wyzwaniami mierzą się dziś młodzi lekarze dentyści i jak chcieliby zmieniać samorząd w przyszłości, rozmawiam z **Anną Prawdzik**, **Marcinem Gawędą** i **Marcinem Śmiechowiczem** z Komisji ds. Lekarzy Dentystów ORL w Warszawie.

rozmawiała **DOROTA LEBIEDZIŃSKA**

Dlaczego, jako młodzi lekarze dentyści, zdecydowaliście się zaangażować w działalność samorządu lekarskiego?

Marcin Śmiechowicz (M.Ś.): Przez całe studia słyszeliśmy o izbie lekarskiej i samorządzie zawodowym. Wiedzieliśmy, że po ich ukończeniu siłą rzeczy staniemy się jego członkami, ale długo wydawało nam się to czymś dość abstrakcyjnym – trochę jak urząd, do którego po prostu trzeba się zgłosić w określonej sprawie, np. po prawo wykonywania zawodu czy w związku ze stażem.

W pewnym momencie pojawiła się jednak możliwość bliższego kontaktu z izbą. Kilku naszych znajomych nawiązało współpracę z samorządem, a później zaczęło wykonywać dla niego pierwsze, niewielkie zadania. Dzięki temu mogliśmy zobaczyć, jak ta struktura działa od środka. Pojawiliśmy się również na posiedzeniach Komisji ds. Lekarzy Dentystów i zaczęliśmy poznawać mechanizmy, które w dużym stopniu wpływają na codzienne funkcjonowanie lekarzy.

Marcin Gawęda (M.G.): Dla mnie była to zresztą naturalna kontynuacja wcześniejszego zaangażowania. Na studiach działałem w strukturach parlamentu studentów, więc znałem już ideę samorządności. Zauważyłem wtedy, że wiele problemów, o których studenci rozmawiali między sobą, nigdy nie trafiało do osób, które mogły coś z nimi zrobić. Brakowało łącznika między głosem oddolnym a głosem sprawczym. Z podobnym nastawieniem wszedłem później w działalność samorządu lekarskiego.



fot. D. Lebiedzińska

Anna Prawdzik (A.P.): W moim przypadku ważnym impulsem był również moment życia, w którym się znalazłam. U progu macierzyństwa zaczęłam dostrzegać, jak wiele wyzwań wiąże się z łączeniem zawodu lekarza dentysty z macierzyństwem. Jednocześnie zetknęłam się z problemami, które wcześniej nie były dla mnie tak widoczne.

Biorąc pod uwagę, że zdecydowaną większość grupy zawodowej lekarzy dentystów stanowią kobiety, problemy związane z formą zatrudnienia, urlopem macierzyńskim czy rodzicielskim są naprawdę istotne.

Później zaczęłam patrzeć szerzej. Zobaczyłam, że podobne bariery mogą dotyczyć także lekarzy z niepełnosprawnościami czy innych grup, które z różnych powodów napotykają ograniczenia w pełnym uczestnictwie w życiu zawodowym.

To właśnie bardzo zainteresowało mnie w działalności samorządu – możliwość zauważania takich problemów, opisywania ich i szukania rozwiązań.

Czy przed rozpoczęciem działalności mieliście jakieś wyobrażenie o tym, czym właściwie zajmuje się samorząd?

M.Ś.: Pewne wyobrażenie mieliśmy, ale rzeczywistość okazała się dużo bardziej dynamiczna. Najbardziej zaskoczyło nas to, jak żywy jest samorząd i jak wiele spraw codziennie do niego trafia.

Można odnieść wrażenie, że izba zajmuje się przede wszystkim sprawami formalnymi – prawem wykonywania zawodu, stażami czy różnego rodzaju procedurami. Tymczasem to tylko część jej działalności. Samorząd reaguje również na bieżące problemy środowiska, uczestniczy w debacie publicznej i podejmuje działania, które mają bezpośrednie przełożenie na wykonywanie naszego zawodu.

Zaskoczyło nas także to, jak wiele wsparcia samorząd może zaoferować lekarzom. Wciąż funkcjonuje stereotyp, że izba przede wszystkim pobiera składki i niewiele więcej. Tymczasem możliwości, inicjatywy i formy pomocy są znacznie szersze.

A.P.: Dla mnie również ważne było odkrycie, jak bardzo samorząd jest obecny w aktualnych sprawach środowiska. To nie jest struktura, która działa wyłącznie według raz ustalonego harmonogramu. Pojawiają się nowe wyzwania, problemy prawne, organizacyjne, społeczne czy wizerunkowe i samorząd musi na nie reagować.

Co właściwie daje młodemu lekarzowi dentyście obecność i aktywność w samorządzie?

M.G.: Przede wszystkim możliwość wpływania na problemy, które bezpośrednio nas dotyczą. Ostatnie wydarzenia bardzo dobrze pokazują, że decyzje i działania podejmowane na poziomie samorządu mogą mieć znaczenie dla całego środowiska.

Ale równie ważny jest dostęp do informacji. Żeby skutecznie działać, trzeba najpierw wiedzieć, z jakimi problemami mierzą się różne grupy lekarzy – młodzi, doświadczeni, osoby pod koniec kariery zawodowej czy lekarze pracujący w różnych formach zatrudnienia.

M.Ś.: Pojedynczy lekarz może znać swój problem. Samorząd pozwala zobaczyć skalę zjawiska i sprawdzić, ilu osób ono rzeczywiście dotyczy. Dzięki temu można nie tylko reagować, ale też szukać rozwiązań systemowych.

W przypadku lekarzy dentystów ma to szczególne znaczenie. Pracujemy często w dużym rozproszeniu – w małych gabinetach, kilkuosobowych zespołach czy indywidualnych praktykach. Trudno nam się komunikować i wspólnie wypracowywać stanowisko. Samorząd jest więc jednym z najważniejszych narzędzi, dzięki którym możemy mówić wspólnym głosem i wpływać na warunki wykonywania naszego zawodu.

Czy stomatolodzy rzeczywiście mają łatwiej niż lekarze innych specjalności? Mówi się, że większość pracuje prywatnie i ma większą niezależność.

M.Ś.: To tylko część obrazu. Lekarz dentysta prowadzący własną praktykę jest jednocześnie lekarzem i przedsiębiorcą. Musi zadbać o personel, wyposażenie, odpady medyczne, zaopatrzenie, kwestie prawne i organizacyjne. Odpowiada za wiele obszarów, który-

mi lekarz pracujący w szpitalu nie musi zajmować się osobiście.

Do tego dochodzą problemy związane ze specjalizacją. Stomatologia jest pod tym względem w trudnej sytuacji. Liczba miejsc specjalizacyjnych jest ograniczona, a wiele szkoleń, które pozwalają lekarzowi dentyście zapewnić pacjentom szerszy zakres leczenia, musi on finansować samodzielnie.

To ma również wymiar społeczny. Ograniczona liczba miejsc specjalizacyjnych i ograniczony dostęp do finansowania świadczeń wpływają przecież na dostęp pacjentów do specjalistycznego leczenia stomatologicznego.

A.P.: Warto też pamiętać o problemach związanych z łączeniem pracy zawodowej i życia prywatnego. Stomatologia jest zawodem, w którym wielu lekarzy prowadzi działalność na własny rachunek. Dotyczy to także młodych lekarzy dentystów, którzy często od razu po stażu podyplomowym zaczynają pełnić role lekarza i przedsiębiorcy. Dlatego potrzebujemy rozwiązań, które uwzględniają realne życie lekarzy i realia rynkowe, a nie tylko formalny model wykonywania zawodu.

Jednym z tematów, które pojawiają się w dyskusji o stomatologii, jest mapowanie potrzeb zdrowotnych. Jak patrzycie na pomysł ograniczania liczby gabinetów w określonych regionach?

M.G.: Sama informacja o tym, ilu pacjentów może przypadać na dany region, byłaby bardzo przydatna. Pozwalałaby przedsiębiorcy ocenić potencjał danego miejsca i zaplanować działalność.

Problem zaczyna się wtedy, gdy informacja zamienia się w sztywną regulację ograniczającą możliwość otwarcia gabinetu. Pojawia się wtedy pytanie o ograniczenie swobody działalności gospodarczej.

Trzeba też pamiętać, że geografia nie zawsze odpowiada rzeczywistemu rynkowi pacjentów. Możemy mieć trzy gabinety stojące obok siebie, ale każdy z nich może mieć zupełnie inną grupę pacjentów, przyjeżdżających z różnych części miasta czy nawet spoza niego.

M.Ś.: Z perspektywy młodych lekarzy dodatkowym zagrożeniem byłoby ograniczenie możliwości wejścia na rynek. Jeżeli nie będzie można otwierać nowych praktyk, istniejące, większe podmioty mogą zyskać jeszcze silniejszą pozycję. W konsekwencji mogą zacząć dyktować warunki lekarzom, którzy dopiero rozpoczynają karierę.

Czy w samorządzie jest miejsce na nowe pomysły młodych lekarzy?

A.P.: Zdecydowanie tak. Samorząd jest miejscem dla ludzi, którzy chcą coś zrobić i mają pomysł. Trzeba jednak pamiętać, że działalność samorządowa jest w dużej mierze działalnością społeczną. Sam pomysł nie wystarczy – trzeba poświęcić czas i wziąć odpowiedzialność za jego realizację. Jeżeli ktoś ma pomysł, energię i czas, izba daje naprawdę duże możliwości działania na rzecz środowiska i wprowadzania zmian.

M.G.: Widać to zresztą po liczbie młodych dentystów, którzy angażują się w działalność izby. Jeszcze kilka lat temu takich osób było bardzo niewiele. Dzisiaj jest ich zdecydowanie więcej. To pokazuje, że pomysły młodych lekarzy znajdują przestrzeń do realizacji. Im więcej osób będzie się angażowało, tym większy będzie potencjał samorządu.

Jak wyobrażacie sobie samorząd lekarski za 10–15 lat?

M.Ś.: Mamy nadzieję, że będzie jeszcze bardziej otwarty i że będzie w nim coraz więcej młodych lekarzy. Widzimy już, że liczba osób angażujących się w działalność samorządową rośnie. To dobry sygnał. Chcielibyśmy przede wszystkim, żeby więcej lekarzy dentystów utożsamiało się z samorządem i traktowało go jako swoją reprezentację. Nie jako instytucję, która tylko pobiera składki, ale jako miejsce, do którego można przyjść z problemem i otrzymać pomoc, wsparcie albo reprezentację.

Jeżeli lekarze będą czuli, że izba jest naprawdę ich, łatwiej będzie również budować zaangażowanie w jej działalność.

A.P.: Myślę, że ważne będzie także szukanie nowych sposobów komunikacji. Młodzi lekarze funkcjonują dzisiaj w zupełnie innym środowisku informacyjnym niż wcześniejsze pokolenia. Media społecznościowe, obecność na uczelniach, wydarzeniach dla stażystów czy bezpośrednie spotkania mogą być bardzo skutecznymi sposobami docierania do młodego środowiska.

Najlepszą zachętą może być pokazanie konkretnego, działającego projektu. Jeżeli młody lekarz zobaczy, że jego kolega z uczelni coś stworzył, że można mieć pomysł i rzeczywiście go zrealizować, łatwiej pomyśli: *Ja też mogę spróbować*.

Co powiedzielibyście młodszym kolegom, którzy zastanawiają się, czy zaangażować się w działalność samorządu?

A.P.: Powiedziałabym przede wszystkim: *warto spróbować*. Nie trzeba od razu angażować się na 100 proc. Można przyjść, zobaczyć, czym zajmuje się izba, poznać ludzi i znaleźć obszar, który jest dla nas interesujący.

M.Ś.: W samorządzie jest naprawdę dużo możliwości. Można działać przy problemach zawodowych, ale też angażować się w sport, kulturę, współpracę międzynarodową czy inne inicjatywy.

Dla części osób samorząd jest również po prostu miejscem spotkania z innymi lekarzami. Mamy wspólne wydarzenia, olimpiady sportowe, inicjatywy kulturalne czy spotkania integracyjne.

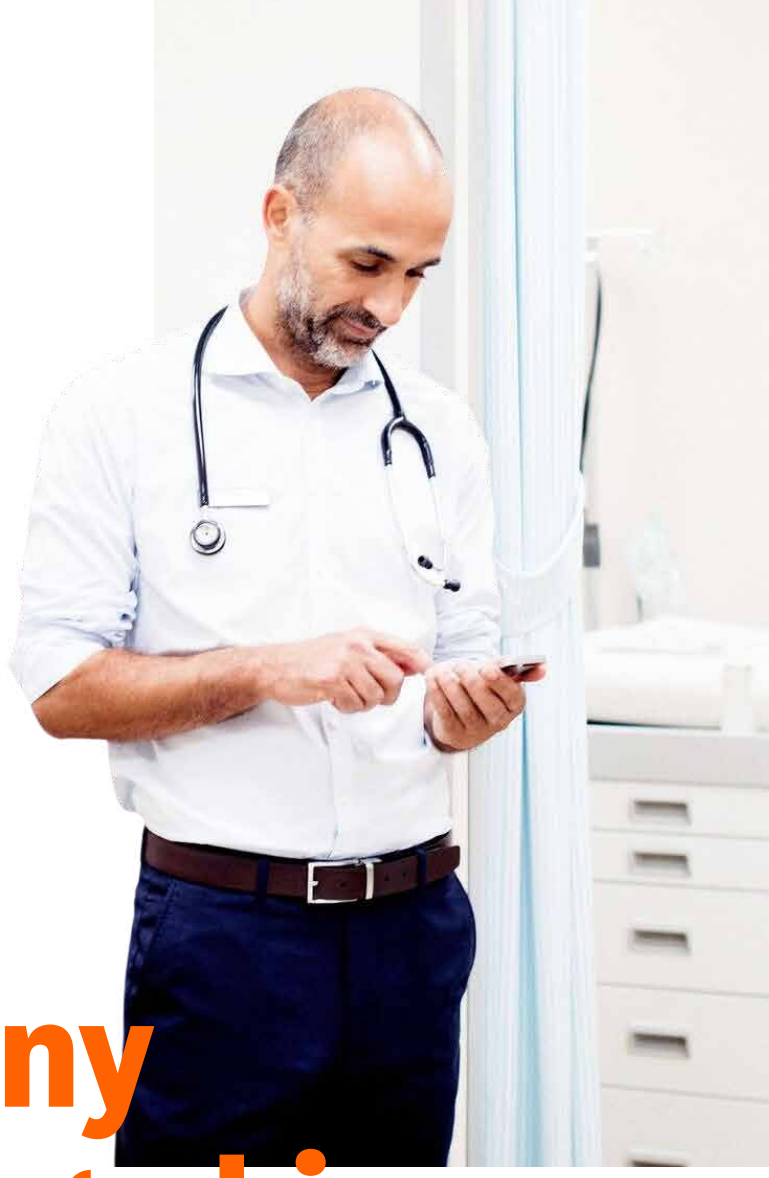
M.G.: Nie każdy musi zajmować się legislacją czy polityką zdrowotną. Ważne jest znalezienie takiej przestrzeni, w której możemy wykorzystać własne zainteresowania i jednocześnie zrobić coś dla środowiska.

Na koniec – jednym zdaniem: dlaczego warto być aktywnym w samorządzie lekarskim?

M.G.: Warto być aktywnym, żeby mieć wpływ na to, jak wygląda nasz zawód, i żeby móc go wspólnie ulepszać.

A.P.: Warto, ponieważ łączy nas coś więcej niż ukończenie podobnych studiów. Wszyscy należymy do jednej grupy zawodowej, mierzymy się z podobnymi problemami i każdego dnia stajemy naprzeciwko pacjenta. Łączy nas etyka lekarska i pewien sposób funkcjonowania w społeczeństwie. Samorząd daje nam przestrzeń, żeby tę wspólnotę budować, rozwijać i działać razem.

M.Ś.: A poza tym samorząd daje możliwość realizowania własnych pomysłów i zainteresowań. Jeżeli ktoś chce działać – możliwości naprawdę jest wiele. ●



Leasing dopasowany do Twojego biznesu

W ING Leasing możesz sfinansować specjalistyczny sprzęt medyczny i diagnostyczny, samochód, laptop oraz inne wyposażenie potrzebne w codziennej pracy.

To wygodne rozwiązanie zarówno dla lekarzy prowadzących jednoosobową praktykę, jak i większych placówek medycznych.

Skorzystaj ze specjalnej oferty w ING Leasing, w ramach której otrzymasz:

- **Preferencyjne warunki leasingu.**
- **E-Voucher 1000 zł do wykorzystania na usługi w aplikacji Mooveno.**
- **Darmową rejestrację auta.**

www.ingleasing.pl/branza-medyczna

ING

Evidence-based... design?



ANNA PRAWDZIK
Zespół Młodych Lekarzy Dentystów
Komisji ds. Lekarzy Dentystów

Pacjenci z lękiem stomatologicznym, dentofobią czy trypanofobią odwiedzają gabinety stomatologiczne każdego dnia. Niepokój przed wizytą jest zjawiskiem częstym i nie dotyczy wyłącznie pacjentów, którzy zgłaszają się z powodu bólu. Doświadczenie pacjenta zaczyna się jeszcze przed wizytą – od pierwszego wejścia na stronę internetową placówki stomatologicznej czy pierwszego telefonu do recepcji. Na co zwraca uwagę pacjent, przekraczając próg gabinetu?

W „Buildings" w 2024 r. ukazał się artykuł dotyczący preferencji pacjentów w zakresie wyglądu poczekalni stomatologicznych. Badanie wykazało, że pozytywnie oceniano obecność w poczekalni żywej roślinności, dużych okien z widokiem na naturę, a także zaokrąglonych kształtów i naturalnych materiałów w wykończeniach. Pacjenci dostrzegali ich potencjał także w ograniczaniu stresu. Obecność żywej roślinności stanowi czynnik związany z koncepcją biofilii, a jej korzystny wpływ w innych badaniach wykazano także w kontekście personelu medycznego.

Niezależnie od wystroju wnętrza badania wskazują też na korelację między poziomem stresu u pacjenta a czasem oczekiwania na wizytę. Istotne elementy poczekalni to również zapachy oraz dźwięki niezwiązane bezpośrednio z leczeniem. Związek muzyki słuchanej przed zabiegiem chirurgicznym, w czasie jego trwania i po nim u dorosłych pacjentów z mniejszym bólem pooperacyjnym, niższym poziomem niepokoju, a także wzrostem satysfakcji pacjenta wykazano w metaanalizie, która ukazała się w magazynie „The Lancet" w 2015 r.

W badaniu opublikowanym na łamach „Patient Preference and Adherence" w 2026 r. wykazano natomiast zależność między kolorem odzieży chirurgów szczękowo-twarzowych a tym, jak postrzegali ich pacjenci wyłącznie na podstawie zdjęć. Najmniej korzystnie wypadał czerwony kolor odzieży medycznej, który naturalnie kojarzony jest z krwią. Granatowy strój wiązano z najwyższym poziomem doświadczenia lekarzy. W innych badaniach kolor granatowy łączony był także z profesjonalizmem i wyższym poziomem zaufania pacjenta.

Moment, w którym pacjent zajmuje miejsce na fotelu stomatologicznym i zmienia pozycję na leżącą, wymaga od personelu medycznego uważnego zarządzania przebiegiem zabiegu. Na komfort pacjenta wpływają nie tylko kompetencje lekarza i przebieg leczenia, lecz także organizacja pracy i sposób komunikacji zespołu. Przekazywanie narzędzi poza zasięgiem wzroku pacjenta, uporządkowana taca z narzędziami czy obecność dodatkowych elementów skupiających uwagę pacjenta, jak obrazy na ścianach czy ekrany na suficie, to przykłady takich rozwiązań. Korzystny wpływ może mieć także zadbanie o komunikację asysty i lekarza, unikanie niezrozumiałego dla pacjenta szeptu, spokojny i pewny ton głosu, jak również ulubiona muzyka pacjenta podczas przeprowadzania zabiegu w gabinecie.

Projektowanie przestrzeni gabinetu i poczekalni w ramach *evidence-based design* staje się praktyką obecną już nie tylko w wybranych gabinetach w sektorze prywatnym. Architektura wnętrz, psychologia koloru, zarządzanie bodźcami dźwiękowymi i zapachowymi stanowią więcej niż dodatek estetyczny. Na doświadczenie pacjenta wpływają zarówno kompetencje kliniczne, wynik leczenia, jak i dbałość o otoczenie czy komunikację. To, z jakim obrazem i wspomnieniem pacjent opuści gabinet, będzie miało natomiast przełożenie nie tylko na dalszą współpracę, ale także na jego ogólne nastawienie do wizyt stomatologicznych. ●



fot. U. Wolińska-Kułaj

fot. licencja OIL w Warszawie

organizatorzy:

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie

Komisja ds. Lekarzy Dentystów ORL w Warszawie

Sekcja Stomatologii Dziecięcej PTS

PTSD Polskie Towarzystwo Stomatologii Dziecięcej

Warszawski Uniwersytet Medyczny – Wydział Lekarsko-Stomatologiczny



ŁĄCZĄC WIEDZĘ, DOŚWIADCZENIE I INNOWACJE DLA ZDROWEGO UŚMIECHU NAJMŁODSZYCH

patronat: Warszawski Uniwersytet Medyczny

4. MIĘDZYNARODOWA KONFERENCJA NAUKOWO-SZKOLENIOWA STOMATOLOGII DZIECIĘCEJ

13-14.11.2026

Centrum Dydaktyczne WUM, ul. Ks. Trojdena 2a, Warszawa

zapisy i program konferencji

patronat medialny: Rynekzdrowia.pl

Sensodyne Proszkliwo · Poldent · GC · voco The Dentalists · ivoclar · infodent24.pl · DMG · CURASEPT · MARS · inter · ARKONA · MANI · elmex · C.WITT DENTAL · Ekodent · septodont · Dentsply Sirona

NASZ CYKL **SZPITALE POWIATOWE**

W Węgrowie młody lekarz nie jest jednym z wielu



Kontynuujemy cykl **Szpitale powiatowe**, w którym przybliżamy placówki naszego regionu. Tym razem „Puls" odwiedził **SPZOZ w Węgrowie**, który przystąpił do przygotowanego przez OIL w Warszawie Programu Wsparcia Szkolenia Specjalizacyjnego. To placówka z ponadstuletnią historią, nowoczesnym zapleczem diagnostycznym i – jak przekonują jego lekarze – miejsce, w którym rezydent może od początku naprawdę uczyć się zawodu.

KAROLINA STĘPNIEWSKA

Jest wrześniowy, słoneczny dzień, samo południe. Do Węgrowa przyjeżdżamy z koordynatorem Programu Wsparcia Szkolenia Specjalizacyjnego lek. Marcinem Matuszewskim. Szpital położony jest w parku – wokół lasy, na terenie placówki starodrzew, wypielęgnowane rabaty i ścieżki. Nowe miesza się tu ze starym. Jeden z budynków przypomina szlachecki dworek, tuż obok znajduje się współczesne skrzydło oddziału chirurgii. Nieco dalej trwa budowa nowoczesnego Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego, którego uroczyste otwarcie zaplanowano na 23 października.

Szlacheckie skojarzenia są tu zresztą jak najbardziej uzasadnione. Szpital oficjalnie działa w tym miejscu od 1923 r. Budynek ufundował hrabia Stanisław Łubieński, który w 1910 r. kupił zespół dworsko-parkowy w Klimowiźnie, obecnie dzielnicy Węgrowa, i przeznaczył go na cele medyczne. W stulecie istnienia placówki jednogłośnie zdecydowano, że szpital powinien nosić imię swojego fundatora.

Dziś SPZOZ w Węgrowie to jednak dużo więcej niż sam szpital. Jak wylicza jego wieloletni dyrektor, lek. Artur Skóra, placówka prowadzi 16 poradni specjalistycznych, sześć ośrodków podsta-



fot. A. Sokalska (5)

Pierwszy budynek szpitalny w Węgrowie połączony jest ze współczesnym skrzydłem



Lek. Artur Skóra, dyrektor SPZOZ w Węgrowie (z lewej), z pomysłodawcą Programu Wsparcia Szkolenia Specjalizacyjnego lek. Marcinem Matuszewskim

wowej opieki zdrowotnej, stomatologię, nocną i świąteczną opiekę zdrowotną, dwa zespoły ratownictwa medycznego oraz medycynę pracy.

Początki działalności szpitala były skromniejsze. Działały tu dwa oddziały – zakaźny i chirurgiczny. Dziś są internistyczno-kardiologiczny, ginekologiczno-położniczy, neonatologiczny, chirurgii ogólnej, pediatryczny oraz anestezjologii i intensywnej terapii. Rocznie szpital przyjmuje od 6 do 7 tys. pacjentów, a ok. 13 tys. osób korzysta z porad ambulatoryjnych na izbie przyjęć. Przy placówce działa również laboratorium, które wykonuje ok. 500 tys. badań rocznie.

DIAGNOSTYKA NA NAJWYŻSZYM POZIOMIE

O węgrowskich pracowniach diagnostycznych dyrektor Skóra mówi z wyraźną dumą. To właśnie ich wyposażenie jest jednym z powodów, dla których – jak podkreśla – szpital może dziś oferować specjalistyczną diagnostykę.

Najnowsza jest pracownia rezonansu magnetycznego z opcją kardiologiczną. Wykonywane są w niej m.in. specjalistyczne badania serca, np. w kierunku zapalenia mięśnia sercowego. Szpital przyjmuje też pacjentów z innych powiatów kierowanych tu na diagnostykę.

Chlubą SPZOZ w Węgrowie jest nowoczesna pracownia tomografii komputerowej, również z opcją wykonywania badań kardiologicznych, a także koronarografii. Do tego dochodzi pracownia endoskopowa. – *To wszystko to nowy sprzęt* – zaznacza dyrektor.

Kiedy zaczyna wyliczać kolejne zakupy, trudno nie zauważyć, że jest dumny z nowoczesnego wyposażenia placówki. – *Kupiliśmy pierwszy w Polsce laparoskop firmy Olympus* – mówi. – *Kto jest w temacie, ten wie, że to jest numer jeden na świecie. Najnowszy taki sprzęt w Polsce.*

Na liście zakupów znalazła się także – według dyrektora – pierwsza w Polsce lampa LED niemieckiej firmy Triumph. Szpital kupił również nowoczesny aparat do znieczulenia wyposażony w czujniki umieszczane na głowie pacjenta, pozwalające monitorować głębokość znieczulenia.

Inwestycje nie kończą się jednak na wyposażeniu sal operacyjnych. Z programów finansujących zakup sprzętu udało się pozyskać także nowoczesny aparat do echokardiografii firmy GE. – *Według tego, co mówią, jeśli chodzi o konfigurację, to drugi taki w Polsce* – podkreśla dyrektor.

DYREKTOR SKÓRA ZNA TU KAŻDY ZAKĄTEK

Artur Skóra oprowadza nas po terenie SPZOZ w Węgrowie. Zaglądamy do oddziałów, izby przyjęć, a nawet na plac budowy Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego. Widać, że czuje się tu jak u siebie. Nic dziwnego – od blisko 30 lat jest gospodarzem tego miejsca.

Podczas spaceru opowiada nie tylko o historii szpitala, jego budynkach i ludziach. Zna także drzewa, ścieżki spacerowe i rabaty. Każdy fragment terenu ma swoją historię.

Od lat zna też problemy i możliwości placówki. W czasie jego kadencji szpital utrzymał stabilną sytuację finansową i – jak podkreśla dyrektor – przez ostatnich 27 lat nie odnotował straty.

Wkrótce dyrektor Artur Skóra odchodzi na emeryturę. O tym, jak udało się utrzymać placówkę w dobrej kondycji, mówi krótko: – *Trzeba pilnować każdej złotówki. No i wiadomo – mieć też dryg do ekonomii. A każdą jednostkę da się wyprowadzić przynajmniej na zero* – twierdzi.

Dziś przed szpitalem stoi jednak zupełnie inne wyzwanie. To kadry.

MŁODY LEKARZ MA BYĆ CZĘŚCIĄ ZESPOŁU

SPZOZ w Węgrowie przystąpił do prowadzonego przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie Programu Wsparcia Szkolenia Specjalizacyjnego. Placówka poszukuje obecnie lekarzy na rezydentury z chirurgii ogólnej, chorób wewnętrznych i medycyny rodzinnej.

Szpital chce zachęcić młodych lekarzy nie tylko samą możliwością odbycia specjalizacji. Oferuje również dodatki do wynagrodzenia rezydentów, mieszkanie służbowe i dofinansowanie kosztów dojazdu do pracy.

Co jeszcze może zaoferować lekarzowi, który wybierze Węgrów?

Dyrektor Skóra odpowiada bez wahania: – *W Węgrowie młody lekarz ma szansę naprawdę się czegoś nauczyć. Nie jest jednym z wielu. Ma szansę uczyć się w praktyce.*

Możliwości jest kilka. Rezydenci mogą pełnić dyżury – początkowo pod nadzorem bardziej doświadczonych lekarzy, a z czasem z coraz większą samodzielnością. Mogą pracować nie tylko na oddziale, ale także w izbie przyjęć czy poradni.

– *Z założenia stosujemy nowoczesne techniki* – podkreśla dyrektor. W szpitalu wykonywane są zabiegi laparoskopowe i endoskopowe. Do dyspozycji lekarzy jest nowoczesny blok operacyjny oraz specjalistyczna aparatura diagnostyczna. Jak dodaje dyrektor, laparoskopowo wykonywana jest zdecydowa-



Lek. Tomasz Czerski, ordynator oddziału internistyczno-kardiologicznego



Karolina Chruściel, specjalistka chirurgii ogólnej, Szymon Jaszczur, specjalista chorób wewnętrznych

na większość zabiegów, w których taka metoda jest możliwa.

Szczególnie cenna dla młodych lekarzy jest możliwość skorzystania z doświadczenia starszych kolegów. – *Przyjmują u nas profesor i doktor habilitowany. Można się douczać od kadry wysoko specjalizowanej* – mówi dyrektor.

NAUKA NA WYCIĄGNIĘCIE RĘKI

O tym, jak te możliwości wyglądają w praktyce, rozmawiamy z lekarzami podczas spaceru po szpitalu. Karolina Chruściel, specjalistka chirurgii ogólnej, niedawno zakończyła specjalizację właśnie w Węgrowie. Egzamin specjalizacyjny zdała z najlepszym wynikiem w kraju. O szpitalu opowiada przede wszystkim przez pryzmat codziennej pracy.

– *Czuję się tu bardzo swojsko* – mówi. I dodaje: – *Można się dużo nauczyć. Wszystko jest dla nas dostępne, jesteśmy do wszystkiego dopuszczani.*

Dla lekarza, który dopiero zdobywa samodzielność w zawodzie, możliwość zdobywania doświadczenia w praktyce, a nie tylko przez obserwację bardziej doświadczonych kolegów, jest nie do przecenienia.

Podobnego zdania jest ordynator oddziału internistyczno-kardiologicznego, lek. Tomasz Czerski, który w Węgrowie pracuje od 25 lat. Pytany o największe atuty tego miejsca wymienia dynamikę pracy, możliwości diagnostyczne, zaangażowanie lekarzy w kształcenie młodszych kolegów i atmosferę.

Jego zdaniem to bardzo dobre miejsce, żeby nauczyć się podstaw interny – tej najbardziej praktycznej, opartej na codziennym kontakcie z pacjentem, szybkiej diagnostyce i podejmowaniu decyzji.

– *Warto przed nadspecjalizacją robić rezydenturę właśnie w takim szpitalu powiatowym jak nasz, gdzie można nauczyć się prawdziwej diagnostyki* – przekonuje. – *Jak się przez te pięć lat nauczy najprawdziwszej interny, to potem można te specjalizacje z powodzeniem zawężać* – mówi. Jego zdaniem taka ścieżka jest szczególnie cenna dla tych, którzy chcą rozwijać się w kierunku kardiologii, pulmonologii czy innych specjalizacji zachowawczych.

Rezydenturę w Węgrowie skończył Szymon Jaszczur, specjalista chorób wewnętrznych. Z placówką związał się jeszcze podczas studiów. W wakacje przychodził tu jako wolontariusz, obserwując pracę lekarzy i stopniowo zdobywając pierwsze doświadczenia kliniczne. Po 13-miesięcznym stażu podyplomowym w Węgrowie zdecydował się rozpocząć tam specjalizację. Jak podkreśla, nie bez znaczenia były dla niego możliwości rozwoju oraz kontakt z bardziej doświadczonymi lekarzami:

– *Miałem możliwość czerpać pełnymi garściami od kolegów, od ordynatora dr. Czerskiego, od jego zastępcy dr. Ziółkowskiego, którzy zawsze byli pomocni, zarówno jeżeli chodzi o wiedzę, jak i porady stricte kliniczne i możliwość rozwoju* – mówi.

Na oddział trafiają pacjenci z problemami kardiologicznymi, diabetologicznymi, pulmonologicznymi, onkologicznymi. Dla młodego lekarza oznacza to kontakt z bardzo różnymi przypadkami, a tym samym możliwość zdobywania szerokich podstaw klinicznych.

Podczas naszej rozmowy do pokoju wpada dr Czerski i pyta o stan jednego z pacjentów. Dr Jaszczur odpowiada bez zaglądania do dokumentacji, szybko wyliczając najważniejsze informacje:

– *Niewydolność serca z frakcją 65, podobno nie przyjmował leków od bliżej nieokreślonego czasu. Saturacja 80 z wysokim ciśnieniem 180 na 100, z osłabionym kontaktem słowno-logicznym.*

Po chwili przechodzi do zastosowanego leczenia i podsumowuje: – *Na przestrzeni tych etapów, w których go widziałem, stał się bardziej stabilny.*

Podczas obchodów po szpitalu spotykamy zarówno tych, którzy dopiero zaczynają zawodową drogę, jak i lekarzy, którzy w Węgrowie spędzili już większą część swojej kariery. Wszyscy mówią o tym samym: o możliwości pracy, uczenia się i zdobywania samodzielności. Czego chcieć więcej? ●



Budowa Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Węgrowie

MENNICA
SKARBOWA



ZŁOTY STANDARD W INWESTYCJACH

WWW.MENNICASKARBOWA.PL



W social mediach można spotkać wiele fake newsów medycznych, z którymi trudno walczyć. Co nie znaczy, że medycyna w zderzeniu z nimi jest bez szans. Jednym ze sposobów na walkę są konta lekarzy, którzy postawili na edukację zdrowotną w sieci. O swoim profilu na Instagramie dr_feleszko opowiada **prof. dr hab. Wojciech Feleszko** z Kliniki Pneumonologii i Alergologii Wieku Dziecięcego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

rozmawiała **ALEKSANDRA SOKALSKA**

Medycyna w wersji Insta

Kiedy i dlaczego postanowił pan założyć konto na Instagramie i promować medyczne informacje? Czy to rodzaj misji?

Misja to chyba zbyt pompatyczne określenie. Moja przygoda zaczęła się w czasie COVID-19, kiedy to często udzielałem się w mediach na temat zakażeń i pandemii. Wtedy narodziło się we mnie przekonanie, że ludzie potrzebują wsparcia w podejmowaniu decyzji dotyczących ich zdrowia i zdrowia ich dzieci.

Pamiętam, kiedy Katarzyna Bosacka przyszła do mnie na początku pandemii, by nagrać na temat zakażenia krótką relację na Facebooka. Do wieczora relacja miała 0,5 mln wyświetleń, następnego dnia było ich już 2 mln. Wówczas zdałem sobie sprawę, jakim potężnym narzędziem informacyjnym są media społecznościowe w rękach lekarza publicysty. I jak ważna jest obecność w mediach społecznościowych. Poza tym już od kilku lat przed pandemią spotykałem się z głosami rodziców moich pacjentów, którzy twierdzili, że powinienem swoją wiedzę przekazywać szerzej, mówili często: *gdyby był pan na Instagramie...* Więc w końcu postanowiłem założyć konto, bo moi pacjenci tam są i rodzice szukają odpowiedzi w telefonie. Lepiej zatem, żeby znaleźli w nim fachowca niż sprzedawcę suplementów.

Czy spotyka się pan z komentarzami pod swoimi postami, które podważają wiedzę medyczną?

Oczywiście! Wystarczy słowo „szczepionka" i komentarze pojawiają się szybciej niż gorączka po trzydniówce.

Odpowiada pan na nie?

To zależy. Jeśli komentarz wyraża wątpliwości albo zawiera konkretne pytania, rzetelnie na niego odpowiadam. Ale jeżeli to złośliwy komentarz albo wpis tzw. zawodowego negacjonisty, po prostu go nie komentuję. Podobnie reaguję na hejt pod moim adresem, który niestety też się zdarza – milczę. Przez te lata wytworzyła mi się naprawdę gruba skóra.

A z jakimi medycznymi mitami spotyka się pan najczęściej?

Dotyczącymi suplementów. Jest cała masa ludzi, którzy promując je w social mediach, generują gigantyczne zyski. Reklamują produkty, które nie mają ani rzetelnych badań, ani uzasadnienia: cudowne oleje, wcierki, mieszanki „na odporność", a nawet... suplementy dla koni polecane ludziom. Nie znaczy to, że każdy preparat bez recepty jest bezwartościowy – niektóre probiotyki mają dobrze udokumentowane działanie, ale tylko konkretne szczepy w konkretnych wskazaniach. Problem zaczyna się wtedy, gdy ktoś obiecuje, że na tarczycę pomoże jeden preparat sprzedawany przez celebrytkę, której nazwiska nawet nie trzeba wymieniać.

Pamiętam też mit, że dzieci chorują, bo rodzice się kłócą. Zresztą tych medycznych fake newsów jest całe mnó-

fot. archiwum prywatne

stwo, wystarczy tylko zacząć przewijać ekran. Bardzo często mają wspólny mianownik – chęć zysku.

Jak na nie reagować? Lepiej je obalać czy też jednak istnieje ryzyko, że samo powtarzanie takich mitów zwiększy ich wiarygodność?
Ryzyko istnieje, ale moim zdaniem jest przeceniane. Zjawisko umacniania wiary w mit poprzez jego prostowanie jest rzadsze, niż kiedyś sądzono. Dlatego uważam, że rzetelny ekspert powinien prostować nieprawdę – najlepiej tak, żeby w pamięci odbiorcy zostały fakty, a nie sam mit.

Rozumiem, że pan też to robi?
Tak, oczywiście. Staram się obalać różne mity, w stylu: na owsiki – czosnek w odbycie, na wzmocnienie – suplementy dla koni. Nie robię jednak tego *ex cathedra*, tylko staram się, by mój przekaz był atrakcyjny. Trochę na zasadzie *infotainment*, żeby odbiorcy chcieli moje wyjaśnienia i sprostowania obejrzeć.

A czy w swojej pracy zawodowej spotyka pan pacjentów, którzy wierzą w takie fake newsy medyczne?
Raczej rzadko, najczęściej w związku ze szczepieniami. To jest obszar, w którym te kontrowersje najbardziej się nasiliły.

I jak wówczas pan z nimi rozmawia?
To zależy od postawy rodzica. Bo jest ich całe spektrum: od rodziców zdecydowanie przeciwnych szczepieniom po takich, którzy są przestraszeni, bo coś gdzieś przeczytali, ktoś im coś powiedział. Boją się, że szczepionka wywoła u dziecka autyzm albo poważne powikłania. W sumie to nie dziwi – w internecie od lat krąży mnóstwo takich treści, choć związek szczepień z autyzmem był wielokrotnie badany na setkach tysięcy dzieci i nie został potwierdzony. Wiemy też z analiz naukowych, że część tej dezinformacji jest celowo wzmacniana, m.in. przez zorganizowane sieci kont, którym zależy na polaryzowaniu opinii publicznej. Wielu ludzi w nią wierzy, bo brzmi wiarygodnie i budzi emocje.

Nie jestem natomiast zwolennikiem ironizowania czy wrogości wobec rodziców, którzy mają wątpliwości. Dlatego zawsze staram się rozmawiać z szacunkiem. Przedstawiam dane, ale mówię też, że moje własne dzieci są zaszczepione. I to daje efekt. Znam sporo historii, w których rodzic, początkowo nieufny wobec szczepień, po rozmowie decydował się zaszczepić dziecko. Czasem zaczynamy od jednej szczepionki, a kolejne uzupełniamy w najbliższych tygodniach. To nie jest rozwiązanie idealne, bo każde opóźnienie oznacza czas, w którym dziecko pozostaje bez ochrony, ale jest zdecydowanie lepsze niż rezygnacja ze szczepień. Dzięki rozmowie często udaje się te wątpliwości rozwiać. I to jest sukces.

Podczas konferencji zorganizowanej przez naszą izbę „ZERO tolerancji dla dezinformacji w medycynie!" bardzo mocno wybrzmiewała teza, że fałszywa informacja medyczna rozprzestrzenia się w internecie szybciej niż rzetelna wiedza. Co pana zdaniem jest tego powodem?
Właśnie to, że fake newsy budzą emocje. Posty są też świetnie przygotowane – zaskakują, straszą, oburzają.

A czy powodem nie jest także fakt, że często obiecują coś, czego lekarz po prostu nie jest w stanie zagwarantować?
Tak, poza tym prawda bywa niejednoznaczna. Zdarza się, że lekarz może powiedzieć tylko: *to zależy*, *dane są uspokajające* albo *potrzebne są dalsze badania*. A czasami po prostu musi powiedzieć, że nie wie.

Natomiast samozwańczy eksperci mają bardzo proste, gotowe rozwiązania. Wystarczy wziąć preparat, a objawy miną i zdrowie wróci. Poza tym oni nie muszą niczego sprawdzać. U mnie każdy post i każda rolka są sprawdzane dwukrotnie: najpierw przez osobę, która pomaga mi w prowadzeniu konta, a potem jeszcze raz przeze mnie. Opieram się na wytycznych towarzystw naukowych, przeglądach systematycznych i badaniach randomizowanych. A jeśli w jakiejś sprawie dobrych danych brakuje, mówię o tym wprost.

To pokazuje, że lekarz w dzisiejszych czasach ma trudne zadanie – nie tylko musi leczyć, ale też – jak nigdy wcześniej – stać na straży wiedzy. W czym upatruje pan szansy na powrót ludzi do zaufania nauce?
Po pierwsze, potrzebne są dobre programy szkolne, które uczą, jak działa nauka i jak odróżniać rzetelne źródła od niesprawdzonych – choć na ich efekty trzeba będzie oczywiście poczekać. Po drugie, odbudowa zaufania społecznego, które w Polsce jest stosunkowo niskie. Przez ostatnie pół roku pracowałem w Stanach Zjednoczonych, w środowisku akademickim, i ujęło mnie, jak poważnie traktuje się tam naukowców: jako tych, dzięki którym mamy szansę na zdrowsze i lepsze życie. Choć jednocześnie widzę, że także tam zaufanie do nauki jest dziś wystawione na próbę. Chciałbym, żeby w Polsce nauka cieszyła się podobnym prestiżem.

Nagonka medialna na lekarzy dotycząca nadużyć i zarobków estymie lekarskiej także nie sprzyja.
Nadużycia, jeśli zostaną potwierdzone, trzeba jednoznacznie potępić. Bardzo szkodzą zaufaniu do całego środowiska lekarskiego, a przecież zdecydowana większość lekarzy pracuje uczciwie. Chociaż takie historie mogą przysłużyć się refleksji nad finansowaniem medycyny.

Jednocześnie uważam, że problemem systemowym jest wycena świadczeń medycznych, która mocno różnicuje poszczególne dziedziny: w jednych możliwe są bardzo wysokie kontrakty, inne –





fot. IG @dr_feleszko (2)

jak w przypadku wielu oddziałów pediatrycznych – latami walczą o przetrwanie. Rozumiem, że świadczenia różnią się ryzykiem i nakładem pracy, ale na końcu każdego z nich jest pacjent, którego zdrowie i życie są tak samo ważne.

Ma pan duże konto na Instagramie. Czego nauczyło pana jego prowadzenie, a czego nie da się nauczyć z podręczników komunikacji medycznej?

Po pierwsze, zasady trzech sekund – każda wiedza przegra, jeżeli nie zaciekawimy odbiorcy w ciągu tak krótkiego czasu. Szczerze mówiąc, dla kogoś, kto jest przyzwyczajony do 45-minutowego wykładu czy seminarium, to wcale nie jest oczywiste. Sam musiałem się tego nauczyć.

Po drugie, prowadzenie konta uświadomiło mi, że rodzice pytają o rzeczy, których w podręcznikach pediatrii nie ma. A to o torebkę śniadaniową, a to o filtry przeciwsłoneczne, a to o to, ile dziecko powinno spać.

Po trzecie, Instagram nauczył mnie, że jak się już wystawia na widok publiczny, to trzeba być odpornym na krytykę, bo hejt na pewno się pojawi. Czasem ktoś np. twierdzi, że pracuję dla Big Pharmy. Nie przejmuję się, tylko robię swoje.

I ostatnia bardzo ważna rzecz – prowadzenie konta pokazało mi, że autentyczność jest w cenie. Nie muszę mieć idealnie ułożonych włosów ani występować w garniturze. Ale zawsze staram się być autentyczny.

Kręcenia rolek uczył się pan sam?

Formy uczyłem się sam, metodą prób i błędów. Ale przyznam, że nie robię tego w pojedynkę – w prowadzeniu konta i realizacji rolek pomaga mi pani redaktor, czyli jak to się teraz nazywa: „social media editor". Na Instagram zaglądam raczej z doskoku, nie nałogowo, i nie lubię oglądać własnych rolek. Trzeba też być na bieżąco, bo zmieniają się zwyczaje odbiorców: kiedyś rolka mogła trwać 1,5 min i ludzie ją oglądali, dziś najlepiej sprawdzają się materiały ok. 30-sekundowe. Zmieszczenie rzetelnej wiedzy w tak krótkim odcinku, i to w atrakcyjnej formie, nie jest łatwe. Na razie chyba się udaje.

Sporo trzeba się napracować, więc jednak to chyba misja? Przecież nie musi pan tego robić.

Nie muszę, ale mam z tego frajdę. Robię to też z powodów naukowych. Co jakiś czas na Instagram wrzucam np. ankietę badawczą lub rekrutuję do badania. Poza tym mój profil obserwuje wielu studentów i młodych lekarzy, także z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, więc dla nich to dodatkowe, pozapodręcznikowe źródło wiedzy, a dla mnie duża satysfakcja.

To jakie rady miałby pan dla młodego lekarza, który postanowił prowadzić swoje konto, by edukować ludzi?

Żeby był profesjonalny i trzymał się tematu. Jeśli zakłada się konto edukacyjne, to śniadanie czy zdjęcia z urlopu raczej nie są tym, po co przychodzą obserwujący. Widzę u niektórych medycznych influencerów pokusę, by pokazywać coraz więcej z życia prywatnego. Każdy decyduje sam, ale moim zdaniem łatwo wtedy zejść z drogi edukacji na ścieżkę celebrytwa.

Może to po prostu współprace reklamowe?

Nie wiem, nie wnikam w to. Mam jednak głębokie przekonanie, że Kodeks Etyki Lekarskiej obowiązuje nas wszystkich, także w internecie. Wiąże się to często z rezygnacją ze sporych dochodów, ale moim zdaniem lekarz, który edukuje, nie powinien jednocześnie reklamować produktów. Bo wtedy odbiorca nie wie, czy słyszy poradę, czy reklamę.

Ma pan jakichś ulubionych medycznych influencerów?

Tak, obserwuję wielu pediatrów, właściwie wszystkie największe konta pediatryczne. Podziwiam np. Monikę Działowską, która prowadzi konto Pediatra na Zdrowie, za umiejętność bliskiego, ciepłego kontaktu z obserwującymi. Poza tym: Insta Pediatra, Doktorek Radzi, konto urologa prof. Radziszewskiego i wiele innych. Mam natomiast dystans do kont, w których na pierwszy plan wysuwa się osoba autora, a nie wiedza. Takich nie oglądam.

Są jeszcze konta wyłącznie sugerujące, że prowadzą je lekarze. Tymczasem to samozwańczy specjaliści.

Tak, i to jest realny problem. Myślę, że przydałyby się jasne zasady – np. żeby platformy weryfikowały i wyraźnie oznaczały konta, których autorzy podają się za lekarzy czy specjalistów, a przepisy o reklamie suplementów udającej poradę medyczną były skutecznie egzekwowane. Odbiorca powinien od razu wiedzieć, czy mówi do niego lekarz z prawem wykonywania zawodu, czy sprzedawca.

Czyli potrzebne są lepsze prawo i wolność w granicach rozsądku.

Myślę, że tak. Cały czas mam w pamięci telewizyjne debaty, na które zapraszano mnie i przedstawicieli ruchów antyszczepionkowych. Kończyły się niemal przekrzykiwaniem, a widz dostawał sygnał, że to dwie równorzędne opinie. Tymczasem w sprawach, w których nauka ma jasne dane, stawianie eksperta i osoby powtarzającej mity na jednej szali wprowadza w błąd. Nie jestem za karaniem rodziców, którzy mają wątpliwości wobec szczepień – z nimi trzeba rozmawiać. Ale ci, którzy świadomie i dla zysku wprowadzają ludzi w błąd w sprawach zdrowia, powinni ponosić konsekwencje, choćby na gruncie istniejących przepisów o reklamie i ochronie konsumentów. ●



Ubezpieczenie utraty dochodu dla lekarzy

Specjalna oferta ubezpieczenia dla członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie

W razie czasowej niezdolności do wykonywania pracy lekarza potwierdzonej drukiem ZUS ZLA, **trwającej co najmniej 30 dni, możemy wypłacić Ci świadczenie miesięczne za każdy dzień zwolnienia**. Zawierając umowę, możesz wybrać wariant ubezpieczenia i wysokość miesięcznego świadczenia, które będą Ci odpowiadały.

Dlaczego lekarz powinien zadbać o zabezpieczenie swoich dochodów?

Codzienna praca lekarza to ogromna odpowiedzialność, ale również duże obciążenie fizyczne i psychiczne. Nawet chwilowa niezdolność do pracy może poważnie zachwiać sytuacją finansową. Ubezpieczenie utraty dochodu to realne wsparcie w nieprzewidzianych sytuacjach.



Przykład 1 – rekonwalescencja po zabiegu

Lekarz przeszedł operację zaćmy. Choć zabieg odbył się bez komplikacji, konieczna była kilkutygodniowa rekonwalescencja w warunkach domowych. Z tytułu ubezpieczenia otrzymał świadczenie za okres niemal 40 dni braku zdolności do pracy, wystarczyło, że złożył niezbędne dokumenty. Dzięki ubezpieczeniu mógł spokojnie i komfortowo powrócić do zdrowia.

Przykład 2 – wypadek w czasie wolnym

Lekarz doznał poważnej kontuzji barku w czasie wolnym, która uniemożliwiła mu kontynuowanie pracy. Dzięki ubezpieczeniu otrzymał (po przedstawieniu dokumentacji medycznej) świadczenie, które zrekompensowało utracony dochód i pozwoliło skupić się na rehabilitacji.

Ubezpieczenie utraty dochodu stanowi rozsądne i odpowiedzialne rozwiązanie – szczególnie dla lekarzy, których praca wymaga pełnego zaangażowania. Zabezpiecz swoją finansową przyszłość.

ins MED

PZU SA jest reprezentowany przez agenta ubezpieczeniowego INS Services. Aby zawrzeć umowę ubezpieczenia, skontaktuj się z biurem INS Services w wybrany sposób:

- ✓ dzwoniąc pod numer: 22 494 36 50, (opłata zgodna z taryfą operatora),
- ✓ pisząc na adres: biuro@ins-med.pl,
- ✓ za pośrednictwem strony: ins-med.pl.

Zakładem ubezpieczeń jest PZU SA. Ten materiał nie jest ofertą w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego i ma charakter wyłącznie informacyjny. Szczegółowe informacje o zakresie ubezpieczenia, w tym o wyłączeniach i ograniczeniach odpowiedzialności, znajdziesz w aktualnych ogólnych warunkach ubezpieczenia (OWU) PZU NNW wraz z postanowieniami dodatkowymi i odbiegającymi od OWU PZU NNW ustalonych uchwałą nr UZ/319/2020 z 9 listopada 2020 r. – dostępnych na stronie ins-med.pl w zakładce „Ubezpieczenia dla lekarzy”.

MATERIAŁ MARKETINGOWY

Nabici w AI

Jak nie utopić pieniędzy, kupując rozwiązania sztucznej inteligencji?





ARTUR OLESCH
dziennikarz

Placówki zdrowia są zasypywane ofertami aplikacji sztucznej inteligencji, od systemów do tworzenia EDM po algorytmy triażujące pacjentów i przewidujące ryzyko wystąpienia chorób. Ale obietnice marketingowe szybko mogą się zamienić w kosztową kulę u nogi.

Według raportu Top Disruptors in Healthcare 2025 aż 62 proc. polskich start-upów medycznych rozwija rozwiązania oparte na sztucznej inteligencji i uczeniu maszynowym. Oprócz młodych firm aplikacje AI oferują też firmy dostarczające oprogramowanie oraz urządzenia medyczne. Codziennie do szpitali i placówek zdrowia trafiają zapytania o możliwość testowania algorytmów albo oferty kuszące nowymi możliwościami AI.

TO AI CZY TYLKO MYDLENIE OCZU AI?

Na fali popularności sztucznej inteligencji można odnieść wrażenie, że prawie każdy nowy system albo aplikacja ma w sobie jakiś element AI. Ale nie każdy algorytm to od razu AI. Ten zwykły działa jak drzewo decyzyjne: jeśli pacjent ma gorączkę i kaszel, to prawdopodobnie choruje na infekcję górnych dróg oddechowych. Z kolei sztuczna inteligencja analizuje dane, samodzielnie wyciąga wnioski i z biegiem czasu się uczy.

Umiejętność rozróżnienia AI od prostego algorytmu to pierwszy krok, aby nie dać się nabrać na marketingowe obietnice AI skracającej czas obsługi pacjenta, automatyzującej tworzenie dokumentacji albo usprawniającej zarządzanie szpitalem. Wiele z nich może okazać się mydleniem oczu AI (ang.: *AI washing*) – praktyką polegającą na przypisywaniu funkcji AI rozwiązaniom, które opierają się na prostych algorytmach.

Prosty algorytm i prawdziwa AI różnią się jeszcze jednym: trudnością wdrożenia i kosztami. W drugim przypadku sprawa mocno się komplikuje.

SZPITAL STOSUJE ROZWIĄZANIA AI, BO AI JEST... MODNA

Kupując rozwiązania AI, szpitale są zdane na siebie. Dotąd nie powstały żadne wytyczne ani rekomendacje podobne do szpitalnej oceny technologii medycznych. Stosując HB-HTA, łatwiej ocenić, czy nowe leki, sprzęt i procedury są bezpieczne oraz opłacalne.

Dopiero niedawno opublikowany „Poradnik Nabywcy AI" Koalicji AI w Zdrowiu jest pierwszą próbą ustrukturyzowania procesu zakupu i wdrożenia AI na polskim rynku zdrowia. Autorzy proponują, aby decyzję o implementacji AI poprzedzić odpowiedzią na 10 kluczowych pytań, m.in. o zgodność z prawem, dowody naukowe na skuteczność AI i bezpieczeństwo, koszty itd. Wszystko po to, aby uniknąć nabywania rozwiązań, które jedynie skomplikują pracę, zamiast ją ułatwić, albo spowodują eksplozję kosztów, których wcześniej nie przewidziano.

Jeśli już wiadomo, że rozwiązanie to naprawdę AI, a nie jedynie prosty algorytm, drugim krokiem jest zastanowienie się, czy problemu nie można rozwiązać, np. zmieniając organizację pracy, zamiast od razu kupować AI – radzą autorzy poradnika.

Przykładem jest długi czas oczekiwania na wyniki badań tomografii komputerowej, wynikający z opóźnień w przygotowaniu opisów. Problemem może okazać się nieprawidłowa priorytetyzacja zleceń albo niedopasowanie grafików pracy do pory dnia o największej liczbie pacjentów. Jeśli w innej lokalizacji szpitala taki problem nie występuje, radiolodzy mogliby przejąć część opisów w ramach teleradiologii. Dopiero gdy wyczerpane zostaną wszystkie możliwości reorganizacyjne, wdrożenie AI będzie zasadne.

fot. Lotte Ostermann



Skąd ten nacisk na próbę rozwiązania problemu innymi metodami niż AI? Wdrożenie sztucznej inteligencji wiąże się ze spełnieniem wielu rygorystycznych wymagań prawnych, monitorowaniem jakości AI po wdrożeniu, szkoleniami pracowników i konserwacją. A to może generować spore koszty. I komplikować pracę.

PRAWO, DOWODY, WALIDACJA I ANALIZA ZASOBÓW

Kiedy decyzja o zakupie AI zapadła, rozpoczyna się analiza techniczno-legislacyjna. Dział prawny analizuje, czy AI spełnia wszystkie wymagania formalne, czyli czy posiada oznakowanie CE i klasę wyrobu medycznego oraz czy jest zgodna z dyrektywą ws. urządzeń medycznych MDR lub ma certyfikat jakości, np. ISO 82304-1 dla oprogramowania, które nie kwalifikuje się pod MDR. Producent powinien określić, do jakiej klasy ryzyka według rozporządzenia UE o sztucznej inteligencji (EU AI Act) system należy. Jeśli to AI wysokiego ryzyka, dochodzą kolejne obowiązki, m.in. w zakresie raportowania poważnych incydentów w terminie od 2 do 15 dni od ich wystąpienia.

Dostawca powinien dostarczyć raport z oceny klinicznej, dokumentację walidacyjną i plan nadzoru po wdrożeniu. Z kolei dział IT sprawdza parametry modelu, jak czułość, swoistość, AUC (*Area Under the Curve*, ogólna zdolność algorytmu do odróżniania osób chorych od zdrowych dla algorytmów diagnostycznych), PPV (*Positive Predictive Value*, jak często pozytywny wynik AI rzeczywiście oznacza chorobę), NPV (*Negative Predictive Value*, jak często negatywny wynik AI oznacza brak choroby).

Równie ważne jest sprawdzenie, czy model był testowany na populacji podobnej do populacji placówki zdrowia, na różnych zbiorach danych oraz w badaniach klinicznych. Dodatkowe punkty należą się rozwiązaniom, dla których wyniki walidacji zostały opublikowane w czasopiśmie naukowym.

AI JEST TAK DOBRA JAK ORGANIZACJA, W KTÓREJ JEST WDRAŻANA

Algorytm ze świetnymi wynikami na danych testowych niekoniecznie musi takie osiągać po wdrożeniu. Podobnie jak w przypadku systemów IT, o sukcesie decydują szkolenia pracowników, odpowiedni plan wdrożenia, wplecenie rozwiązania w procedury pracy oraz łatwość jego użytkowania przez lekarzy, pielęgniarki i personel. AI powinna być zintegrowana z całą infrastrukturą IT i dostępna bezpośrednio w zintegrowanym systemie placówki, aby nie obciążać personelu koniecznością przełączania się między różnymi rozwiązaniami.

Jeszcze przed wdrożeniem trzeba ustalić procedury monitorowania skuteczności AI. Wiele algorytmów ma tendencję do dryfowania, czyli spadku czułości wraz z upływem czasu spowodowanego błędami w danych. Nie można zapomnieć o etyce AI. Według metodologii FUTURE-AI system AI powinien być sprawiedliwy, uniwersalny, identyfikowalny, użyteczny, niezawodny i wyjaśnialny (choć w przypadku generatywnej AI nie zawsze jest to możliwe).

Jeśli to pierwsze wdrożenie AI, warto poszukać ambasadorów zmiany – lekarzy, którzy interesują się sztuczną inteligencją i widzą w niej szansę na podniesienie jakości leczenia. Przy tym nie można zapominać o sceptykach, którzy mogą bać się AI i utraty pracy. Właściwa komunikacja wewnętrzna rozwieje nieuzasadnione obawy.

DANE, CYBERBEZPIECZEŃSTWO I KOSZTY EKSPLOATACJI

Stosowanie AI wiąże się z wieloma ryzykami. Jednym z nich jest możliwość naruszenia przepisów dotyczących przetwarzania danych. Problem nie istnieje, jeśli model działa lokalnie, a dane nie opuszczają organizacji. Jeśli algorytm AI jest oferowany w usłudze chmurowej, musi to być chmura (serwer) zlokalizowana w Europie. Wszędzie tam, gdzie przetwarza się dane, konieczne jest spełnienie obowiązków RODO. Pozostaje też pytanie o cel wykorzystania danych. Konserwatywną i bezpieczną opcją jest zastrzeżenie, że dane mogą służyć wyłącznie do świadczenia usługi (wygenerowania wyniku, udzielenia odpowiedzi itd.) oraz doskonalenia modelu dla danej placówki zdrowia. Ewentualna klauzula pozwalająca na wykorzystanie danych do ogólnego trenowania modelu wymaga dużej ostrożności i analizy prawnej.

Rozwiązanie AI musi być odporne na zagrożenia cyberbezpieczeństwa, czyli posiadać odpowiednie mechanizmy uwierzytelniania użytkowników, szyfrowania danych, zarządzania dostępem. Tak jak w przypadku klasycznych systemów AI, trzeba stworzyć procedury reagowania na incydenty bezpieczeństwa danych i przygotować plan przywrócenia systemu po awarii lub cyberataku.

Ostatnim elementem są koszty. Sama licencja to jedynie ułamek nakładów. W późniejszym okresie dochodzą aktualizacje, rozwój AI, zatrudnienie specjalistów ds. AI, konsultacje z dostawcą i wsparcie techniczne, koszty integracji itd. Jeśli nie zostaną wcześniej zabudżetowane, mogą z czasem eksplodować, zmuszając podmiot do wyłączenia wdrożonego rozwiązania. Aby tego uniknąć, zaleca się skalkulowanie *całkowitego kosztu posiadania* (TCO), który obejmuje wszystkie wydatki związane z eksploatacją AI, nawet jeśli muszą zostać poniesione dopiero za kilka lat.

W tym miejscu wraca się do punktu wyjścia, czyli decyzji o tym, kiedy AI będzie opłacalna. Jeszcze przed wdrożeniem placówka musi dokładnie zmierzyć procesy, które AI ma udoskonalić (np. czas diagnostyki, liczbę błędów, wydajność personelu, czas hospitalizacji itd.), aby na tej podstawie oszacować zwrot z inwestycji (ROI) w AI. ROI na plus będzie mocnym argumentem przy wnioskowaniu o dofinansowanie na kolejne wdrożenia AI oraz okazją do pochwalenia się osiągnięciami w publikacji naukowej. ●

fot. licencja OIL w Warszawie

Dziesiątki nowych regulacji nie rozwiążą problemów z cyberbezpieczeństwem w zdrowiu



INGA STAWICKA
redaktor prowadząca sekcję Zdrowie w serwisie Prawo.pl

W odpowiedzi na przypadki cyberataków, w wyniku których wyciekły wrażliwe dane medyczne pacjentów różnych placówek medycznych, pojawiły się zapowiedzi nowych regulacji prawnych. Przed nami także wdrożenie unijnych przepisów, które mają być odpowiedzią na problem braku dostatecznej kontroli nad dostawcami. Wszystko to jednak za mało, jeśli pieniądze przeznaczane na cyberbezpieczeństwo wciąż będą główną barierą w placówkach ochrony zdrowia.

Rozporządzenie w sprawie europejskiej przestrzeni danych dotyczących zdrowia – European Health Data Space (EHDS) ustanawia wspólne ramy wykorzystywania i wymiany elektronicznych danych w całej Unii Europejskiej. Zgodnie z założeniami ma ono z jednej strony ułatwić pacjentom dostęp do ich danych osobowych, ale również wzmocnić kontrolę nad nimi. Wprowadza też jednolite podstawy wykorzystywania danych zdrowotnych m.in. w ramach badań naukowych, dając jednocześnie możliwość odmowy ich przekazywania (klauzula opt-out). Uporządkuje przy tym ramy prawne i techniczne systemów elektronicznej dokumentacji medycznej w całej UE. To również dzięki tym przepisom w Europie ma zostać umożliwiona transgraniczna wymiana danych, która pomoże m.in. w realizacji e-recept za granicą. To ważne, przełomowe przepisy, które kraje UE będą wdrażać etapowo. Najbliższym istotnym terminem w tym kontekście jest marzec przyszłego roku, który jest ostateczną datą przyjęcia na szczeblu unijnym istotnych aktów wykonawczych (niedawno zostały zaprezentowane projekty w tym zakresie). Rozporządzenie może być stosowane bezpośrednio, jednak polskie przepisy będą wymagały dostosowania.

– *Na poziomie krajowym konieczne będzie przede wszystkim wyznaczenie organów odpowiedzialnych za zdrowie cyfrowe oraz dostęp do danych zdrowotnych w celu ich wtórnego wykorzystania. Organy te będą odpowiadały m.in. za rozpatrywanie wniosków o udostępnienie danych, wydawanie zezwoleń oraz nadzór nad przestrzeganiem warunków ich wykorzystania. Nie jest to wyłącznie kwestia techniczna. Państwa członkowskie muszą stworzyć system instytucjonalny, umożliwiający wykonywanie nowych obowiązków, w tym skuteczne egzekwowanie przepisów wobec podmiotów udostępniających dane i korzystających z nich* – zaznacza dr Anna Banaszewska, radca prawny, prowadząca indywidualną praktykę prawną.

CERTYFIKACJA DOSTAWCÓW W PERSPEKTYWIE DZIEWIĘCIU LAT

Początek stosowania pierwszych regulacji wyznaczono na marzec 2029 r., jednak w całości rozporządzenie będzie stosowane dopiero w 2035 r. To istotne, szczególnie w kontekście bezpieczeństwa naszych danych i ostatnich licznych przypadków cyberataków na sektor zdrowotny. Pojawiają się bowiem pytania o to, czy powierzanie tak wrażliwych danych niemal w całości prywatnym firmom, które w większości przypadków dostarczają oprogramowania do obsługi elektronicznej dokumentacji medycznej przychodniom i szpitalom, rzeczywiście jest bezpieczne i odpowiednio nadzorowane przez państwo. Podczas spotkania z przedstawicielami mediów w Centrum e-Zdrowia Łukasz Sosnowski, dyrektor Departamentu e-Zdrowia w Ministerstwie Zdrowia, zaznaczył, że – choć terminy są rzeczywiście odległe – EHDS znacząco wpłynie na tę sytuację, bo doprowadzi do tego, że podmioty obsługujące elektroniczną dokumentację medyczną będą

fot. Sebastian Malachowski

musiały poddawać się procesowi certyfikacji. Ma być to instytucja określona w konkretnych przepisach. Jak zaznaczył, dojdziemy więc do sytuacji, w której dostawcy oprogramowania do obsługi dokumentacji będą dokładnie sprawdzani.

Jak szczegółowo wyjaśnia tę kwestię dr Banaszewska, zakres nowych obowiązków będzie zależał od roli danego podmiotu w systemie EHDS. Rozporządzenie odrębnie określa obowiązki posiadaczy danych zdrowotnych, użytkowników danych korzystających z nich w celach wtórnych oraz producentów systemów elektronicznej dokumentacji medycznej. Nie każdy podmiot przetwarzający dane pacjentów będzie zatem podlegał takim samym wymaganiom.

– *W mojej ocenie najistotniejsza zmiana polega na tym, że EHDS nie tylko określa warunki legalnego dostępu do danych medycznych, ale przewiduje również szczegółowe instrumenty kontroli sposobu ich wykorzystywania i sankcje za naruszenia. Odpowiedzialność nie będzie więc ograniczać się do wykazania zgodności przetwarzania z RODO, lecz obejmie także przestrzeganie szczególnych zasad funkcjonowania europejskiej przestrzeni danych zdrowotnych* – zaznacza ekspertka.

ŚRODKI NA IT WCIĄŻ BARIERĄ W WIELU PLACÓWKACH

Jednak dr Paweł Kaźmierczyk, radca prawny, senior associate w departamencie korporacyjnym kancelarii Rymarz Zdort Maruta oraz członek praktyki Life Sciences, zwraca uwagę, że problem polega na tym, iż Polska nie nadąża z wdrażaniem już obowiązujących wymagań prawnych związanych z cyberbezpieczeństwem. Jak przypomina, unijna dyrektywa NIS 2, czyli regulacja mająca na celu zwiększenie poziomu cyberbezpieczeństwa w Unii Europejskiej, powinna zostać wdrożona już dwa lata temu, dokładnie 17 października 2024 r.

– *W przypadku Polski niezbędna do jej implementacji nowelizacja ustawy o krajowym systemie cyberbezpieczeństwa przeciągnęła się kilkanaście miesięcy, w efekcie czego m.in. szpitale i część innych placówek ochrony zdrowia mają czas na wdrożenie wymagań związanych z bezpieczeństwem danych pacjentów... jeszcze do 3 kwietnia 2027 r. Nowe obowiązki obejmują m.in. ocenę bezpieczeństwa dostawców i usługodawców technologicznych, czyli także dostawców systemów do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej. Gdyby unijne wymogi zostały wdrożone na czas, być może do części głośnych wycieków z ostatnich miesięcy w ogóle by nie doszło* – mówi dr Kaźmierczyk.

I przypomina o zapowiadanym wprowadzeniu „cyber piątki", czyli pięciu propozycji zmian legislacyjnych mających zapewnić certyfikację firm przetwarzających dane medyczne, minimalne wymagania technologiczne, większą przejrzystość dla pacjentów, powiadomienia o zdarzeniach medycznych i nowe obowiązki dla podmiotów masowo przetwarzających dane, nad którą pracuje resort cyfryzacji. Jak podkreśla dr Kaźmierczyk, mamy do czynienia z sytuacją, w której nie zdążyliśmy wdrożyć jeszcze „starych" przepisów, a już projektowane są zupełnie nowe, które mogą okazać się nadmiarowe.

– *Zwiększa się liczba regulacji, co jednak wcale nie przekłada się na szybki wzrost cyberbezpieczeństwa w ochronie zdrowia. Za nowymi obowiązkami nie idą bowiem odpowiednie pieniądze. Wystarczy przejrzeć wyniki prowadzonych corocznie przez Centrum e-Zdrowia badań stopnia informatyzacji podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Przez ostatnie lata główną barierą w obszarze cyfryzacji był brak wystarczających środków finansowych na inwestycje w zakresie IT. Wiele placówek zapewne chciałoby bardziej inwestować w cyberbezpieczeństwo, ale zwyczajnie nie ma na to wystarczających środków. Zamiast więc kreować nowe obowiązki, warto skupić się na wsparciu placówek medycznych w egzekwowaniu obecnych standardów cyberbezpieczeństwa* – podkreśla dr Kaźmierczyk. ●

Prawo.pl

Kontakt: **redakcja@prawo.pl**

LEX Compliance Medica

Kompleksowe rozwiązanie dla podmiotów leczniczych

Połączenie **systemu informacji prawnej dla ochrony zdrowia** z oprogramowaniem wspierającym **zarządzanie jakością i zgodnością**.

ProgMedica — program do prowadzenia Wewnętrznego Systemu Zarządzania Jakością

LEX Medica — informacje prawne i eksperckie dla placówek medycznych



Wolters Kluwer | **Wszystko, czego potrzebujesz do skutecznego zarządzania placówką medyczną!**

Lekarz stażysta w polskim systemie ochrony zdrowia



GABRIELA PACEK
aplikant radcowski

Staż podyplomowy lekarza i lekarza dentysty to, zaraz po studiach, pierwszy etap kształcenia zawodowego osób wykonujących zawody medyczne. Jest on pomostem między edukacją uniwersytecką a samodzielnym wykonywaniem zawodu.



fot. Licencja OIL w Warszawie

Ustawodawca uznał, że samo ukończenie studiów medycznych nie daje jeszcze wystarczających kompetencji praktycznych do pełnej, samodzielnej realizacji świadczeń zdrowotnych. Dlatego też wykonywanie zawodu lekarza poprzedzone jest obowiązkowym stażem podyplomowym, który umożliwia zdobycie doświadczenia zawodowego pod nadzorem doświadczonych lekarzy.

PODSTAWY PRAWNE STAŻU PODYPLOMOWEGO

Podstawową regulacją dotyczącą lekarzy stażystów jest ustawa z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Określa ona status prawny lekarza stażysty, zakres jego obowiązków i uprawnień, zasady odbywania stażu podyplomowego, wymagania, które muszą spełniać podmioty prowadzące staż, oraz zasady jego finansowania. Zgodnie z zapisami umowy o zawodach lekarza i lekarza dentysty staż podyplomowy

inter
UBEZPIECZENIA



materiał marketingowy

INTER Medyk

Ubezpieczenie na wypadek niezdolności do pracy

Prowadzisz działalność gospodarczą? W razie choroby lub wypadku przestajesz zarabiać.

Ubezpieczenie na wypadek niezdolności do pracy daje Ci finansowe wsparcie – nawet przez 365 dni!

Obok polisy zawodowej, nasi klienci wybierają najczęściej ubezpieczenie na wypadek niezdolności do pracy - bo chroni to, czego nie obejmuje pakiet zawodowy: **Twoje finanse, gdy nie możesz pracować.**

KORZYŚCI, NA KTÓRE MOŻESZ LICZYĆ:

1. **wsparcie finansowe w razie choroby lub wypadku**
2. **możliwość wyboru wysokości świadczenia dziennego - w zależności od uzyskiwanych przychodów wypłacimy do 2 100 zł za każdy dzień** (do 63 000 zł za 30 dni) **niezdolności do pracy**
3. **wypłata świadczenia nawet za cały rok - za okres 365 dni**
4. możliwość **ubezpieczenia nawet do 100% przychodów** z działalności gospodarczej

INTER-ŻYCIE Polska to

35-letnie doświadczenie w branży ubezpieczeń dla medyków

Ubezpieczenia życiowe dopasowane do medyków

Doradcy z wiedzą ekspercką

www.interpolska.pl

Towarzystwo Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A.
Al. Jerozolimskie 142B, 02-305 Warszawa

Ten materiał reklamowy nie jest ofertą w rozumieniu art. 66 kodeksu cywilnego. Szczegółowe informacje o warunkach ubezpieczenia, w tym o zakresie ochrony ubezpieczeniowej, ograniczeniach i wyłączeniach odpowiedzialności TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. uprawniających do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia, znajdziesz w INTER Medyk Life Ogólnych Warunkach Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie przyjętych Uchwałą nr 33/2024 Zarządu TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. z dnia 03.09.2024 r. oraz w Ogólnych Warunkach Dodatkowych Ubezpieczeń Indywidualnych przyjętych Uchwałą nr 33/2024 Zarządu TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. z dnia 03.09.2024 r., dostępnych w placówkach TU INTER-ŻYCIE Polska S.A., u naszych agentów oraz na stronie internetowej www.interpolska.pl

służy doskonaleniu umiejętności praktycznych oraz pogłębianiu wiedzy teoretycznej w określonych dziedzinach medycyny. Program stażu obejmuje także szkolenia z zakresu bezpieczeństwa pacjenta, prawa medycznego, komunikacji z pacjentem, zdrowia publicznego oraz innych zagadnień istotnych dla wykonywania zawodu lekarza.

Szczegółowe zasady realizacji stażu określa rozporządzenie ministra zdrowia z 24 lutego 2023 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty. Reguluje ono m.in.: program i sposób organizacji stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty, zasady pełnienia dyżurów medycznych, zadania opiekuna i koordynatora, sposób dokumentowania przebiegu stażu i warunki jego zaliczania.

KIM JEST LEKARZ STAŻYSTA?

Chociaż lekarz stażysta ma już prawo wykonywania zawodu, nie jest ono pełne tak jak w przypadku lekarza po zakończeniu stażu. Może on świadczyć pracę tylko w miejscu odbywania stażu podyplomowego, co zostało określone w art. 15b ustawy.

Lekarz stażysta – co do zasady pod kontrolą opiekuna – uczestniczy bezpośrednio w diagnostyce i leczeniu pacjentów, prowadzi dokumentację medyczną, wydaje określone zalecenia lekarskie oraz wykonuje procedury medyczne przewidziane programem szkolenia.

Art. 15b ust. 3 ustawy określa uprawnienia lekarza stażysty. Może on stwierdzać zgon, wystawiać recepty (oprócz *pro auctore* i *pro familiae)*, wydawać opinie i orzeczenia lekarskie (po uzgodnieniu ich treści z opiekunem), pełnić dyżury z lekarzem dyżurującym samodzielnie, udzielać informacji o stanie zdrowia pacjenta, zlecać czynności pielęgnacyjne, prowadzić historię choroby i inne rodzaje dokumentacji medycznej (we współpracy z opiekunem), a także wykonywać przedmiotowe i podmiotowe badania pacjenta oraz udzielać, po konsultacji z opiekunem, porad lekarskich.

PRAKTYCZNE INFORMACJE DOTYCZĄCE STAŻU PODYPLOMOWEGO

Aby rozpocząć staż podyplomowy, absolwent kierunku lekarskiego lub lekarsko-dentystycznego musi uzyskać PWZ oraz zostać wpisany na listę członków właściwej okręgowej izby lekarskiej. Następnie otrzymuje skierowanie do odbywania stażu.

Zgodnie z § 3 rozporządzenia w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty staż podyplomowy lekarza trwa 13 miesięcy, a lekarza dentysty 12 miesięcy. W przypadku choroby, urlopu macierzyńskiego, rodzicielskiego i wychowawczego oraz niektórych innych usprawiedliwionych nieobecności istnieje możliwość przedłużenia stażu o okres niezbędny do zrealizowania brakujących elementów programu szkolenia.

§ 6 ust. 2 rozporządzenia określa, że lekarz stażysta pełni dyżury medyczne w wymiarze 40 godz. 20 min miesięcznie jako dodatkowy członek zespołu dyżurnego, pod nadzorem lekarza lub lekarzy pełniących dyżur medyczny, uprawnionych do samodzielnego wykonywania zawodu.

Lekarz stażysta jest zatrudniony na podstawie umowy o pracę, co wynika z art. 15a ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Otrzymuje wynagrodzenie zasadnicze ustalane na podstawie przepisów dotyczących minimalnego wynagrodzenia pracowników wykonujących zawody medyczne. Finansowanie stażu podyplomowego jest natomiast zadaniem publicznym, realizowanym przy udziale administracji rządowej i samorządowej.

Lekarz stażysta jest zobowiązany do zachowania tajemnicy zawodowej na takich samych zasadach jak lekarze posiadający pełne PWZ. Obowiązek ten obejmuje m.in.: dane identyfikujące pacjenta, informacje o stanie zdrowia, wyniki badań, informacje uzyskane od rodziny chorego oraz dane zawarte w dokumentacji medycznej. Naruszenie tajemnicy zawodowej może skutkować odpowiedzialnością zawodową, cywilną, a czasami także karną.

Staż podyplomowy ma znaczenie nie tylko dla przygotowania młodych lekarzy do samodzielnego wykonywania zawodu, ale także dla bezpieczeństwa pacjentów. Możliwość wykonywania świadczeń medycznych pod nadzorem opiekuna pozwala stopniowo rozwijać umiejętności praktyczne bez narażania osób potrzebujących pomocy medycznej na ryzyko wynikające z braku doświadczenia. Staż podyplomowy służy także ujednoliceniu poziomu przygotowania zawodowego absolwentów różnych uczelni medycznych. ●

Pomoc prawna dla lekarza – **Lex Doctor**

Bezpłatne wsparcie prawne w sprawach związanych z wykonywaniem zawodu lekarza i lekarza dentysty

poniedziałek-piątek: 9.00–17.00
lexdoctor@oilwaw.org.pl | 728 986 934

lub poprzez formularz zgłoszeniowy



OFERTA DLA LEKARZY

Inwestuj mądrze. Oszczędzaj czas.

Rozwiązania inwestycyjne
stworzone z myślą o lekarzach

Indywidualna opieka

Dedykowany ekspert z licencją Maklera Papierów Wartościowych

Oszczędność czasu

Ty decydujesz o czasie, miejscu i formacie spotkania

Dedykowane świadczenia

Kwartalne wypłaty dla inwestorów

Dywersyfikacja majątku

Szerokie spektrum możliwości inwestycyjnych

Elastyczne formy inwestowania

Pomnażaj majątek osobisty lub firmowy

SPRAWDŹ OFERTĘ

Dla członków
Okręgowej Izby
Lekarskiej

Krzysztof Jarosz
+48 577 804 488 • krzysztof.jarosz@whitebergtfi.pl

White Berg TFI S.A.
ul. Sienna 75, Budynek 1 Sienna Center • 00-833 Warszawa
www.whitebergtfi.pl • Telefon: (22) 299 03 20 • E-mail: tfi@whitebergtfi.pl

Obraz wygenerowany przez AI.
Informacja reklamowa. Nie stanowi oferty ani porady inwestycyjnej. Inwestycje wiążą się z ryzykiem utraty środków. Wyniki historyczne nie gwarantują przyszłych stóp zwrotu.

Mniej chaosu, więcej kontroli

Jak lekarz pracodawca może lepiej zarządzać zespołem



ANNA ZIELIŃSKA
kierownik HR
OIL w Warszawie

Jasne zasady odpowiedzialności, regularne rozmowy z pracownikami, sprawna komunikacja i mądre delegowanie zadań pozwalają uporządkować pracę placówki i ograniczyć liczbę problemów, które ostatecznie trafiają na biurko lekarza.

Jako pracodawca lekarz odpowiada za właściwą organizację pracy zespołu, jasny podział obowiązków, komunikację i przestrzeganie przyjętych zasad. Dobrze uporządkowane procesy nie tylko ułatwiają codzienne zarządzanie, lecz ograniczają też ryzyko błędów, konfliktów i problemów organizacyjnych.

OCENA PRACOWNIKA NIE POWINNA ZACZYNAĆ SIĘ OD KONFLIKTU

W małych zespołach rozmowa o jakości pracy często odbywa się dopiero, gdy pojawi się poważny błąd albo narasta frustracja. To zbyt późno. Pracownik przez wiele miesięcy może nie wiedzieć, że sposób wykonywania zadań nie odpowiada oczekiwaniom właściciela, a lekarz może mieć poczucie, że przecież wszystko było oczywiste.

Lepszym rozwiązaniem są krótkie, regularne rozmowy podsumowujące. Nie muszą mieć formy rozbudowanego systemu ocen. Wystarczy omówić kilka konkretnych obszarów: jakość i terminowość pracy, komunikację z pacjentami, przestrzeganie procedur, współpracę z innymi pracownikami, samodzielność oraz sposób reagowania na sytuacje trudne. Ocena powinna opierać się na faktach i przykładach, a nie na ogólnym wrażeniu, że ktoś jest dobry albo problematyczny.

Sama ocena nie powinna być narzędziem kontroli ani formalnością wykonywaną raz na jakiś czas. Jej prawdziwa wartość pojawia się wtedy, gdy pomaga nazwać oczekiwania, omówić efekty pracy, wskazać obszary do poprawy i zaplanować rozwój. Dobrze zaprojektowana ocena daje korzyść obu stronom. Pracownik wie, czego się od niego oczekuje i według jakich kryteriów oceniana jest jego praca. Przełożony zyskuje narzędzie do rozmowy o jakości, terminowości, współpracy, komunikacji i przestrzeganiu procedur. Organizacja otrzymuje natomiast bardziej rzetelny obraz tego, gdzie działa sprawnie, a gdzie potrzebne są zmiany.

Dobre zarządzanie zespołem ma jeszcze jeden wymiar, o którym często się zapomina. Porządkuje odpowiedzialność. Jeżeli nie wiadomo, kto za co odpowiada, sprawy zaczynają krążyć między działami, decyzje się opóźniają, a błędy stają się trudniejsze do wychwycenia. Jasny podział ról nie ogranicza samodzielności pracowników. Przeciwnie, daje im stabilny punkt odniesienia.

W placówkach medycznych szczególnie cenne jest też budowanie kultury współpracy. Sprawa lekarza rzadko jest wyłącznie „sprawą jednego działu". Często wymaga przepływu informacji, konsultacji, sprawdzenia danych, przygotowania odpowiedzi, zachowania terminu i uwzględnienia szerszego kontekstu. Tam, gdzie zespoły pracują w izolacji, rośnie ryzyko opóźnień i nieporozumień. Tam, gdzie komunikacja jest uporządkowana, organizacja działa szybciej i spokojniej.

Nie chodzi więc o wprowadzanie kolejnych procedur dla samych procedur. Chodzi o to, żeby codzienna praca była bardziej przewidywalna, a przez to mniej chaotyczna. Dobre procesy nie zastępują ludzi, ale zdejmują z nich część niepotrzebnego obciążenia. Pozwalają skupić się na istocie sprawy, zamiast za każdym razem ustalać od początku, kto, kiedy i w jaki sposób powinien się nią zająć.

Z perspektywy pracownika oznacza to większe poczucie bezpieczeństwa. Z perspektywy lekarza pracodawcy – lepsze narzędzia zarządzania oraz sprawniejszą obsługę i większą przewidywalność działania jego placówki.

DOBRA KOMUNIKACJA CHRONI PACJENTÓW I ZESPÓŁ

W placówce medycznej część problemów powstaje na styku kilku osób. Pacjent przekazuje informację rejestracji, rejestracja lekarzowi, lekarz personelowi pomocniczemu, a następnie ktoś ma oddzwonić, wystawić dokument lub przekazać zalecenie. Jeżeli nie ma ustalonego sposobu odnotowywania i przekazywania takich spraw, odpowiedzialność rozmywa się, a pacjent pozostaje bez odpowiedzi.

Dlatego warto określić, gdzie zapisywane są sprawy wymagające reakcji, kto

fot. archiwum prywatne

je przejmuje i w jaki sposób potwierdza wykonanie. Nie każda placówka potrzebuje zaawansowanego systemu. Czasem wystarczy jedna uzgodniona lista zadań lub moduł w używanym programie. Kluczowe jest jednak to, aby ważna informacja nie pozostawała wyłącznie w pamięci pracownika albo na kartce przy telefonie.

Uporządkowana komunikacja ma szczególne znaczenie przy absencjach i zastępstwach. Zespół powinien wiedzieć, które zadania muszą być wykonane tego samego dnia, które można przełożyć i kto przejmuje sprawy osoby nieobecnej. Dzięki temu krótkie zwolnienie lub urlop nie dezorganizują pracy całej placówki.

Właściciel gabinetu często łączy rolę lekarza, menedżera, osoby odpowiedzialnej za personel i ostatniej instancji w każdej sprawie. Taki model jest obciążający i z czasem staje się ryzykowny. Jeżeli każda decyzja wymaga osobistego udziału właściciela, placówka działa sprawnie tylko wtedy, gdy jest on dostępny.

Delegowanie nie polega jednak na samym przekazaniu zadania. Trzeba jednocześnie określić oczekiwany rezultat, termin, zakres samodzielności i sposób raportowania. Pracownik powinien wiedzieć, czy ma jedynie zebrać informacje, przygotować propozycję, czy może podjąć decyzję samodzielnie. Bez tego delegowanie pozornie odciąża lekarza, ale w praktyce prowadzi do kolejnych pytań i poprawek.

W większym podmiocie leczniczym część odpowiedzialności można powierzyć kierownikowi administracyjnemu, koordynatorowi rejestracji lub osobie prowadzącej sprawy kadrowe. W mniejszym gabinecie podobną funkcję może pełnić doświadczony pracownik. Ważne, aby rola ta była jasno opisana i znana pozostałym członkom zespołu.



fot. licencja OIL w Warszawie

Dobre zarządzanie personelem nie jest dodatkiem do działalności medycznej. Jest jednym z warunków jej bezpiecznego i przewidywalnego prowadzenia.

DOBRY ZESPÓŁ NIE TWORZY SIĘ SAM

Prowadzenie placówki medycznej oznacza nie tylko odpowiedzialność za jakość udzielanych świadczeń, lecz także za organizację pracy całego zespołu. Lekarz będący pracodawcą powinien zadbać o to, aby każdy pracownik znał swoje obowiązki, rozumiał zasady funkcjonowania placówki i wiedział, jak postępować w sytuacjach wymagających szybkiej reakcji.

Dobrze przygotowane wdrożenie, jasny podział odpowiedzialności, sprawny obieg informacji i regularna ocena pracy nie są zbędną formalnością. W praktyce ograniczają liczbę błędów, poprawiają obsługę pacjentów i zmniejszają ryzyko organizacyjne oraz prawne. Mają również bezpośredni wpływ na bezpieczeństwo dokumentacji medycznej, ochronę danych osobowych i ciągłość pracy placówki.

Nie każda przychodnia lub gabinet potrzebuje rozbudowanego działu HR. Każda placówka potrzebuje jednak czytelnych zasad, konsekwencji w ich stosowaniu i odpowiedzialnego zarządzania personelem. Nawet proste rozwiązania organizacyjne mogą znacząco poprawić funkcjonowanie zespołu i pozwolić lekarzowi skoncentrować się na tym, co najważniejsze – leczeniu pacjentów i zapewnianiu im bezpiecznej, sprawnej opieki.

W praktyce oznacza to więcej czasu na leczenie i mniej sytuacji, w których lekarz musi w ostatniej chwili naprawiać problem organizacyjny, którego można było uniknąć. ●

Lekarzu, czujesz, że Twoje prawa są łamane?

Skontaktuj się z **Biurem Rzecznika Praw Lekarza**

Dyżury rzecznika praw lekarza
Pawła Doczekalskiego

wtorki 10.00–14.00 i środy 14.00–17.00
rzecznikprawlekarza@oilwaw.org.pl
22 542 83 28 | 691 224 246

Mały pomysł, duża zmiana

Od pomysłu do realizacji – Lekarski Budżet Partycypacyjny „Izba Lokalnie" pomaga lekarzom zmieniać ich zawodowe otoczenie. Jak działa program i jakie inicjatywy warto zgłaszać? Opowiada **Karol Stępniewski**, wiceprezes ORL w Warszawie i przewodniczący Zespołu ds. Budżetu Partycypacyjnego.

rozmawiała **DOROTA LEBIEDZIŃSKA**

Minął rok od uruchomienia programu „Izba Lokalnie". Co udało się osiągnąć?
W tym czasie 77 projektów uzyskało dofinansowanie na łączną kwotę ponad 780 tys. zł. Część z nich jest jeszcze w trakcie realizacji. To inicjatywy z różnych obszarów: szkolenia, organizacja wydarzeń, integracja, ale również codzienne udogodnienia, które poprawiają komfort pracy lekarzy.



fot. Marcin Faliński

Czyli niekoniecznie wielkie przedsięwzięcia, ale czasem coś, co po prostu ułatwia codzienną pracę?
Dokładnie. Może to być sprzęt potrzebny do szkoleń, samorozwoju lub inne rozwiązanie poprawiające komfort pracy, a czasami regenerację w przerwach od niej.

Zależy nam na tym, żeby wsparcie służyło lekarzom także w tym wymiarze socjalnym. Nie chodzi o doposażanie placówek w sprzęt medyczny, ale o tworzenie lepszych warunków pracy i odpowiadanie na potrzeby samych lekarzy.

Jak wygląda droga od pomysłu do realizacji? Załóżmy, że lekarz wie, czego potrzebuje jego zespół.
Każdy projekt ma swojego lidera, autora, który składa wniosek. Opisuje w nim, czego projekt dotyczy, jaki będzie miał wpływ na niego i środowisko, w którym pracuje, oraz jakie środki są potrzebne do jego realizacji. Następnie musi zebrać poparcie co najmniej pięciu lekarzy z danego otoczenia. Potrzebna jest również akceptacja delegata na Okręgowy Zjazd Lekarski z właściwego rejonu wyborczego.

I dopiero wtedy wniosek trafia do izby?
Nasze biuro sprawdza go pod kątem formalnym. Weryfikujemy zgodność z regulaminem, w tym kwestie opłacania składek i ewentualnych kar orzeczonych przez sąd lekarski. Dotyczy to autora oraz osób popierających projekt. Jeśli pojawiają się zaległości w składkach, w pierwszej kolejności wzywamy do ich uregulowania. Po uzupełnieniu braków wniosek może być dalej procedowany.

Następnie projektem zajmuje się zespół lekarskiego budżetu partycypacyjnego. Patrzymy przede wszystkim na to, czy rzeczywiście wspiera lokalną grupę lekarzy i czy może służyć możliwie szerokiemu gronu odbiorców.

Zespół wydaje rekomendację dla Okręgowej Rady Lekarskiej, która na posiedzeniu, po głosowaniu, podejmuje decyzję o dofinansowaniu. Później pozostaje podpisanie umowy z autorem projektu na jego realizację.

Włączenie delegata do tego procesu to dość nietypowe rozwiązanie. Dlaczego uznaliście państwo, że jego podpis jest potrzebny?
Delegat na Okręgowy Zjazd Lekarski to ważna postać. Jest łącznikiem między środowiskiem, z którego się wywodzi, a Okręgową Radą Lekarską. Zakładamy, że zna potrzeby swojego rejonu, a lekarze obdarzyli go zaufaniem, powierzając mu reprezentowanie swoich interesów.

Jego podpis stanowi swego rodzaju gwarancję, że jest to projekt odpowiadający na rzeczywiste potrzeby środowiska i zasługujący na realizację. To nie jest przypadkowa osoba, ale ktoś, kto zna lokalne realia i ma mandat do reprezentowania koleżanek i kolegów.

Na co powinien zwrócić uwagę autor, żeby jego pomysł miał szansę na dofinansowanie?
Przede wszystkim warto zacząć od potrzeby, a dopiero później szukać sposobu jej realizacji. Nie odwrotnie. Nie zastanawiajmy się najpierw, co można zrobić w ramach dostępnego narzędzia, tylko pomyślmy, czego brakuje nam w codziennej pracy, rozwoju czy inte-

gracji. „Izba Lokalnie" ma pomóc przełożyć tę potrzebę na konkretny projekt.

Ważne jest również to, żeby inicjatywa obejmowała możliwie szeroką grupę lekarzy. Chcemy wspierać pomysły oddolne, ale takie, które przynoszą korzyść nie tylko jednej osobie.

Czy zdarzają się pomysły wartościowe, ale niemożliwe do sfinansowania z tego budżetu?

Oczywiście. Niedawno trafił do nas bardzo ciekawy pomysł stworzenia platformy komunikacji między lekarzami. Miałaby ułatwiać konsultacje między ośrodkami, wymianę informacji i wzajemne wsparcie w rozwiązywaniu problemów klinicznych.

Widzimy ogromną potrzebę takiego rozwiązania. Dziś konsultacje między lekarzami często opierają się na osobistych znajomościach, a brakuje systemowych narzędzi, które ułatwiałyby współpracę między ośrodkami. Problem polega na tym, że taka platforma, aby miała największą funkcjonalność, powinna mieć zasięg ogólnopolski, a więc obejmować lekarzy z różnych środowisk i okręgowych izb lekarskich. Tymczasem nasz budżet jest przeznaczony dla członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, nie mogliśmy więc wesprzeć tego projektu, choć sam pomysł uważamy za interesujący.

A jakie są najczęstsze powody odrzucenia wniosków?

Najczęściej chodzi o projekty, które nie służą bezpośrednio lekarzom. Zdarza się, że wnioskujący chcą kupić sprzęt medyczny albo doposażyć szpital czy przychodnię. Uważamy, że za takie wydatki odpowiada zarządca placówki, właściciel gabinetu czy podmiot leczniczy, a nie okręgowa izba lekarska.

Drugim powodem jest zbyt wąski zakres projektu, kiedy wsparcie dotyczy właściwie jednej osoby. Chcemy umożliwiać realizację lokalnych inicjatyw, ale z korzyścią dla jak najszerszego grona lekarzy.

Rozwój, edukacja czy integracja – który z tych obszarów jest dziś najważniejszy?

Myślę, że wszystkie trzy są równie istotne. Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie organizuje wiele szkoleń, konferencji i wykładów, ale mamy świadomość, że nie każda potrzeba znajdzie odzwierciedlenie w naszej ofercie. Czasem jest ona bardzo lokalna. Lekarze chcą zorganizować własne szkolenie, konferencję czy wydarzenie integracyjne i są gotowi wziąć na siebie odpowiedzialność za jego przygotowanie. Właśnie do tego ma służyć budżet partycypacyjny.



fot. licencja OIL w Warszawie

Dopuszczamy również finansowanie z różnych źródeł, w tym częściowe współfinansowanie projektu przez jego beneficjentów.

Nabór jest ciągły, więc nie trzeba czekać na kolejną edycję?

Tak, wnioski można składać przez cały rok, a rozpatrujemy je kwartalnie. Nie ma więc potrzeby czekania na konkretny termin naboru. Zachęcam, żeby nie odkładać pomysłów na później.

Czy po pierwszym roku planujecie zmiany w zasadach programu?

Jesteśmy w trakcie aktualizacji regulaminu. Mamy już za sobą kilkadziesiąt wniosków i wiele rozmów, maili oraz pytań od naszych członków. Pojawiały się uwagi i wątpliwości, które chcemy uwzględnić. Zależy nam, żeby nowy regulamin był bardziej precyzyjny, odpowiadał na realne potrzeby i ułatwiał realizację projektów.

Która z inicjatyw szczególnie zapadła panu w pamięć?

Chyba najbardziej wartościowe było szkolenie dla jednego z oddziałów pediatrycznych. Profesjonalny trener i aktorzy pomagali lekarzom ćwiczyć przekazywanie rodzicom niepomyślnych informacji dotyczących rokowania ich dziecka.

To bardzo trudny aspekt pracy lekarza, wymagający odpowiednich kompetencji komunikacyjnych. W tym projekcie zobaczyliśmy jednocześnie wagę problemu i siłę oddolnej inicjatywy. Lekarze sami dostrzegli potrzebę, znaleźli sposób na jej zaspokojenie i zgłosili się po wsparcie. Dla mnie to świetny przykład tego, jak powinien działać budżet partycypacyjny.

Co powiedziałby pan lekarzowi, który ma pomysł, ale zastanawia się, czy warto składać wniosek?

Przede wszystkim: warto spróbować. Ten program pozwala realizować również pomysły dotyczące stosunkowo niewielkich grup lekarzy, których potrzeby trudno zauważyć z perspektywy całej izby. Lekarze pracują w różnych miejscach, mają różne doświadczenia i oczekiwania. Chcemy, żeby mogli o tym decydować i działać.

Pierwszy rok wyraźnie pokazał, że takie inicjatywy powstają nie tylko w Warszawie czy Radomiu, ale również w Siedlcach, Lipsku i innych miejscowościach. I właśnie to cieszy mnie najbardziej. Samorząd lekarski powinien być blisko swoich członków, a „Izba Lokalnie" daje im konkretne narzędzie do zmieniania swojego otoczenia. Czasem naprawdę niewielki projekt może przynieść dużą zmianę. ●

#Student Bliżej Izby: **zajrzeć do samorządu od środka**



Zakończyła się druga edycja programu staży wakacyjnych #Student Bliżej Izby, organizowanego przez Komisję Młodych Lekarzy ORL w Warszawie. Trzy stażystki poznały pracę izby, uczestniczyły w posiedzeniach komisji i prezydium, pomagały przy organizacji wydarzeń i realizacji projektów, a przede wszystkim przekonały się, że samorząd lekarski to znacznie więcej niż formalności.

KAROLINA STĘPNIEWSKA

Pomysł na program #Student Bliżej Izby zrodził się z potrzeby przybliżenia młodym lekarzom i studentom medycyny działalności samorządu zawodowego. Jak podkreśla Wiktor Możarowski, przewodniczący KML, pełnomocnik ds. studenckich OIL w Warszawie i pomysłodawca programu, organizatorom zależało, by staż oferował uczestnikom więcej niż tylko możliwość obserwowania pracy izby.

– *Program staży wakacyjnych w OIL w Warszawie powstał także po to, by pokazać, że izba to nie tylko instytucja, ale także przestrzeń do realizowania własnych pomysłów, rozwoju i realnego wpływu na środowisko medyczne. Uczestnicy mają możliwość zdobycia praktycznego doświadczenia, poznania pracy poszczególnych działów i zaangażowania się w konkretne projekty* – mówi Wiktor Możarowski.

Program przynosi korzyści również samej izbie: – *To inwestycja w przyszłych liderów naszego środowiska i sposób na budowanie więzi z izbą już na bardzo wczesnym etapie kariery. Chcieliśmy stworzyć studentom miejsce, w którym mogą zdobyć konkretne doświadczenie, poznać ludzi aktywnie działających w samorządzie i przekonać się, że także ich głos i pomysły mogą mieć realne znaczenie. Druga edycja tylko utwierdziła nas w przekonaniu, że warto ten program kontynuować i dalej rozwijać* – podkreśla przewodniczący Komisji Młodych Lekarzy.

NIE TYLKO FORMALNOŚCI

Druga edycja programu pozwoliła trzem uczestniczkom poznać samorządową rzeczywistość od środka. **Marta Wolszczak** odbyła dwumiesięczny staż w Dziale Administracji. O programie dowiedziała się podczas konferencji „How to staż" organizowanej przez Komisję Młodych Lekarzy.

– *Zdecydowałam się, ponieważ jako tegoroczna absolwentka kierunku lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego od zawsze interesowałam się organizacyjną stroną ochrony zdrowia. Był to dla mnie idealny impuls, by w praktyce poznać struktury naszego samorządu* – mówi.

Jak przyznaje, największym zaskoczeniem była dla niej skala działalności izby: – *Z zewnątrz często nie widzimy tej skomplikowanej machiny organizacyjnej i rygorystycznych procedur, które muszą zadziałać każdego dnia, żeby wszystko funkcjonowało płynnie* – opowiada.

Staż pozwolił jej dokładnie poznać zasady działania OIL. Dzięki temu mogła lepiej zrozumieć, jak przebiegają procedury związane z wykonywaniem zawodu lekarza, a także odkryć dostępne dla lekarzy formy wsparcia. – *Dzięki temu w przyszłości będę już doskonale wiedziała, jak sprawnie dopełniać wszystkich formalności i obowiązków związanych z byciem lekarzem. Odkryłam przy tym również mnóstwo fantastycznych benefitów i wydarzeń, które są dla nas organizowane* – podkreśla.

Bardzo podobała jej się też atmosfera pracy. – *Mimo wielu obowiązków zespół był niezwykle pomocny i dawał mi wielkie wsparcie przy wdrażaniu się w nowe zadania* – mówi Marta Wolszczak. Twierdzi, że chce dalej angażować się w działania samorządu.

Marta Bodek, dyrektor administracyjny OIL w Warszawie, zwraca uwagę na szeroki zakres obowiązków stażystów i możliwość poznania różnych obszarów funkcjonowania izby.

– *Stażystki Karolina i Marta brały udział w pracach Sekretariatu Okręgowej Rady Lekarskiej, Komisji ds. Rejestracji i Prawa Wykonywania Zawodu, Komisji ds. Rejestracji Praktyk Lekarskich, Komisji ds. Stażu Podyplomowego, Ośrodka Doskonalenia Zawodowego oraz pozostałych komórek administracyjnych izby. Zapoznały się z ich zadaniami, organizacją pracy i obowiązującymi procedurami. Uczestniczyły również w posiedzeniach Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie* – podsumowuje.

fot. archiwum prywatne

Jak zaznacza, udział w programie pozwala młodym lekarzom lepiej zrozumieć rolę samorządu zawodowego, poznać korzyści wynikające z przynależności do izby, dostępne formy wsparcia oraz możliwości rozwoju zawodowego.

– *Staż przynosi korzyści obu stronom – stażystom daje szansę na aktywne włączenie się w życie samorządu, a izbie umożliwia poznanie nowych perspektyw, pomysłów i inicjatyw oraz pozyskanie przyszłych działaczy* – dodaje Marta Bodek.

OD KOMISJI PO WYDAWANIE PWZ

Karolina Adamska, absolwentka Wydziału Lekarskiego Uczelni Łazarskiego, w czasie stażu uczestniczyła w posiedzeniach komisji i zespołów, m.in. LUTW „Nestor" oraz Komisji ds. Rodzin Lekarskich, a także w posiedzeniu prezydium. Pomagała przy wydarzeniu „ZERO tolerancji dla dezinformacji w medycynie!" i przy codziennych działaniach komisji stałych. Na zakończenie stażu uczestniczyła również w wydawaniu praw wykonywania zawodu oraz skierowań nowym lekarzom stażystom.

– *Najbardziej zaskoczyło mnie, jak szeroki jest zakres działalności izby i jak wiele dzieje się w niej poza sprawami czysto formalnymi* – mówi.

Jak podkreśla, staż pozwolił jej spojrzeć na samorząd z zupełnie innej perspektywy i lepiej zrozumieć jego znaczenie w życiu zawodowym lekarza.

– *Przekonałam się, na jak wiele form wsparcia ze strony izby możemy liczyć. Zdecydowanie poleciłabym taki staż innym studentom i absolwentom kierunku lekarskiego! To możliwość zdobycia wiedzy, której nie da się wynieść z zajęć na uczelni, poznania wielu ciekawych osób oraz zobaczenia środowiska lekarskiego od trochę innej strony* – ocenia Karolina Adamska.

PROJEKTY, INNOWACJE I PRZEDSIĘBIORCZOŚĆ

Marta Tokaj, lekarka stażystka, większość stażu w izbie spędziła w Ośrodku Projektów i Innowacji.

– *Chciałam zobaczyć, jak izba wygląda od środka, z czego się składa. Jestem też zainteresowana przedsiębiorczością i innowacyjnością, więc możliwość pracy w Ośrodku Projektów i Innowacji była dla mnie ogromną szansą* – mówi.

W trakcie stażu uczestniczyła m.in. w działaniach związanych z Klubem Lekarza Przedsiębiorcy – przy organizacji szkoleń oraz przygotowaniach do II Forum Klubu Lekarza Przedsiębiorcy. Jednocześnie miała możliwość obserwowania pracy innych zespołów. Uczestniczyła w posiedzeniach komisji, rady i prezydium, a także w wydarzeniach organizowanych przez Dział Komunikacji, skierowanych zarówno do lekarzy stażystów, jak i innych grup środowiska.

– *Program staży wakacyjnych kontynuujemy już drugi rok i cieszy nas, że spotyka się on z dużym zainteresowaniem* – mówi Julia Żukowska, Project Manager Ośrodka Projektów i Innowacji. – *Staraliśmy się przekazać stażystce praktyczną wiedzę z zakresu zarządzania projektami oraz pokazać, jak wygląda codzienna praca zespołu projektowego* – mówi.

Podkreśla również zaangażowanie Marty Tokaj: – *Jesteśmy bardzo zadowoleni z przebiegu stażu i zaangażowania Marty. W ostatnich tygodniach stała się realnym wsparciem naszego zespołu, szczególnie w przygotowaniach do II Forum Klubu Lekarza Przedsiębiorcy. Jej pomoc, samodzielność i zaangażowanie były dla nas bardzo cenne* – dodaje.

Marta Tokaj jest zaskoczona skalą działalności izby: – *Lekarze na co dzień nie zawsze są świadomi, że jest tak dużo grup lekarskich, do których kierowane są działania izby. Osoby, które nie mają dzieci, mogą nie wiedzieć, że organizowane są mikołajki, Dzień Dziecka i wiele innych wydarzeń. Są też działania skierowane do seniorów, matek lekarek czy sportowców.*

Staż pozwolił jej rozwinąć kompetencje organizacyjne oraz planistyczne.

– *Obserwowałam od początku do końca, jak organizowane są wydarzenia, jak wdrażane są nowe, innowacyjne pomysły i jak dużo automatyzacji izba na co dzień wprowadza* – mówi.

Ważnym doświadczeniem była również współpraca z osobami reprezentującymi inne dziedziny zawodowe. – *Język biznesowy czy administracyjny – to było dla mnie coś zupełnie nowego* – dodaje.

IZBA TO COŚ WIĘCEJ

Doświadczenie zdobyte podczas programu zmieniło również sposób, w jaki Marta Tokaj patrzy na przyszłość zawodową.

– *Po stażu w OIL już wiem, że kariera lekarza nie musi wiązać się tylko z pracą w szpitalu, poradni czy przychodni. Lekarze podejmują też różne inicjatywy przedsiębiorcze, innowacyjne, ale również stricte charytatywne* – podkreśla.

Nie wyklucza, że w przyszłości sama zaangażuje się w działalność samorządową. – *Bardzo chciałabym dołączyć kiedyś do rady bądź do prezydium. Na pewno chciałabym też spróbować swoich sił jako lekarz przedsiębiorca* – mówi.

Bezpośrednie doświadczenie jest jednym z najlepszych sposobów, by przekonać się, czym naprawdę zajmuje się samorząd lekarski. Dla uczestniczek drugiej edycji programu #Student Bliżej Izby był to czas zdobywania nowych kompetencji, poznawania ludzi i projektów, a także spojrzenia na przyszły zawód z szerszej perspektywy. Dla izby – kolejna okazja, by otworzyć się na młode pokolenie lekarzy i pokazać, że w samorządzie można aktywnie działać i mieć realny wpływ na środowisko zawodowe. ●

PROGRAM STYPENDIALNY

więcej informacji:

→ Skorzystaj z dofinansowania **staży • kursów • konferencji zagranicznych**

→ Nabór wniosków **do 30 marca 2027 r.** | maksymalna kwota dofinansowania **7500 zł**

Kick off Meeting 2026: wiedza i integracja w Otwocku

Ósma edycja Kick off Meeting – wyjazdowego spotkania szkoleniowo-integracyjnego organizowanego przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie wspólnie z Komisją Młodych Lekarzy oraz Komisją ds. Stażu Podyplomowego – odbyła się 3–4 października w Z-Hotel Business & Spa w Otwocku. W spotkaniu wzięli udział lekarze stażyści rozpoczynający swoją zawodową drogę oraz ci, którzy są już w trakcie realizacji stażu.



fot. Cezary Piwowarski

Kick off Meeting to idealna okazja do zdobycia praktycznej wiedzy, poznania działalności samorządu lekarskiego, wymiany doświadczeń, a także do poznania innych młodych lekarzy. Właśnie na te powody wskazywali młodzi medycy pytani, dlaczego zdecydowali się wziąć udział w wydarzeniu.

Tegoroczna edycja Kick off Meeting zgromadziła prawie 200 uczestników. Wielu przyjechało ze znajomymi, chcieli też poznać innych lekarzy, którzy także są na początku swojej zawodowej drogi. Program wydarzenia, poza solidną porcją wiedzy i praktycznych wskazówek, zapewnił im taką możliwość – rozmowom przy kawie i podczas bankietu nie było końca, a gra terenowa stworzyła świetną okazję do zacieśniania więzi i nawiązywania współpracy w luźnej atmosferze. Wiadomo przecież, że zabawa najlepiej integruje!

NA POCZĄTEK – SAMORZĄD

Spotkanie prowadzili lek. Marcin Rybak z Komisji Młodych Lekarzy ORL w Warszawie i dr n. med. i n. o zdr. Anna Rapiejko. Wydarzenie oficjalnie otworzył lek.



Wiktor Możarowski, przewodniczący Komisji Młodych Lekarzy ORL w Warszawie, a następnie młodych medyków powitali dr n. med. Artur Drobniak, prezes ORL w Warszawie, oraz lek. dent. Grzegorz Kwitkiewicz, wiceprezes ORL w Warszawie i przewodniczący Komisji ds. Lekarzy Dentystów ORL w Warszawie.

Pierwsze wystąpienie dotyczyło działalności samorządu i kwestii prawnych. Prezes Artur Drobniak opowiedział zgromadzonym o strukturze i działalności OIL w Warszawie. Gratulował im skończenia studiów i rozpoczęcia pierwszego etapu zawodowej ścieżki, wspomniał o wyzwaniach, przed którymi aktualnie stoi ta grupa zawodowa, i przybliżył korzyści, jakie przynależność do samorządu daje swoim członkom. – *Obserwujemy obecnie, że we wszystkich rozwiniętych społeczeństwach, nie tylko w Polsce, lekarze są poddawani coraz większej presji, ich praca jest coraz uważniej oceniana, a odpowiedzialność i oczekiwania stale rosną. Dlatego skuteczny, kreatywny i silny samorząd lekarski ma dziś dla nas szczególne znaczenie* – podkreślił prezes.

O samorządzie i Komisji Młodych Lekarzy opowiedzieli także przewodniczący KLM ORL w Warszawie Wiktor Możarowski, lek. Aleksandra Krygowska, przewodnicząca Komisji ds. Młodych Lekarzy Naczelnej Izby Lekarskiej, i lek. Marcin Rybak.

Lek. Paweł Doczekalski, rzecznik praw lekarza OIL w Warszawie, oraz dr n. pr. Sebastian Stykowski z Biura Rzecznika Praw Lekarza mówili o bezpieczeństwie prawnym lekarza i podkre-



ślali, że znajomość swoich praw jest dla lekarzy szczególnie ważna. Nie zabrakło też ciekawych przykładów z życia oraz przestróg i wskazówek, które warto wziąć sobie do serca w codziennej praktyce, m.in. podczas prowadzenia dokumentacji medycznej. – *Nie mówimy tego, żeby was przestraszyć* – zaznaczył rzecznik praw lekarza. – *Chcemy po prostu, żebyście wiedzieli, że macie w izbie wsparcie i możecie się do nas zwrócić o pomoc czy radę.*

STAŻ, SOR I PIERWSZE KROKI W ZAWODZIE

O tym, jak zadbać o swój dobrostan psychiczny i nie wypalić się na pierwszym etapie pracy, opowiadał pełnomocnik OIL ds. przeciwdziałania dyskryminacji lek. Robert Madejek, psychiatra. Następnie, po krótkiej przerwie kawowej, lek. dent. Piotr Kuchta, przewodniczący Komisji ds. Stażu Podyplomowego ORL w Warszawie, przedstawił rolę programu stażowego OIL Warszawa w doskonaleniu zawodowym młodych lekarzy.

Nie zabrakło też spojrzenia na codzienność pracy na szpitalnym oddziale ratunkowym. Lek. David Zira opowiedział o wyzwaniach, z którymi mierzą się lekarze pracujący na SOR, a wszystko to na prawdziwych przykładach z warszawskich oddziałów ratunkowych, barwnie zilustrowanych odniesieniami do popkultury i historii medycyny ratunkowej.

Przejście od studiów do pracy zawodowej to duża zmiana i mnóstwo nowych pytań – dotyczących nie tylko medycyny, ale również organizacji pracy, relacji z pacjentami i współpracownikami czy planowania dalszej kariery. Wiele odpowiedzi uczestnicy spotkania znaleźli w wystąpieniu lek. Wiktora Możarowskiego „Pierwsze kroki w zawodzie – jak odnaleźć się w nowej rzeczywistości". Niezwykle praktyczne wskazówki znalazły uznanie u młodych lekarzy, którzy robili notatki i zdjęcia kolejnym slajdom prezentacji. – *Jesteście w naprawdę fajnym miejscu* – mówił przewodniczący Komisji Młodych Lekarzy. – *Rozpoczęcie stażu to świetny okres. Ale zobaczycie, że to dopiero start, a nie meta.*

AI, MEDIA I WŁASNY BIZNES

Program Kick off Meeting nie ograniczał się jednak tylko do tematów związanych bezpośrednio ze stażem. Jakub Adamski, dyrektor zarządzający OIL w Warszawie, poprowadził spotkanie poświęcone użyciu sztucznej inteligencji w praktyce lekarskiej. Opowiedział nie tylko o możliwościach wykorzystania AI, ale też o granicach zaufania do nowych technologii. Nie zabrakło praktycznych wskazówek, jak mądrze pracować z narzędziami AI i jak korzystać z nich m.in. podczas pisania prac naukowych.

Z kolei dr n. med. Maciej Cićkiewicz zwrócił uwagę na obecność lekarzy w przestrzeni publicznej i mediach. Podczas wystąpienia „Młody lekarz w mediach – zasady skutecznej i odpowiedzialnej komunikacji" uczestnicy mogli przyjrzeć się temu, jak mówić o medycynie w sposób zrozumiały i profesjonalny, jak budować swoją obecność w internecie.

Lek. Rafał Sawicki z Klubu Lekarza Przedsiębiorcy opowiedział o możliwościach rozwoju zawodowego poza umową o pracę. Temat „Lekarz-przedsiębiorca – jak rozwijać się poza etatem" przybliżył alternatywne drogi zawodowe i biznesowe. Na zakończenie części wykładowej o „Mapie wsparcia szkolenia specjalizacyjnego lekarzy" OIL w Warszawie opowiedział koordynator projektu lek. Marcin Matuszewski. Narzędzie to umożliwia szybki dostęp do aktualnych ofert szpitali w zakresie rezydentur, co pozwala podejmować bardziej świadome decyzje zawodowe.

NIE TYLKO WIEDZA

Po intensywnej części merytorycznej przyszedł czas na zmianę otoczenia. Uczestnicy podzieleni na drużyny wzięli udział w grze terenowej „Mafia". Mieli okazję sprawdzić spostrzegawczość, spryt i umiejętność współpracy – a przede wszystkim poznać się w znacznie mniej formalnych okolicznościach.

Po kilku godzinach wspólnej zabawy przyszedł czas na chwilę odpoczynku, a wieczorem – na bankiet. Była to doskonała okazja do zawierania nowych znajomości i wymiany wrażeń z pierwszych doświadczeń na stażach.

Dwa dni w Otwocku minęły wyjątkowo szybko. Było dużo pytań, nowych informacji i – jak na Kick off Meeting przystało – sporo dobrej zabawy. Początek lekarskiej drogi może być wymagający, ale najważniejsze, że nie trzeba pokonywać go samotnie!



Partnerzy wydarzenia

ins MED

PZU

WYJĄTKOWE PARKI ROZRYWKI #KochamSkakać

FUNDACJA PRO SENIORE

DOFINANSOWANIE WYROBÓW MEDYCZNYCH

Zachęcamy seniorów, którzy nie otrzymali dofinansowania zakupu wyrobów medycznych z NFZ ani z PFRON, do ubiegania się o **dofinansowanie oferowane przez naszą izbę.**

Szczegóły i regulamin na stronie Fundacji Pro Seniore

Termin składania wniosków mija
31 grudnia 2026 r.



REHABILITACJA

Uprzejmie informujemy o możliwości ubiegania się przez lekarzy i lekarzy dentystów, którzy przynależą do OIL w Warszawie, ukończyli 60. rok życia i znajdują się w trudnej sytuacji materialnej, o **dofinansowanie turnusów rehabilitacyjnych i rehabilitacji w warunkach ambulatoryjnych.**

Szczegóły na stronie Fundacji Pro Seniore

Termin składania wniosków mija
31 grudnia 2026 r.

DRUK RECEPT



Recepty *pro auctore* i *pro familia*
dla lekarzy seniorów

drukujemy w Okręgowej Izbie Lekarskiej

w Warszawie, przy ul. Puławskiej 18,
w poniedziałki i środy w godz. **12.00–15.00.**

Trzeba mieć PIN i hasło do druku recept z NFZ.

Okręgowa
Izba Lekarska
w Warszawie



OBIADY w Klubie Lekarza

Komisja ds. Lekarzy Seniorów zaprasza seniorów lekarzy/lekarzy dentystów

w poniedziałki i czwartki
w godz. **13.00–14.00**
do Klubu Lekarza
przy ul. Raszyńskiej 54 w Warszawie

na dofinansowane przez OIL w Warszawie obiady.

Więcej informacji: zok@oilwaw.org.pl
tel. (22) 542 83 33

16 stycznia 2027 r.

Arkady Kubickiego,
Zamek Królewski w Warszawie



Bal Karnawałowy Lekarzy

Zapisy od 10 listopada, 12:00

Okręgowa
Izba Lekarska
w Warszawie

Warsaw Gallery Weekend 2026.
Co warto było zobaczyć?



MARIUSZ BORKOWSKI
Komisja ds. Kultury ORL w Warszawie

Warsaw Gallery Weekend to jedno z ciekawszych wydarzeń w kalendarzu kulturalnym Warszawy. Przez kilka dni galerie sztuki współczesnej otwierają swoje przestrzenie dla publiczności, prezentując wystawy zarówno uznanych artystów, jak i twórców, których nazwiska nie są jeszcze szeroko znane.



fot. Karolina Zaworska (1), archiwum prywatne (3)

Tegoroczna edycja WGW była dla mnie okazją do odwiedzenia kilku galerii, poznania interesujących artystów i rozmów z osobami, które na co dzień zajmują się sztuką. Chciałbym podzielić się dwiema wystawami, które szczególnie zapadły mi w pamięć.

GALERIA CIACEK – WŁODZIMIERZ JAN ZAKRZEWSKI I KAROL HILLER

Jednym z najciekawszych odkryć była dla mnie wystawa w Galerii Ciacek, zestawiająca prace Włodzimierza Jana Zakrzewskiego z heliografikami Karola Hillera.

Centralnym punktem ekspozycji był tryptyk „Cruel Pessimism", nawiązujący do zjawisk zachodzących we wnętrzu gwiazd. Patrząc na nocne niebo, widzimy piękne, świecące punkty, ale wiemy przecież, że ich światło jest efektem reakcji jądrowych. To interesujące zestawienie naszego codziennego doświadczenia z wiedzą naukową.

Obaj artyści związani są z Łodzią i tradycją konstruktywizmu. Ich twórczość pokazuje jednak, że nie wszystko da się wyjaśnić i uporządkować za pomocą racjonalnych systemów.

Szczególnie zainteresowała mnie postać Karola Hillera. Studiował chemię, architekturę i malarstwo, a pod koniec lat 20. XX w. opracował własną technikę artystyczną – heliografikę, łączącą elementy fotografii, grafiki i malarstwa. Co ciekawe, jego prace znajdują się dziś w zbiorach tak prestiżowych instytucji, jak Centre Pompidou w Paryżu czy Museum of Modern Art w Nowym Jorku.

Dzięki Małgorzacie Ciacek, prowadzącej galerię i nagrodzonej J.P. Morgan Showcase Prize podczas TEFAF Maastricht 2024, miałem okazję lepiej poznać twórczość artystów, o których wcześniej wiedziałem niewiele.

Warto również sięgnąć po esej Weroniki Kobylińskiej towarzyszący wystawie, który pozwala lepiej zrozumieć jej koncepcję.

ARTAROUND – „DENY!" RENATY RARY KAMIŃSKIEJ

Drugą wystawą, którą chciałbym wyróżnić, jest „DENY!" Renaty Rary Kamińskiej, prezentowana przez ArtAround w sekcji WGW+.

To ekspozycja poświęcona cenzurze, kontroli informacji i temu, w jaki sposób kształtowana jest nasza wiedza o świecie.

Już na zewnątrz budynku uwagę przyciągała instalacja „SPY", złożona z flag wykonanych z lustrzanego PVC pochodzącego z recyklingu. Praca nawiązywała do wcześniejszej realizacji artystki na fasadzie wiedeńskiej Albertiny. Zastosowany materiał przypomina weneckie lustro i odnosi się do zagadnień obserwacji oraz nadzoru.

W przestrzeni galerii można było natomiast zobaczyć betonowe książki symbolizujące publikacje poddawane cenzurze lub umieszczane na listach dzieł zakazanych.

To bardzo czytelny, a jednocześnie ciekawy sposób opowiedzenia o ograniczaniu dostępu do informacji i kontroli nad tym, co trafia do publicznej świadomości.





Wystawa była również okazją do poznania działalności ArtAround, projektu stworzonego przez Agnieszkę Jarosz i Kingę Szafrankowską. Jego celem jest m.in. prezentowanie sztuki poza tradycyjnymi schematami galeryjnymi oraz łączenie środowisk artystycznych i biznesowych.

WARSZAWSKIE GALERIE WARTO ODWIEDZAĆ CZĘŚCIEJ

Warsaw Gallery Weekend pokazuje, jak różnorodna jest warszawska scena sztuki współczesnej. Co ważne, odwiedzanie galerii nie wymaga specjalistycznego przygotowania ani wiedzy z historii sztuki. Wystarczy ciekawość i chęć poznania czegoś nowego.

Dla mnie dużą wartością takich wydarzeń są także rozmowy z galerzystami i artystami. Często dopiero poznanie historii powstania pracy lub intencji jej autora pozwala spojrzeć na nią zupełnie inaczej.

Chciałbym zachęcić koleżanki i kolegów lekarzy do częstszego odwiedzania warszawskich galerii. Wiele z nich oferuje interesujące wystawy przez cały rok, a wstęp jest często bezpłatny.

Sam zamierzam kontynuować te wizyty i od czasu do czasu dzielić się na łamach „Pulsu" swoimi odkryciami. Być może będzie to również okazja do wspólnych spotkań lekarzy zainteresowanych sztuką, nie tylko podczas Warsaw Gallery Weekend. ●

„Radom, jakiego nie znacie" – wystawa fotografii

W Głównej Bibliotece Lekarskiej im. Stanisława Konopki 27 września odbył się wernisaż wystawy fotografii powstałych podczas V Ogólnopolskiego Pleneru Fotograficznego „Radom, jakiego nie znacie II".

Tegoroczna edycja pleneru koncentrowała się wokół kilku ważnych zagadnień: architektury, fotografii industrialnej, rejestracji przemijającego czasu oraz fotografii jako formy plastycznej wypowiedzi artystycznej. Prezentowane na wystawie fotografie ukazują Radom z mniej oczywistej perspektywy, zwracając uwagę na jego architekturę, historię i codzienne oblicze. Prace przedstawiają różne spojrzenia, łącząc dokumentację z indywidualną wrażliwością i interpretacją autorów. Pozwalają przyjrzeć się Radomiowi z różnych punktów widzenia.





Wernisaż był okazją do spotkania osób związanych ze środowiskiem lekarskim, kulturą i fotografią. Gości powitali Justyna Kwitkiewicz, przewodnicząca Komisji Kultury ORL w Warszawie, oraz Mirosław Żydecki, a w wydarzeniu uczestniczyli m.in. Jarosław Wanecki, szef Ośrodka Kultury i Dziedzictwa Historycznego NIL, oraz Grzegorz Kwitkiewicz, wiceprezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie.

Dodatkową atrakcją wydarzenia było zwiedzanie muzeum w towarzystwie pracowników Działu Starych Ksiąg i Muzealiów (DSKM), którzy przybliżyli gościom znajdujące się tam zbiory i historię placówki. ●



fot. Mirosław Żydecki (3)

Wystawę można oglądać **do 16 listopada 2026 r. w Głównej Bibliotece Lekarskiej im. Stanisława Konopki** przy ul. Jazdów 1A, od poniedziałku do piątku w godz. 8.00–16.00. Wstęp wolny. Zapraszamy!



Zapraszamy na Galę Komisji ds. Sportu

Już 14 listopada 2026 r. o godz. 18.30 na Stadionie Legii Warszawa przy ul. Łazienkowskiej 3 będziemy wspólnie celebrować nasze pasje. Komisja ds. Sportu Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie serdecznie zaprasza na wyjątkową galę. Nie zabraknie sportowych emocji!

Będzie to wieczór poświęcony lekarzom i lekarzom dentystom, którzy aktywnie realizują swoje zamiłowanie do sportu – trenując, startując w zawodach, reprezentując Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie i inspirując innych do aktywności.

Podczas gali odbędzie się uroczyste wręczenie nagród laureatom OIL SPORT MISTRZ i Ligi OIL. W programie znajdzie się także prezentacja działalności Komisji ds. Sportu i najważniejszych inicjatyw sportowych OIL w Warszawie, a także część edukacyjna i możliwość zwiedzenia loży VIP Stadionu Legii. Wieczór zakończy wspólne kibicowanie podczas transmisji meczu Rumunia–Polska.

Bądźcie tego dnia z nami! ●

fot. licencja OIL w Warszawie

Zapisy i więcej informacji na stronie:

24. Mistrzostwa Polski Lekarzy i innych Profesji Ochrony Zdrowia w Ringo



fot. archiwum prywatne

Tegoroczne mistrzostwa odbyły się 12 września 2026 r. na trawiastej nawierzchni stadionu GKS Świt na warszawskich Jelonkach. Zawody wsparły Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie, Naczelna Izba Lekarska oraz Polskie Towarzystwo Ringo.

Tegoroczne Mistrzostwa Polski Lekarzy i innych Profesji Ochrony Zdrowia w Ringo połączono z jubileuszowym XXV Memoriałem Włodzimierza Strzyżewskiego. Nieco skromniejsza frekwencja spowodowana była odbywającymi się w tym samym czasie Igrzyskami Lekarskimi w Cetniewie. Zawody zgromadziły przedstawicieli środowiska medycznego, którzy połączyli sportową rywalizację z promocją aktywnego i zdrowego stylu życia.

Zawody trwały kilka godzin, a rywalizacja toczyła się równolegle na czterech boiskach. Dopisała również pogoda, a przerwa na posiłek regeneracyjny pozwoliła uczestnikom nabrać sił przed kolejnymi pojedynkami.

RYWALIZACJA BEZ WZGLĘDU NA WIEK

Do udziału w mistrzostwach zgłosiło się 41 osób: 20 kobiet i 21 mężczyzn. Nie wszyscy mieli jednakowe doświadczenie – dla części uczestników była to również okazja do nauki gry w ringo.

Zawody rozegrano w ośmiu kategoriach gier pojedynczych oraz dwóch kategoriach gier podwójnych. Rywalizacja indywidualna obejmowała trzy kategorie kobiece, trzy męskie oraz dwie przeznaczone dla lekarskich dzieci. W grach podwójnych zawodnicy zmierzyli się w mikstach i dwójkach rodzinnych.

Szczególne miejsce w turnieju zajęły kategorie seniorskie i superseniorskie. Z myślą o starszych uczestnikach, wśród których znaleźli się również profesorowie, przygotowano osobne grupy, pozwalające rywalizować z osobami w podobnym wieku.

Miejsca medalowe zajęło 36 uczestników. Część z nich zdobyła więcej niż jeden medal, ponieważ regulamin umożliwiał start zarówno w grach pojedynczych, jak i podwójnych.

ZWYCIĘZCY MISTRZOSTW

W grach pojedynczych kobiet w kategorii otwartej zwyciężyła **Małgorzata Krawczyk** ze Słupska. Wśród seniorek najlepsza okazała się **Wanda Michalak** z Wrocławia, a w kategorii superseniorek – **Krystyna Anioł-Strzyżewska** z Warszawy. W rywalizacji dzieci lekarskich triumfowała **Maria Weslouis** z Warszawy.

W grach pojedynczych mężczyzn w kategorii otwartej zwyciężył **Michał Kafanke** z Gliwic. W kategorii seniorów pierwsze miejsce zajął **Wiesław Halasz** z Poznania, natomiast wśród superseniorów – **Andrzej Osak** ze Słupska. W kategorii dzieci lekarskich najlepszy był **Aleksander Kotowski** z Warszawy.

W rywalizacji par mieszanych zwyciężyli **Małgorzata Krawczyk** i **Andrzej Osak** ze Słupska. W kategorii dwójek rodzinnych pierwsze miejsce zajęli **Danuta Halasz** i jej syn **Janek** z Poznania.

W zawodach uczestniczyli reprezentanci sześciu okręgowych izb lekarskich. W klasyfikacji łącznej, ustalanej na podstawie rankingu punktowego, zwyciężyła Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie, zdobywając 135 pkt. Drugie miejsce zajęła Wielkopolska Izba Lekarska z wynikiem 54 pkt, a trzecie – Pomorska Izba Lekarska, która uzyskała 49 pkt.

SPORTOWA TRADYCJA I WYJĄTKOWE NAGRODY

Nad prawidłowym przebiegiem zawodów czuwał sędzia główny, Mariusz Wangryn. Poszczególne mecze prowadzili również: Andrzej Osak ze Słupska, sędzia klasy międzynarodowej, oraz Paulina Gałązka z Mogielnicy i Jakub Strzyżewski z Warszawy, sędziowie klasy wojewódzkiej.

Zwycięzcy otrzymali puchary, medale oraz unikatowe dyplomy opatrzone łacińskimi maksymami. Medale, ufundowane przez Naczelną Izbę Lekarską i zawieszone na biało-czerwonych wstążkach, podkreśliły rangę tego polskiego sportu. Kolorowe dyplomy, przygotowane według specjalnego wzoru, wręczano w ofertówkach Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.

Każdy medalista otrzymał również kółko do gry w ringo. Był to nie tylko pamiątkowy upominek, lecz także zachęta do dalszych treningów i doskonalenia umiejętności przed kolejną edycją mistrzostw.

– *Za pośrednictwem „Pulsu" chcielibyśmy jako „rodzina ringo" serdecznie podziękować władzom OIL w Warszawie za umożliwienie wydania i sfinansowanie druku broszury poświęconej historii lekarskiego ringo w izbie z ostatnich 25 lat* – mówiła dr n. med. Krystyna Anioł-Strzyżewska, przewodnicząca sekcji ringo Komisji ds. Sportu ORL w Warszawie. – *W tym okresie była znamienna roczna przerwa, którą wypełnił nam szalejący wirus COVID-19* – dodała.

Rozwijamy sekcje sportowe!

Sekcje sportowe, które działają w ramach Komisji ds. Sportu ORL w Warszawie, skupiają lekarzy sportowców zawodowo i amatorsko związanych z wieloma dyscyplinami sportu. Promują zdrowie i aktywny wypoczynek wśród lekarzy, a poprzez wsparcie w rozwoju ich pasji są doskonałą okazją do integracji naszego środowiska.

Przy Komisji ds. Sportu działają aktualnie sekcje: kitesurfingowa, kartingowa, karate, ringo, samoobrony, tenisa ziemnego oraz reprezentacja piłki nożnej LEKIA.

Jeśli chcesz założyć nową sekcję i zostać jej koordynatorem, zgłoś się do nas: **sport@oilwaw.org.pl**. Zapraszamy!

Więcej informacji na stronie

medlex.
OFICJALNY PARTNER
OIL W WARSZAWIE
w zakresie benefitów motoryzacyjnych

RABATY DO 30% na nowe samochody

DLA LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW

Benefit motoryzacyjny

Całkowicie nieodpłatnie

Kompleksowe wsparcie przy wyborze, finansowaniu i ubezpieczeniu samochodu.



ZESKANUJ I ZAPISZ KONTAKT

793 973 793
michal.luczak@medlex.care
www.medlex.care



fot. K. Stępniewska

Inauguracja roku akademickiego 2026/2027 LUTW „Nestor”

Uroczysta inauguracja roku akademickiego 2026/2027 Lekarskiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku „Nestor” odbyła się 6 października w siedzibie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie. Spotkanie zgromadziło liczne grono lekarzy i lekarzy dentystów – słuchaczy uniwersytetu – oraz przedstawicieli samorządu lekarskiego, środowiska akademickiego i władz województwa mazowieckiego.

Uroczystość rozpoczęło wykonanie hymnu Gaude Mater Polonia przez lekarski chór Medicantus, następnie dr n. med. Elżbieta Miałkiewicz, przewodnicząca Zespołu ds. LUTW „Nestor”, powitała słuchaczy i zaproszonych gości: prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej Łukasza Jankowskiego, prezesa ORL w Warszawie Artura Drobniaka, wiceprezesa ORL w Warszawie Krzysztofa Hermana, prezesa Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego prof. nadzw. dr. hab. med. Jerzego Jurkiewicza, reprezentującego marszałka województwa mazowieckiego Adama Struzika, prezesa Zarządu Mazowieckiego Funduszu Poręczeń Kredytowych Wiesława Kołodziejskiego i dyrektora zarządzającego OIL w Warszawie Jakuba Adamskiego.

Oficjalnie nowy rok akademicki otworzył prezes ORL w Warszawie dr n. med. Artur Drobniak. Podkreślił, że liczny udział słuchaczy w zajęciach jest dowodem ich nieustającej potrzeby rozwoju, zdobywania wiedzy i budowania relacji w środowisku lekarskim. Życzył uczestnikom, aby kolejny rok przyniósł im zarówno satysfakcję z nauki, jak i wiele okazji do spotkań oraz poszerzania grona społeczności „Nestora”.

– *Bardzo się cieszę, że tak licznie Państwo uczestniczycie w zajęciach i życiu społeczności lekarzy seniorów Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie* – mówił prezes ORL. Zachęcał również do dalszego rozwijania inicjatywy i zapraszania do niej kolejnych lekarzy i lekarzy dentystów.

Do słuchaczy zwrócił się także Krzysztof Herman, który podkreślił wyjątkową rolę Okręgowej Izby Lekarskiej jako miejsca spotkania różnych pokoleń lekarzy. – *Jestem ogromnie dumny, że izba jest platformą, która łączy pokolenia* – zaznaczył, gratulując słuchaczom ich zaangażowania i pasji.

W imieniu marszałka województwa mazowieckiego Adama Struzika głos zabrał Wiesław Kołodziejski, który odczytał list skierowany do społeczności „Nestora”. Marszałek podkreślił w nim, że inauguracja jest początkiem kolejnego etapu wspólnej działalności, spotkań, intelektualnych poszukiwań i nowych wyzwań. Życzył słuchaczom, aby uniwersytecka aktywność była źródłem radości, satysfakcji oraz inspiracji do wyznaczania sobie kolejnych ambitnych celów.

Znaczenie aktywności seniorów dla środowiska lekarskiego podkreślił również prof. Jerzy Jurkiewicz, gratulując słuchaczom inicjatywy, aktywności i konsekwencji w realizowaniu idei uniwersytetu.

Szczególnie ciepło zabrzmiało wystąpienie prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej Łukasza Jankowskiego. Podkreślił, że z dumą opowiada w całej Polsce o działalności „Nestora” – o tym, że lekarze seniorzy pozostają aktywni, spotykają się i wspólnie rozwijają swoje zainteresowania. – *Bardzo chciałem tu być i bić Wam brawo* – mówił, dziękując słuchaczom za ich energię i zaangażowanie. Przyznał również, że w trudnym dla ochrony zdrowia czasie atmosfera radości i chęci działania, którą spotyka wśród uczestników „Nestora”, jest szczególnie cenna.

Nie zabrakło także wspólnego śpiewania. Chór Medicantus wykonał piosenkę studencką, do której spontanicznie dołączyli słuchacze.

Pierwszym wykładem nowego roku akademickiego LUTW „Nestor” była prelekcja prof. dr. hab. Michała Musielaka poświęcona postaci dr. Kazimierza Filipa Wizego – zapomnianego lekarza, filozofa i przyjaciela artystów. Wybór tematu doskonale wpisał się w charakter działalności „Nestora”, łączącej wiedzę medyczną z historią, kulturą i szeroko rozumianą humanistyką.

Inauguracja roku akademickiego 2026/2027 potwierdziła, że LUTW „Nestor” jest ważnym miejscem aktywności warszawskich lekarzy seniorów. Kolejny rok działalności rozpoczął się więc w atmosferze, która najlepiej oddaje ideę uniwersytetu – z ciekawością świata, otwartością na innych i radością wspólnego działania. ●

Lekarski Uniwersytet Trzeciego Wieku „Nestor”

Tematy wykładów w I semestrze V roku akademickiego (2026/2027)

3.11.2026 r. **Zamach na ambasadę PRL w Bernie** – płk Marek Purzycki

17.11.2026 r. **Wiek to nie metryka, a psychika** – dr Ewa Kucharczyk-Deja

1.12.2026 r. **Lwów i jego orlęta** – dr Andrzej Szteliga

15.12.2026 r. **Spotkanie przedświąteczne**

12.01.2027 r. **Nowoczesna kardiologia zapalenia mięśnia serca i osierdzia** – dr hab. n. med. Olga Dzikowska-Diduch

19.01.2027 r. **Komu jest potrzebny kodeks etyki lekarskiej** – prof. dr hab. Paweł Łuków (wyjątkowo o godz. 12.00)

2.02.2027 r. **Jak przeżyć kryzys** – dr Piotr Zakrzewski

Wstęp wolny. Wykłady rozpoczynają się o godz. 11.00. Liczba miejsc ograniczona.
Udział w zajęciach LUTW „Nestor” tylko dla osób zarejestrowanych.
W razie pytań prosimy o kontakt z izbą pod numerem tel.: 22 542 83 33.
Zapraszamy nowych członków!



W każdy poniedziałek i czwartek o godz. 11.00 zapraszamy uczestników LUTW „Nestor” na zajęcia gimnastyczne

„ZDROWY KRĘGOSŁUP METODĄ FMS”

do Centrum Sportowo-Rehabilitacyjnego WUM przy ul. Księcia Trojdena 2c (sala 2.79 na I piętrze).

Konieczne jest obuwie na zmianę, warto też zabrać strój sportowy, wodę i ręcznik do położenia na matę.

Gdańsk Schopenhauera



MONIKA MIŁOSZ
humanistka medyczna

Podczas spaceru ulicami Gdańska trudno nie natknąć się na Arthura Schopenhauera. Spogląda z witryn sklepów, kubków, koszulek i pocztówek. Chciałoby się powiedzieć, że się uśmiecha, ale w jego przypadku byłoby to chyba nadużycie. Jeden z najsłynniejszych filozoficznych pesymistów jakoś wyjątkowo dobrze pasuje do listopada – miesiąca krótkich dni, deszczu i chronicznego niedoboru słońca.

Arthur Schopenhauer przyszedł na świat w Gdańsku w 1788 r. i spędził tu pierwszych pięć lat życia. Gdy miasto znalazło się pod panowaniem Prus, rodzina Schopenhauerów przeniosła się do Hamburga. Kilkanaście lat później przyszły filozof rozpoczął studia na Uniwersytecie w Getyndze. I wcale nie wybrał filozofii. Zaczął od medycyny i nauk przyrodniczych.

Lekarzem ostatecznie nie został, ale zainteresowanie człowiekiem – także jego cielesnością – pozostało w jego myśli bardzo wyraźne. Zdrowie uważał za jeden z podstawowych warunków dobrego życia, ważniejszy od majątku, pozycji czy zaszczytów. Trudno zresztą o pogląd bardziej zrozumiały dla lekarzy: kiedy zdrowie zawodzi, wiele innych rzeczy nagle traci znaczenie. U Schopenhauera, filozofa raczej mało skłonnego do pocieszania ludzkości, brzmi to niemal optymistycznie.

Skoro więc zdrowie było dla niego tak cennym dobrem, warto zapytać, jak dbano o nie w mieście, w którym przyszedł na świat. Gdańsk końca XVIII w. miał już za sobą stulecia zmagań o czystą wodę i higienę. Do sanitarnej rewolucji było jednak jeszcze daleko.

TRZODA W KOŚCIELE MARIACKIM

Bogate europejskie miasto portowe, piękne kamienice, kwitnący handel i reprezentacyjne ulice. A tuż obok – rynsztoki pełne nieczystości, latryny i zwierzęta gospodarskie będące zwyczajnym elementem miejskiego krajobrazu. *Nikogo niegdyś nie dziwił widok trzody pędzonej przez Kościół Mariacki, choć duchowni starali się ukrócić ten proceder. Odchody pozostawione przez świnie, kozy i cielęta stanowiły poważny problem* – czytamy na wystawie „Zdrowie i higiena w dawnym Gdańsku" w Muzeum Obojga Narodów w Bielsku Podlaskim (wystawa organizowana wiosną 2026 r.).

Z wystawy dowiadujemy się również, że o porządek na ulicach dbał m.in.... miejski kat. Do jego obowiązków należało usuwanie padłych zwierząt i nieczystości z latryn. Studni było w Gdańsku blisko 600, znacznie gorzej radzono sobie jednak z tym, co należało z miasta usunąć. Nieczystości płynęły rynsztokami, a zanieczyszczona woda mogła mieszać się z tą używaną przez mieszkańców, sprzyjając rozprzestrzenianiu się chorób.

O tym, jak ważna była dla Gdańska woda, przypomina zresztą jeden z najbardziej rozpoznawalnych symboli miasta. Fontanna Neptuna trysnęła wodą po raz pierwszy w XVII w. Za reprezentacyjną fontanną kryła się jednak cała infrastruktura: studnie, zbiorniki, drewniane rurociągi i urządzenia, dzięki którym przez stulecia próbowano zapewnić miastu wodę. Potrzebowali jej nie tylko ludzie – ogromne ilości pochłaniały browarnictwo, garbarstwo i farbiarstwo. Im większy i bogatszy stawał się Gdańsk, tym trudniejszy był problem zaopatrzenia go w czystą wodę.



Fontanna Neptuna / fot. Monika Miłosz

fot. Aleksandra Bruszewska



Dawny kościół Szpitala św. Ducha / fot. Monika Miłosz

DOM UPHAGENA

Schopenhauerowie to niejedyni przedstawiciele zamożnego, niemieckojęzycznego mieszczaństwa w Gdańsku. Reprezentacyjną kamienicę przy ul. Długiej 12 posiadała rodzina Uphagenów. Co ciekawe, zarówno Schopenhauerowie, jak i Uphagenowie mieli holenderskie korzenie. Dziś tzw. Dom Uphagena jest oddziałem Muzeum Gdańska i jednym z nielicznych miejsc, w których można niemal wejść do mieszczańskiego domu z końca XVIII w. Reprezentacyjne salony, jadalnia, sypialnia i pomieszczenia gospodarcze pozwalają wyobrazić sobie codzienność najzamożniejszych mieszkańców miasta.

I właśnie tutaj opowiadana jest dziś historia tego, jak Gdańsk nauczył się leczyć swoich mieszkańców. Na jednym z pięter Domu Uphagena mieści się wystawa czasowa „Przestrzeń dla zdrowia. Szpitale w Gdańsku w latach 1793–1945". Historyczne wnętrza sąsiadują ze współczesną ekspozycją złożoną z fotografii, grafik, map i plansz prowadzących przez ponad półtora wieku historii gdańskiego szpitalnictwa.

SZPITALNE METAMORFOZY

U schyłku XVIII w. wiele gdańskich szpitali wciąż bardziej przypominało przytułki niż dzisiejsze placówki medyczne. Leczenie nie zawsze było ich podstawowym zadaniem – przez stulecia zapewniały przede wszystkim schronienie i opiekę ubogim, starym i chorym. Pamiątką po jednym z najstarszych takich miejsc w Gdańsku jest zachowany do dziś dawny kościół Szpitala św. Ducha. Nie była to zresztą gdańska specyfika, lecz etap typowy dla rozwoju europejskiego szpitalnictwa (o tej przemianie pisałam już szerzej w poprzednich artykułach z cyklu).

Dobrym przykładem zachodzących zmian jest Lazaret przy Bramie Oliwskiej. Już w XVIII w. pracowali tam lekarz, cyrulik (fryzjer wykonujący drobne zabiegi medyczne – za: *Słownik języka polskiego PWN*, przyp. aut.) i personel opiekujący się chorymi, a od 1755 r. działała apteka. W 1802 r. władze pruskie nakazały przenieść z lazaretu wszystkich, którzy nie byli chorzy. Placówka, przemianowana na Szpital Miejski, miała odtąd służyć głównie leczeniu.

W XIX w. rewolucja nabrała tempa. W Gdańsku zaczęły powstawać szpitale budowane od podstaw – miejskie, wojskowe i prowadzone przez organizacje religijne. Pod koniec stulecia dołączyły do nich prywatne kliniki, tworzone przez lekarzy przede wszystkim z myślą o zamożniejszych pacjentach. Klinika dr. Wysielińskiego miała własną salę operacyjną, a klinika dr. Winnego oferowała nie tylko nowoczesne zaplecze medyczne, lecz także warunki, które musiały robić wrażenie: dobrze wyposażone sale operacyjne, pracownię rentgenowską i duży taras, na którym pacjenci mogli korzystać ze świeżego powietrza.

SZPITAL JAK MAŁE MIASTO

Rozwój nowoczesnej cywilizacji wymagał tworzenia różnych instytucji opieki i profilaktyki zdrowotnej. Obok placówek medycznych powstawały sierocińce, uzdrowiska oraz sanatoria, takie jak Sanatorium Leśne w Oliwie. Wraz z rozwojem przemysłu i wzrostem liczby mieszkańców tworzyły one rozbudowany system ochrony zdrowia odpowiadający na potrzeby dynamicznie zmieniającego się miasta.

Zasadniczą poprawę przyniósł pod koniec XIX w. projekt inż. Eduarda Wiebego. Na wystawie znalazła się informacja o tym, że był to „pierwszy w Europie kompleksowy system zaopatrzenia w wodę, obejmujący wydajne ujęcie, zamkniętą sieć wodociągową i kanalizacyjną, przepompownię i oczyszczalnię ścieków".

Symbolem zmian stał się otwarty w 1911 r. nowy Szpital Miejski przy dzisiejszej ul. Dębinki. Był to kompleks od początku zaprojektowany z myślą o leczeniu. Na planie prezentowanym na wystawie wygląda niemal jak osobne miasteczko. Są budynki dla różnych grup pacjentów, pawilony dla chorych zakaźnie, oddziały psychiatryczne, prosektorium, a obok całe techniczne zaplecze – kotłownia, budynki gospodarcze czy własne ujęcie wody. To chyba najlepiej pokazuje drogę, jaką przez niewiele ponad 100 lat przeszło gdańskie szpitalnictwo.



fot. Monika Miłosz

INFORMACJE PRAKTYCZNE

Dom Uphagena (Oddział Muzeum Gdańska), wystawa czasowa „Przestrzeń dla zdrowia. Szpitale w Gdańsku w latach 1793–1945" (ekspozycja dostępna do 31 stycznia 2027 r.)

Lokalizacja: **Gdańsk, ul. Długa 12**

Cena biletu: 26,00 zł

Ordynatorowi Oddziału Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej Szpitala im. Świętej Rodziny w Warszawie

dr. n. med. Andrzejowi Czubalskiemu

szczere wyrazy współczucia z powodu śmierci

MAMY
Jadwigi Czubalskiej

W dniach żałoby łączymy się w bólu.

Pracownicy Oddziału Anestezjologii
Szpitala im. Świętej Rodziny w Warszawie





Koleżanki i Koledzy
z Zakładu Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia
Wydziału Lekarsko-Dentystycznego
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
przekazują **wyrazy głębokiego współczucia**

Pani adiunkt
dr n. med. Katarzynie Charazińskiej-Carewicz

z powodu śmierci męża
dr. n. med. Romualda Carewicza

WYDAWCA MIESIĘCZNIKA OIL W WARSZAWIE „PULS”
02-512 Warszawa, ul. Puławska 18, tel. 697 005 797, puls@oilwaw.org.pl

REDAKTOR NACZELNA: Aleksandra Sokalska **ZASTĘPCA REDAKTOR NACZELNEJ:** Dorota Lebiedzińska
SEKRETARZ REDAKCJI: Karolina Stępniewska – k.stepniewska@oilwaw.org.pl

WSPÓŁPRACUJĄ: Magdalena Flaga-Łuczkiewicz, Agata Ludwikowska,
Monika Miłosz, Hanna Odziemska, Artur Olesch,
Gabriela Pacek, Inga Stawicka, Paweł Walewski

ZGŁOSZENIA ZMIAN ADRESÓW: tel. 22 542 83 14, rejestr@oilwaw.org.pl
REKLAMA: Łukasz Motyka-Radłowski, tel. 693 781 116, l.motyka-radlowski@oilwaw.org.pl
KONCEPCJA GRAFICZNA I SKŁAD: Marta Konarzewska
KOREKTA: Grażyna Nawrocka, Magdalena Jabłonowska
DRUK: Eurodruk-Poznań Sp. z o.o.

Redakcja zastrzega sobie prawo do adiustacji artykułów i listów, dokonywania skrótów oraz zmian tytułów.
Materiałów niezamówionych nie zwracamy. Redakcja nie odpowiada za treść reklam i ogłoszeń.
Zawarte w artykułach i felietonach opinie nie są stanowiskiem redakcji.
©Copyright by OIL w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza. Wszelkie prawa do przedruku są zastrzeżone.

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie

Artur Drobniak PREZES ORL
Krzysztof Herman WICEPREZES ORL
Małgorzata Terlecka-Maciejewska WICEPREZES ORL
Jakub Zakrzewski WICEPREZES ORL
Grzegorz Kwitkiewicz WICEPREZES ORL DS. LEKARZY DENTYSTÓW
Karol Stępniewski WICEPREZES ORL, PRZEWODNICZĄCY DELEGATURY RADOMSKIEJ
Magdalena Flaga-Łuczkiewicz PEŁNOMOCNIK OIL DS. ZDROWIA LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW
Agnieszka Skoczylas PEŁNOMOCNIK OIL DS. OPIEKI SENIORALNEJ I GERIATRII
Robert Madejek PEŁNOMOCNIK OIL DS. PRZECIWDZIAŁANIA DYSKRYMINACJI
Wiktor Możarowski PEŁNOMOCNIK OIL DS. STUDENCKICH
Michał Gontkiewicz SKARBNIK
Jacek Sowiński SEKRETARZ ORL
Zuzanna Wojdyńska ZASTĘPCA SEKRETARZA ORL
Krzysztof Jankowski OKRĘGOWY RZECZNIK ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ
Arkadiusz Bogucki PRZEWODNICZĄCY OKRĘGOWEGO SĄDU LEKARSKIEGO

KONTAKT

RECEPCJA tel. 22 542 83 48
SEKRETARIAT tel. 22 542 83 40 | 22 542 83 42 | 22 542 83 82
BIURO SEKRETARZA ORL tel. 22 542 83 31
BIURO OROZ tel. 22 542 83 22 | 22 542 83 23 | 22 542 83 24 | 22 542 83 27
KASA czynna: środa w godz. 9.00–15.00 (przerwa od godz. 12.00 do 12.30)
SKŁADKI tel. 22 542 83 38 | 22 542 83 39 | 22 542 83 78
OKRĘGOWY SĄD LEKARSKI tel. 22 542 83 20 | 22 542 83 21
OKRĘGOWA KOMISJA REWIZYJNA tel. 22 542 83 25

KOMISJE STAŁE

REJESTRACJI I PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU tel. 22 542 83 16
PRAKTYK LEKARSKICH tel. 22 542 83 84 | 22 542 83 19
LEKARZY DENTYSTÓW tel. 22 542 83 55
OKRĘGOWA KOMISJA WYBORCZA tel. 22 542 83 74
KONKURSÓW NA STANOWISKA KIEROWNICZE W OCHRONIE ZDROWIA tel. 22 542 83 33
BIOETYCZNA PRZY OIL W WARSZAWIE tel. 22 542 83 12
DS. STAŻU PODYPLOMOWEGO tel. 22 542 83 32 | staz@oilwaw.org.pl

KOMISJE I ZESPOŁY PROBLEMOWE

MŁODYCH LEKARZY, KULTURY, SPORTU, SZCZEPIEŃ,
MATEK LEKAREK, WSPÓŁPRACY Z ZAGRANICĄ, LUTW „NESTOR",
RODZIN LEKARSKICH, SPRAW LEKARZY SENIORÓW
Kontakt przez zespół obsługi komisji tel. 22 542 83 33 | zok@oilwaw.org.pl
DS. ZWOLNIEŃ LEKARZY Z OBOWIĄZKU OPŁACANIA SKŁADKI CZŁONKOWSKIEJ | skladki@oilwaw.org.pl
MONITOROWANIA NARUSZEŃ W OCHRONIE ZDROWIA | naruszenia@oilwaw.org.pl

POZOSTAŁE

OŚRODEK DOSKONALENIA ZAWODOWEGO LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW tel. 22 542 83 76 | odz@oilwaw.org.pl
RADA FUNDUSZU SAMOPOMOCY tel. 22 542 83 33
DZIAŁ KOMUNIKACJI media@oilwaw.org.pl
DZIAŁ MARKETINGU I WYDARZEŃ tel. 668 397 993 | marketing@oilwaw.org.pl
DELEGATURA RADOMSKA (26-600 Radom, ul. Rwańska 16) tel. 48 331 36 62
poniedziałek, wtorek i piątek w godz. 8.00–16.00 | środa i czwartek w godz. 9.00–17.00

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie



Grupowe ubezpieczenie na życie w PZU Życie SA - Bezpieczny Lekarz

Program rekomendowany przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie

Teraz z szerszym zakresem ochrony:

- **wyższe sumy ubezpieczenia** w razie śmierci ubezpieczonego,
- **dodatkowe pakiety** do ubezpieczenia zapewniające wsparcie na wypadek nowotworu oraz chorób serca.

Zadbaj o bezpieczeństwo swoje i swoich najbliższych. Dołącz do grupowego ubezpieczenia na życie w PZU Życie SA, przygotowanego specjalnie dla lekarzy i ich rodzin.

Najważniejsze zalety ubezpieczenia

Wysokie sumy ubezpieczenia w razie śmierci ubezpieczonego – do 2,2 mln zł

Możliwość rozszerzenia ubezpieczenia o pakiet Wsparcie w razie nowotworu i Wsparcie dla Twojego serca

Zakres ciężkich chorób obejmuje 36 jednostek chorobowych – świadczenie nawet do 100 tys. zł

Możliwość ubezpieczenia małżonka lub partnera życiowego oraz pełnoletnich dzieci na tych samych warunkach (w wariantach 1–3)

Brak oświadczenia o stanie zdrowia dla lekarzy przed przystąpieniem do ubezpieczenia

Możliwość dokonania cesji na bank, np. w przypadku zaciągnięcia kredytu hipotecznego

Do programu **możesz dołączyć, nawet jeśli posiadasz już inną polisę na życie**.

Jak przystąpić do ubezpieczenia?

Wejdź na **www.ins-med.pl/zycie** i **wypełnij wniosek**.

Uzupełnij swoją ochronę o ubezpieczenie Bezpieczny Lekarz+



insMED

INS Services jest agentem ubezpieczeniowym PZU Życie SA. Aby przystąpić do ubezpieczenia w PZU Życie, skontaktuj się z biurem INS Services w wybrany sposób:

- dzwoniąc pod numer: 22 494 36 50 (opłata zgodna z taryfą operatora),
- pisząc na adres: biuro@ins-med.pl,
- za pośrednictwem strony: ins-med.pl.

Zakładem ubezpieczeń jest PZU Życie SA. Ten materiał nie jest ofertą w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego i ma charakter wyłącznie informacyjny. Szczegółowe informacje o zakresie ubezpieczenia, w tym o wyłączeniach i ograniczeniach odpowiedzialności PZU Życie SA, znajdziesz w aktualnych ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia P Plus, PZU Na Życie Plus oraz ogólnych warunkach poszczególnych ubezpieczeń dodatkowych, dostępnych na pzu.pl, w naszych oddziałach lub u naszych agentów.

MATERIAŁ MARKETINGOWY