



Konkurs plastyczny dla dzieci
członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie

Zaprojektuj maskotkę

inspirowaną logo OIL w Warszawie
i zyskaj szansę na nagrody!

Czas składania prac do 21 grudnia 2025 r.

Najlepszy projekt
zostanie
zrealizowany jako
maskotka OIL
w Warszawie!



Okręgowa
Izba Lekarska
w Warszawie



Szczegóły i regulamin konkursu →



Spis treści

okładka: Marta Konarzewska



**Pobierz
PDF lub e-book!**

TEMAT NUMERU

4 | Siła męskości

Aleksandra Sokalska

5 | Znaleźć czas

Artur Drobniak

7 | Męskość

Jerzy Bralczyk

8 | Czy pan ma zdrowie?

Rozmowa z lek. Pawłem Jędrzejczykiem, urologiem i andrologiem

12 | Koguty, misiaczki i gupiki

Paweł Walewski

14 | Jak biją męskie serca?

Rozmowa z prof. dr. hab. n. med. i n. o zdr. Krzysztofem Ozierańskim, kardiologiem

16 | Pierwiastek męski

Magdalena Flaga-Luczkiewicz

WYBORY

6 | Wyborczy bilans

Aleksandra Sokalska

MEDYCYNĄ

18 | Antybiotyki na wagę jutra

Wywiad z dr. hab. n. med. Tomaszem Dzieciatkowskim, mikrobiologiem, wirusologiem, diagnostą laboratoryjnym

22 | Tabu

Rozmowa z dr. n. med. Agatą Malendą, specjalistką chorób wewnętrznych, hematologią, oraz dr. n. med. Tomaszem Imielą, specjalistą chorób wewnętrznych i kardiologią, współorganizatorami konferencji „Empatia a umieranie i śmierć. Aby godnie umrzeć, potrzebna jest cała wioska”

SPRAWY LEKARZY DENTYSTÓW

27 | Małe zęby, wielkie wyzwania

Relacja z III Międzynarodowej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej Stomatologii Dziecięcej

28 | Polska protetyka z europejską wizją

Wywiad z prof. dr. hab. Teresą Sierpińską, konsultantem krajowym w dziedzinie protetyki stomatologicznej, prezydentem Europejskiego Towarzystwa Protetycznego

30 | Gdy problem nie leży w uśmiechu

Anna Prawdzik

ZDROWIE PUBLICZNE

31 | Ekstremalnie trudne zadanie

Małgorzata Solecka

32 | Agenci AI umówią na szczepienie, zadzwonią po operacji, a nawet ją zaplanują

Artur Olesch

34 | Pilotaż centrów zdrowia

Małgorzata Solecka

36 | Historia jednej rany kątowej

Hanna Odziemska

38 | Sytuacja w ochronie zdrowia na Słowacji

Dominik Héjj

PRAWO

40 | Nowe regulacje w ochronie zdrowia

Filip Niemczyk

42 | Dokumentacja medyczna jako kluczowy element świadczenia usług medycznych

Gabriela Pacek

IZBA BLIŻEJ LEKARZY

44 | Zamiast sali sądowej

Agata Ludwikowska

47 | Zaczniemy od siebie

Jakub Zakrzewski

48 | Wynagrodzenie za staż uzupełniający

Monika Potocka

50 | Forum KLP. Praktyczna wiedza dla lekarzy przedsiębiorców

Wywiad z lek. Małgorzatą Terlecką-Maciejewską, przewodniczącą Klubu Lekarza Przedsiębiorcy

52 | Aktualności Komisji ds. Sportu

53 | Ważne posiedzenie ORL

54 | Inauguracja roku akademickiego 2025/2026 LUTW „Nestor”

WYDARZENIA

24 | Jaką drogę wybrać po stażu? Kick off Meeting 2025

56 | Jubileusz 80-lecia WIHE

Siła męskości



ALEKSANDRA SOKALSKA
redaktor naczelna

Kiedy przygotowaliśmy wydanie marcowe magazynu „Puls”, którego tematem przewodnim była kobieta, podniosły się głosy mężczyzn, że chcieliby poczytać także o sobie. Dlatego numer listopadowy poświęcamy w dużej części panom. To nasz prezent z okazji Międzynarodowego Dnia Mężczyzn, który obchodzimy 19 listopada.

Niestety, prezent ten na początku wygląda jednak raczej jak... zimny prysznic, bo dobitnie pokazuje, że mężczyźni rzadziej się badają, częściej cierpią na choroby serca, a męskie nowotwory dość późno są diagnozowane. Efekt? Panowie w Polsce żyją średnio 77 lat, natomiast panie – 81. Można jednak temu zaradzić – trzeba stosować profilaktykę i regularnie chodzić na badania. Podkreślają to wszyscy nasi rozmówcy i autorzy tekstów – począwszy od androloga i urologa Pawła Jędrzejczyka, poprzez kardiologa prof. dr. hab. n. med. i n. o zdr. Krzysztofa Ozierańskiego, a skończywszy na lek. Magdalenie Fladze-Łuczkiewicz i Pawle Walewskim, który tak podsumowuje statystyki: *Mężczyźni traktują zdrowie jak opcjonalny dodatek do życia, coś, co najwyraźniej psuje im imprezę*. I jednocześnie tłumaczy tę postawę: *Testosteron*

to nie tylko broda i mięśnie – to też wolniejsza dojrzałość płata czołowego mózgu, odpowiedzialnego za ocenę konsekwencji.

A skoro tak, niebagatelną rolę do odegrania mamy my, kobiety. To my często wypychamy swoich synów, partnerów i ojców na badania. To my przypominamy o zażyciu leków i powtarzamy: *Rzuć palenie! Jedz warzywa!* Czy tak powinno być? Oczywiście że nie, rozumiem jednak, że setki lat przeświadczenia, iż mężczyzna przede wszystkim powinien być silny i nie roztkliwiać się nad sobą, zrobiły swoje. Nie tak łatwo zmienić sposób myślenia, zrozumieć, że bycie mężczyzną dbającym o siebie jest naprawdę bardzo... męskie.

Dlatego, Szanowni Panowie, kibicujemy Wam, byście byli męscy i mężni – ale w takim znaczeniu, o jakim pisze w swoim felietonie prof. Jerzy Bralczyk, bowiem te określenia łączą się także z *siłą, odwagą, energią, wytrwałością, poczuciem odpowiedzialności*. Również za swoje zdrowie!

Życzymy zatem odwagi, by nie odkładać żadnych badań „na potem”. I wytrwałości, by zmienić coś, co przez lata było ignorowane. Ponieważ prawdziwa siła to nie bagatelizowanie problemu. To działanie.

fot. Zuzanna Sokalska

e-Izba dla lekarzy
i lekarzy dentystów

Nowoczesny dostęp do danych



prosta aktualizacja
wygoda
bezpieczeństwo



Okręgowa
Izba Lekarska
w Warszawie



zaloguj się i sprawdź



Znaleźć czas



ARTUR DROBNIAK
prezes ORL w Warszawie

Rozmawiamy o pacjencie z empatią, troską, odpowiedzialnością. Ale czy potrafimy spojrzeć na siebie z taką samą uważnością? Zgaduję, że wielu z nas odpowiedziałoby na to pytanie przecząco. A już szczególnie lekarze mężczyźni. Włączamy tryb zadaniowy – i w tym rozkładzie jazdy rzadko znajduje się przystanek: własne zdrowie.

Tymczasem statystyki są nieubłagane: mężczyźni żyją krócej, rzadziej się badają, częściej ignorują objawy. I nie chodzi tu tylko o ogół społeczeństwa – dotyczy to również nas, lekarzy. *Dziś zadbaj o zdrowie, byś nie musiał o nim marzyć, gdy będziesz w niemocy* – ta sentencja, przypisywana rzymskiemu erudycie Pliniuszowi Starszemu, nie traci na aktualności. Zbyt wielu z nas ciągle żyje w trybie: *dam radę, teraz nie mam czasu, potem się tym zajmę*. A to „potem” często przychodzi zbyt późno – dopiero wtedy, gdy nasze własne zdrowie zaczyna się o siebie upominać.

JESIEŃ SPRZYJA REFLEKSJI

Nie bez powodu piszę o tym właśnie teraz. Listopad to miesiąc świadomości męskiego zdrowia. Może więc – poza zachęcaniem naszych pacjentów do badań profilaktycznych – sami też się na nie zdecydujemy?

Zanim znów ruszymy do odhaczania kolejnych zadań i zbawiania świata, spróbujmy się zatrzymać. I zadać sobie to jedno, pozornie proste pytanie: *Jak ja się czuję?* Nie jako specjalista. Nie jako właściciel praktyki, kierownik oddziału czy ambitalny rezydent. Po prostu – jako mężczyzna. Człowiek.

MIĘDZY AMBICJĄ A PRZEMILCZENIEM

Wiem, że wielu z nas pracuje dużo. Jesteśmy aktywni, zaangażowani, przedsiębiorczy. I bardzo dobrze – budujemy nowoczesną medycynę, operujemy, konsultujemy, prowadzimy placówki. O tym ostatnim rozmawialiśmy niedawno podczas Forum Klubu Lekarza Przedsiębiorcy. Energia, z jaką lekarze – kobiety i mężczyźni – rozwijają swoje praktyki, imponuje.

Ale między kolejnym planem rozwoju a terminarzem świadczeń warto zadać sobie kolejne pytanie, którego wielu z nas unika: *Czy moje zdrowie – fizyczne i psychiczne – nadąża za moimi ambicjami?*

Bycie lekarzem nie chroni nas przed wypaleniem, chorobą, depresją. Nie daje gwarancji, że ominie nas nadciśnienie, nowotwór czy cukrzyca. A jednak często zachowujemy się tak, jakbyśmy byli nieśmiertelni. Albo – co gorsza – jakbyśmy nie mieli prawa do słabości.

GŁOS NA SIEBIE

Niech ten listopad – czas mówienia o męskim zdrowiu – będzie także okazją do wewnętrznego głosowania: *Czy w codziennych decyzjach wybieram swoje zdrowie, relacje, odpoczynek? Czy inwestuję w siebie z taką samą determinacją, z jaką rozwijam swoją praktykę, jak leczę swoich pacjentów?*

Zachęcam zatem każdego z Was, Koleżanki i Koledzy, byśmy nauczyli się na nowo mówić sobie: *Mam prawo* – do badania profilaktycznego, do dnia wolnego, do rozmowy z psychologiem.

SAMORZĄD TO WSPÓLNOTA

Samorząd zawodowy nie jest tylko strukturą organizacyjną. To wspólnota, która może – i powinna – dawać wsparcie. Tworzyć przestrzeń do rozmowy o tym, co naprawdę ważne. I być głosem także tych, którzy zazwyczaj go nie zabierają – bo są zbyt zajęci pomaganiem innym.

Dlatego w nadchodzących tygodniach zachęcam wszystkich Państwa do refleksji nad własnym zdrowiem – bo to od nas, lekarzy, zaczyna się zmiana kultury zdrowotnej mężczyzn w Polsce. I do rozmowy – z najbliższymi, z przyjaciółmi, w gronie zawodowym. Może właśnie dzięki niej przyjrzymy się sobie z większą uważnością.

Zadbajmy o siebie. Dla siebie – ale i dla innych. Bo zdrowy lekarz to nie luksus. To konieczność.

Wyborczy bilans

W momencie oddawania tego numeru do druku trwają ostatnie dni wyborów na OZL X kadencji. Nie znamy jeszcze ostatecznych wyników, ale możemy już zrobić wyborcze podsumowanie.



ALEKSANDRA SOKALSKA

Najpierw statystyka: do 10 października zagłosowali lekarze od rejonu pierwszego do 114., przy czym w 23 rejonach nie uzyskano kworum, a w 11 głosowanie nie odbyło się z braku kandydatów (czyli zagłosowano do tej pory w 103 rejonach). – *Co ciekawe, zgłaszali się czasem do nas lekarze chcący wziąć udział w wyborach, jednak należeli do rejonów, w których żaden kandydat się nie zgłosił. Byli rozczarowani brakiem możliwości skorzystania z wyborczego przywileju. To oznacza, że zainteresowanie działaniami samorządu jest, a wniosek na przyszłość brzmi: naprawdę warto zgłaszać swoje kandydatury!* – mówi Mery Topolska-Kotulecka, przewodnicząca Okręgowej Komisji Wyborczej OIL w Warszawie.

GÓRĄ GŁOSOWANIE ELEKTRONICZNE

Przypomnijmy, że w obecnych wyborach po raz pierwszy w historii samorządu lekarskiego można było zagłosować nie tylko korespondencyjnie lub osobiście, ale także elektronicznie. I to właśnie ta nowa forma głosowania cieszyła się największą popularnością. Do 10 października skorzystało z niej 5687 lekarzy (w tym samym czasie oddano 2231 głosów kopertowych).

Głosowanie elektroniczne jest proste, szybkie i wygodne, nie dziwi więc, że tylu lekarzy je wybiera. – *Warto także podkreślić, że 15 proc. kopert z głosami, które przychodzą do izby, jest odrzuconych przez OKW z uwagi na brak pieczętki lub podpisu, które są obligatoryjne, by oddać głos. Tymczasem w trybie elektronicznym takich pomyłek z racji formy głosowania nie ma* – podkreśla Mery Topolska-Kotulecka.

CZAS WZIĄĆ SPRAWY W SVOJE RĘCE

Wielu lekarzy i lekarzy dentyków jest zainteresowanych tym, co dzieje się w samorządzie, i wie, że głosując, ma na niego realny wpływ. Świadczy o tym frekwencja, która do 10 października wyniosła 21,63 proc. Ktoś może powiedzieć: mało, przypomnijmy jednak, że w poprzednich wyborach była niższa, co skutkowało koniecznością przeprowadzenia II tury. W wyborach na OZL X kadencji izbie to nie grozi.

Najwyższa frekwencja została odnotowana w rejonach szpitalnych. Rekordzistą był jeden z rejonów Centralnego Szpitala Klinicznego Banacha, gdzie frekwencja wyniosła 45,22 proc. Kolejnym obszarem z wysoką frekwencją (45 proc.) był rejon stażystów, co oznacza, że młodzi lekarze widzą siłę samorządu jako organu stojącego na straży zawodu. Zmobilizowany był też rejon Szpitala Nowowiejskiego i przychodni psychiatrycznych (42,75 proc.), a także szpital MSWiA (40,33 proc.), Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc (39,26 proc.) oraz Międzyleski Szpital Specjalistyczny (38,36 proc.). – *Tak wysoka frekwencja w szpitalach wynika m.in. z tego, że lekarze się w nich znajdują, co ułatwia dotarcie kandydatów do ich potencjalnych wyborców* – wyjaśnia Mery Topolska-Kotulecka. Na potwierdzenie tego faktu: najniższa frekwencja została zanotowana w rejonach skupiających głównie emerytów lub lekarzy, którzy w rejestrze lekarskim nie wskazali głównego miejsca zatrudnienia (rejony oznaczone „lekarze Warszawa OIL”, A, B, C itd.). W takich rejonach lekarze byli rozproszeni i często po prostu się nie znali.

WYNIKI

Ostatnie głosowanie odbędzie się 24 października. Potem nastąpi zliczenie głosów i kontrola prawidłowości przeprowadzenia wyborów w poszczególnych rejonach. Wyniki głosowania zostaną opublikowane niezwłocznie w ciągu siedmiu dni od daty zakończenia głosowania w ostatnim rejonie – w serwisie izby oraz w BIP. Będzie je można sprawdzić także w kolejnym wydaniu „Pulsu”.

W ciągu siedmiu dni od publikacji można składać protesty wyborcze. Jeśli ich nie będzie, obwieszczenie o wynikach wyborów zostanie wydane niezwłocznie. Gdy będą, trzeba je przeprosować, co oznacza, że obwieszczenie zostanie wydane później, jednak – jak ustala kalendarz wyborczy uchwalony przez KKW – nie później niż 10 grudnia. A już w marcu 2026 r. delegaci po raz pierwszy spotkają się na stacjonarnym zjeździe sprawozdawczo-wyborczym. ●

PIERWSZY OZL

Delegaci na OZL na pierwszym zjeździe wybiorą:

- prezesa ORL,
- okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej i jego zastępców,
- członków Okręgowej Rady Lekarskiej,
- członków Okręgowej Komisji Wyborczej,
- członków Okręgowej Komisji Rewizyjnej,
- członków Okręgowego Sądu Lekarskiego,
- delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy.

MĘSKOŚĆ



JERZY BRALCZYK
językoznawca

Męskość w zasadzie jest pojęciem symetrycznym do *kobiecości*: to ogół cech męczyzny, charakterystycznych dla niego, przeciwstawianych ogółowi cech kobiety, dla niej charakterystycznych. Kiedy jednak próbujemy wyliczyć te męskie cechy, które o męskości stanowią, zaczynamy odnosić się do stereotypów: mamy na myśli siłę, energię, odwagę, dzielność itp., a przecież kobiety także mogą charakteryzować się tymi cechami. Zresztą w języku potocznym *męskość* w tym znaczeniu wcale nie musi być właściwa mężczyźnie – mówimy przecież o mężczyznach *mało męskich*, czyli o tych, którzy męskością się nie wykazują. Mówimy także o *bardzo męskich mężczyznach* jako o tych, którzy te cechy mają w stopniu wysokim, ale też o tych, których zewnętrżność zdaje się na to wskazywać, co jest jeszcze silniej związane z postrzeganiem stereotypowym.

Ale *męskość* jest jeszcze słowem oznaczającym szczególną cechę – mianowicie płciową potencję. Mówimy o *utracie męskości* jako o impotencji, o *przywracaniu męskości*. Tutaj także to cecha stopniowalna: mężczyzna może i w tym zakresie być *bardziej* lub *mniej męski*. Do tego koncentracja na tym aspekcie męskości doprowadziła do funkcjonowania jeszcze innego znaczenia tego słowa: zaczęło ono oznaczać po prostu męskie genitalia.

Kiedy dziś mówimy o *męskości*, możemy mieć też na myśli to, co jest nazywane z hiszpańska *machismo*, a więc męskie przeświadczenie o męskim prawie do dominacji. A w ogóle we współczesnym dyskursie, zwłaszcza publicznym, używanie słowa *męskość* jest obarczone wszystkimi kontekstami związanymi z problematyką umownie określaną jako *gender*. I może

być świadectwem szowinizmu męskiego. Sam rzeczownik jest oczywistą substantywizacją przymiotnika *męski*, znaczeniowo regularną. Ten przymiotnik pochodzi od rzeczownika *mąż*, funkcjonującego dawniej w znaczeniu dzisiejszego słowa *mężczyzna* (dawniej zresztą *mężczyzna* to był rzeczownik zbiorowy, gramatycznie żeński, jak na przykład dzisiejszy rzeczownik *młodzież* czy *starszyzna*).

Ale od słowa *mąż* mieliśmy też inny, wcześniejszy przymiotnik, mianowicie *mężny*. Dawniej znaczył także to, co dziś przymiotnik *męski*, a także *dorosty*. Istnieje on w naszej mowie do dziś, teraz odnosi się do pewnego rodzaju odwagi, wytrwałości. *Mężnie znosimy* na przykład przeciwności losu – możemy zresztą i dziś powiedzieć, że znosimy je *po męsku* (co jest też oczywiście przejawem męskiego szowinizmu).

Rzeczownikiem – regularnym – od przymiotnika *mężny* była (i jest) *mężność*, ale mamy i inny, mianowicie *męstwo*. I to *męstwo*, oznaczające dziś dzielność, zwłaszcza waleczność, ale także inne podobne cechy, odpowiadające wizerunkowi (stereotypowi) *prawdziwego mężczyzny*. Było *męstwo* także określeniem pewnej moralnej cnoty, do której dziś może rzadziej się odwołujemy, choć imponuje nam ona wciąż.

Mąż, mężny, mężność, męstwo, mężczyzna, męski, męskość – ileż określeń, rzeczownikowych i przymiotnikowych. Wszystkie mają się łączyć z siłą, odwagą, energią, wytrwałością, poczuciem odpowiedzialności... A przecież wiemy, jak różni dziś są mężczyźni. I że wielu z nich nie miałoby nic przeciw temu, żeby te cechy w większym stopniu związać z płcią, tak niesłusznie i stereotypowo zwaną (zresztą na szczęście coraz rzadziej) *ślabą*.

Czy pan ma zdrowie?

Trafiają do lekarza, kiedy już się pali. Często dopiero na prośbę partnerki. Mężczyźni. O ich zdrowotnych problemach, pokoleniowych różnicach, nadużyciach i potrzebie edukacji mówi **lek. Paweł Jędrzejczyk**, urolog i androlog.

rozmawiała **KAROLINA STĘPNIIEWSKA**



Mówi się, że mężczyzna idzie do lekarza dopiero, gdy już bardzo boli. Profilaktyka naprawdę kuleje?

Zdecydowanie tak, choć zauważam tu różnicę pokoleniową. Młodszy mężczyźni są bardziej wyedukowani w sprawach zdrowotnych, m.in. dzięki social mediom. A ponieważ znają języki, mogą korzystać z zagranicznych, merytorycznych źródeł, które od lat opisują „męskie zaburzenia”. Coraz częściej zdarza się, że zgłaszają się do mnie profilaktycznie, żeby porozmawiać o swoim zdrowiu, wyjaśnić wątpliwości. Młodszym łatwiej też przełamać wstyd, jeśli to ma poprawić jakość ich życia.

Listopad to miesiąc świadomości męskiego zdrowia: akcja Movember, zapuszczanie wąsów, rozmowy o nowotworach... Ma pan więcej pacjentów w tym miesiącu?

Wyraźnie! Dużą rolę odgrywają tu także partnerki lub partnerzy – często słyszę od pacjentów: *Moja żona powiedziała, że bym poszedł się zbadać*. W akcję Movember chętnie włączają się też urodziny – sami zapuszczają wąsy, promują męskie zdrowie.

A jaka jest rola lekarzy POZ w przekonywaniu mężczyzn do badań?

Przede wszystkim nie powinni bagatelizować objawów, z którymi pacjenci się do nich zgłaszają. Ich rola w profilaktyce to również zadawanie pytań. Warto, by inicjowali rozmowy na tematy potencjalnie wrażliwe, ale bardzo istotne: zdrowie seksualne, płodność, oddawanie moczu.

Problemy z tym ostatnim mogą wskazywać m.in. na raka prostaty. To od niedawna najczęściej rozpoznawany męski nowotwór złośliwy. Wcześniej był to rak płuca, skąd ta zmiana? Mężczyźni rzucili palenie?

Oczywiście zmniejszenie liczby palaczy ma znaczenie, ale równie istotne jest to, że mamy teraz lepsze narzędzia diagnostyczne. Dostęp do badań w kierunku raka prostaty jest dużo łatwiejszy i coraz więcej mężczyzn jest diagnozowanych na wczesnym etapie choroby. Rośnie też świadomość, że w pewnym wieku trzeba się zbadać. Lekarze ro-

dzinni coraz częściej zlecają PSA przy okazji innych badań, np. morfologii. Dzięki temu nowotwór jest wykrywany wcześniej. Jeśli chodzi o raka prostaty, mówi się, że prawdopodobnie każdy mężczyzna na niego zachoruje, o ile tylko dożyje odpowiedniego wieku.

W przypadku kobiet zasady są oczywiste – mammografię robi się od pewnego wieku, cytologię w określonych odstępach czasu. A jak to wygląda u mężczyzn z badaniami w kierunku raka prostaty?

Przyjęte jest, że 50. rok życia to moment, kiedy koniecznie trzeba wykonać pierwsze badanie PSA. Jeśli jednak w rodzinie – u ojca, dziadka czy rodzeństwa – występował rak prostaty, wówczas ten czas się przesuwają na 45. rok życia. Dotyczy to zarówno badania PSA, jak i wizyty u urologa, podczas której wykonuje się badanie *per rectum*.

Panuje przekonanie, że jeśli wynik PSA jest poniżej 4 ng/ml, to nic złego się nie dzieje. Ale równie ważna jest dynamika przyrastania PSA. Jeśli mamy kilka wyników wykonanych w odstępach czasu i widać, że te wartości szybko rosną – nawet jeśli nadal są w normie – może to być niepokojące.

Przykład: jeśli pacjent miał wynik 0,5, po roku lub dwóch latach wynik wzrósł do 2,5, a po kolejnych miesiącach – do 3,0, to mimo że wszystkie wartości są w normie, dynamika przyrostu jest tu sygnałem ostrzegawczym.

A co powinno niepokoić, jeśli chodzi o nowotwór jądra?

Dotyka mężczyzn młodych, głównie w drugiej i trzeciej dekadzie życia. Najważniejsze, żeby mężczyzna umiał wykonać samobadanie jąder – i tu rolę lekarzy jest uczenie pacjentów, jak to robić. Jeżeli mężczyzna co trzy miesiące bada swoje jądra i zna ich budowę, to ma szansę szybko zauważyć, że coś niepokojącego się dzieje, np. pojawiło się zgrubienie czy tkliwość.



fot. licencja OIL w Warszawie

Jest pan również andrologiem. Mam wrażenie, że to wciąż mało znana dziedzina.

W Polsce wynika to głównie z faktu, że andrologia nie jest wyodrębnioną specjalizacją. Polska andrologia została, moim zdaniem, w dużej mierze zaniedbana. Dział Polskie Towarzystwo Andrologiczne, które organizuje kursy, certyfikuje lekarzy. Niestety, wielu lekarzy, którzy kończą te kursy, na co dzień nie zajmuje się mężczyznami, nie ma więc praktycznego zaplecza, które pozwalałoby przełożyć wiedzę teoretyczną na praktykę. Bez kontaktu z pacjentami – mężczyznami – trudno tę wiedzę potem wykorzystać.

Myszę jednak, że andrologia staje się coraz bardziej rozpoznawalna, ale pacjenci dowiadują się o niej zazwyczaj sami, szukając informacji w internecie.

Jakich odpowiedzi poszukują?

Mniej więcej ok. 30 proc. pacjentów to mężczyźni mający problemy z płodnością: np. słabe parametry nasienia czy brak plemników w ejakulacji. Dużą grupę stanowią również pacjenci z zaburzeniami hormonalnymi – np. hormonów androgenowych, zwłaszcza testosteronu, który może wpływać m.in. na libido, problemy wynikające z zespołu metabolicznego, ale też zaburzenia erekcji, wytrysku czy orgazmu. Są to

więc zagadnienia z pogranicza urologii, endokrynologii, leczenia niepłodności, ale też psychiatrii czy psychologii.

Problemy z testosteronem mogą pojawiać się też przy obturacyjnym bezdechu sennym czy chorobach tarczycy. Czy w takich przypadkach powinno się profilaktycznie oznaczać poziom testosteronu lub kierować pacjenta do urologa?

Faktycznie, ci pacjenci powinni być w kręgu uwagi lekarza również pod kątem gospodarki hormonalnej. Oś podwzgórze-przysadka-jądra odpowiada za gospodarkę organizmu w zakresie hormonów androgenowych, ale przysadka wydziela też inne hormony, więc jeżeli pacjent ma zaburzenia tarczycy, cierpi na bezdech senny, ma nadwagę albo cukrzycę, to warto dołączyć oznaczenia poziomu testosteronu do panelu badań. A jeśli wynik okaże się nieprawidłowy – wtedy kierujemy pacjenta dalej. Do urologa, androloga lub endokrynologa zajmującego się andrologią.

Czy wielu mężczyzn zgłasza się do pana z prośbą o terapię zastępczą testosteronem?

Niestety tak. W klinikach, w których pracuję (Gen Clinic, MenVita, Premium Medical), obserwuję bardzo duży wzrost zainteresowania TRT (*Testosterone Re-*

placement Therapy). I znowu wracamy do wpływu social mediów – one bardzo mocno kształtują sposób myślenia. Wielu młodych ludzi pracujących w korporacjach jest przemęczonych, przepracowanych. Są zestresowani, źle się odżywają. Do tego dochodzą kredyty i inne zobowiązania, problemy ze snem, spadek libido, obniżona wydolność fizyczna. Choć trenują, nie widzą takich efektów, jakie mieli wcześniej. Szukają więc rozwiązań i trafiają na reklamy klinik oferujących terapię testosteronem „na telefon”, które obiecują, że to rozwiąże wszystkie ich problemy. No i potem ci pacjenci naprawdę masowo zgłaszają się do lekarzy z takim przekonaniem. Ale to ogromny mit.

Kiedy przychodzi do mnie taki pacjent, przedstawiam mu plusy i minusy terapii testosteronowej. Mówię jasno: jej celem jest utrzymywanie stężeń testosteronu w górnych granicach normy. Jeśli mężczyzna ma poziom testosteronu w normie, to podniesienie go do górnych granic niczego nie zmieni w jego funkcjonowaniu. On nawet tego nie odczuje! Żeby zauważył jakąś realną różnicę – czy to w zakresie wydolności na siłowni, czy zachowań seksualnych – musiałby mieć stężenia dopingujące, znacząco suprafizjologiczne. I to jest naprawdę duży problem.

Jakie zatem są rzeczywiste wskazania do wdrożenia TRT?

Kryteria są jasne. Pacjent musi mieć obniżony poziom testosteronu – potwierdzony w dwóch badaniach, wykonanych rano do godz. 10, na czczo – oraz objawy, które temu towarzyszą. Jeżeli ktoś mówi, że jest zmęczony, ma spadek siły, ale jego poziom testosteronu mieści się w normie – nie ma podstaw do terapii. Natomiast jeśli pacjent faktycznie ma objawy i potwierdzone zaburzenia hormonalne, to przy odpowiednio dobranej i monitorowanej terapii może odnieść bardzo duże korzyści.

A kiedy terapia testosteronem jest szczególnie ryzykowna?

Istnieje kilka przeciwwskazań, m.in. rak prostaty lub jego podejrzenie, rak sutka, chęć starania się o dziecko, ale również niewyrównana lub ciężka niewydolność serca czy też hematokryt

>54 proc. Testosteron blokuje działanie osi podwzgórzowo-przysadkowo-jądrowej, doprowadzając po dłuższym czasie stosowania do niepłodności. A przecież mówimy tutaj głównie o młodych mężczyznach. W internecie natrafiają na informacje, że jeśli będą równolegle stosować gonadotropinę kosmówkową, to nie zaburzy im płodności. To jest co najmniej półprawda...

Wygląda na to, że w przypadku zdrowia mężczyzn media społecznościowe to jednocześnie błogosławieństwo, jak i przekleństwo?

Tak właśnie jest. Każdy może dziś znaleźć w internecie treści, które pasują do jego przekonań. Jeśli ktoś wierzy, że testosteron rozwiąże wszystkie jego problemy, to znajdzie dokładnie takie informacje, które go w tym utwierdzą.

Nie przeczyta natomiast o skutkach ubocznych: że testosteron może zwiększyć ryzyko nadmiernej produkcji czerwonych krwinek, zaburzyć płodność, powodować problemy skórne czy nasilać wypadanie włosów.

Młodzi mężczyźni sięgają po testosteron głównie na siłowni i bez właściwej kontroli. Nie badają swojej płodności przed rozpoczęciem stosowania, a później trafiają do urologa czy androloga z prośbą o tzw. odblok, czyli przywrócenie funkcji osi podwzgórzowo-przysadkowo-jądrowej do takiego stanu, w którym organizm znów sam będzie się regulował i pobudzał jądra do produkcji plemników i testosteronu.

Jakie są na to szanse?

Oczywiście w większości przypadków po odstawieniu testosteronu organizm jest w stanie wrócić do stanu sprzed terapii. Wszystko zależy od dawki, czasu stosowania i indywidualnej podatności na działanie tych hormonów. Jeżeli jednak dwudziestoparoletni mężczyzna nie zbadał parametrów nasienia przed rozpoczęciem terapii, a w jej trakcie okazuje się, że nie ma żadnych plemników, to ja nawet nie wiem, do jakich wartości miałbym próbować wracać, skoro nie znam poziomu, z jakiego startował.

Ma pan wielu pacjentów, którzy chcą odwrócić efekt terapii?

Olbrzymią liczbę. Ale trzeba mieć świadomość, jak to wygląda w praktyce: na siłownię przychodzi mężczyzna, który ma problem z wagą. Zaczyna ćwiczyć. Wtedy nieodpowiedzialny trener, a takich jest bardzo wielu, krótko po rozpoczęciu treningów proponuje mu, żeby zbadał sobie hormony. Często okazuje się, że ten mężczyzna ma nieco niższe stężenia testosteronu – ale w granicach normy. I wtedy pada kolejna sugestia: *No chyba jednak warto byłoby, żebyś się trochę posuplementował.*

Podam przykład, bo to naprawdę ciekawy przypadek. Oto fragment wywiadu: pacjent zgłosił się na konsultację z powodu azoospermii w przebiegu stosowania dopingu sportowego. 26 lat. Za sobą dwa lata ciągłego dopingu. W tym czasie pacjent stosował: testosteron, HCG, nandrolon, masterolon, boldeon, hormon wzrostu, BPC-157, trenbolon, stanozolol, anastrozol i hormony tarczycy.

Czarny rynek testosteronu i innych środków anaboliczno-androgennych jest ogromny. To jest po prostu niesamowity biznes, wolna amerykanka. Potrzebny jest nadzór, zarówno ze strony instytucji państwowych, jak i samorządów lekarskich, monitorowanie sytuacji rynku testosteronowego.

A jak to jest naprawdę z andropauzą? Jest mitem czy jednak dotyka mężczyzn podobnie jak menopauza kobiety?

Pojęcie andropauzy z medycznego punktu widzenia nie istnieje. Jądra przez całe życie produkują testosteron. Z wiekiem zmniejsza się jego ilość i jednocześnie rośnie stężenie SHBG – białka wiążącego hormony płciowe. A to oznacza, że biodostępność testosteronu, czyli jego aktywność, maleje. Trzeba jednak jasno podkreślić, że u zdrowego mężczyzny poziom testosteronu może się z wiekiem obniżać, ale nigdy nie zanika całkowicie.

Zdarza się jednak słyszeć o „objawach andropauzy”. Skąd to się wzięło?

Stąd, że zbyt niskie stężenia testosteronu mogą dawać bardzo konkretne objawy, takie jak przewlekłe zmęczenie, przybieranie na wadze, obniżone libi-

do, a przy większym deficycie – również zaburzenia erekcji. Mogą pojawić się też wahania nastroju, uderzenia gorąca... Czyli objawy nieco podobne do kobiecej menopauzy.

W odróżnieniu od kobiet nie da się tu jednak wskazać konkretnego wieku, w którym te zmiany zaczynają się pojawiać.

Dokładnie. Zmiany mogą wystąpić już po 40. roku życia, a czasem nawet wcześniej. Ale mogą też nie pojawić się aż do bardzo późnej starości. Co ważne – i warto, żeby to wybrzmiało – mężczyźni, którzy są aktywni seksualnie, fizycznie, dbają o dietę i styl życia, mogą bardzo skutecznie opóźnić moment, w którym niski poziom testosteronu staje się problemem.

Widzę to doskonale u swoich pacjentów. Mam 50-latków, którzy przychodzą do poradni zasapani i opadają na krzesło, a obok nich 75-latków, którzy proszą o leki wspomagające erekcję, bo jadą na

wakacje z nową sympatią. To są aktywni mężczyźni, jeżdżą na nartach, oddychają pełną piersią. Dzieli ich 25 lat, ale różni ich podejście do zdrowia i styl życia.

Można odnieść wrażenie, że wokół męskiego zdrowia krąży naprawdę sporo błędnych założeń.

Tak, i to także wśród lekarzy. Po pierwsze: przekonanie, że problemy urologiczne dotyczą tylko starszych mężczyzn. Podobnie jak mit, że krew w moczu to nic groźnego. To bagatelizowanie powoduje, że przeoczamy poważne choroby.

Po drugie: w kontekście niepłodności bardzo często mężczyzna jest diagnozowany jako ostatni. A niepłodność to nie jest wyłącznie problem kobiety. Dziś 40–50 proc. przypadków problemów z zacięciem w ciążę u par spowodowanych jest czynnikiem męskim. I niestety, płodność męska nadal się pogarsza.

Trzeci mit: badać się trzeba wtedy, gdy coś boli. A przecież doskonale wie-

my, że profilaktyka ma ogromne znaczenie, a nie tylko leczenie.

I jeszcze jedno. Mamy dziś skuteczne metody leczenia zaburzeń erekcji na każdym etapie. Możemy nawet pomóc w przypadkach bardzo zaawansowanych, np. po operacjach w obrębie miednicy czy prostaty, m.in. przez implantację protezy prącia.

Na koniec, bardzo ważne: u młodych mężczyzn nie należy bagatelizować problemów z erekcją, zakładając, że to wyłącznie kwestia psychiki. Taka łatka mocno do nich przylgnęła, ale to absolutnie nie jest prawda. Pamiętajmy, że oni również mogą mieć poważne problemy sercowo-naczyniowe, metaboliczne czy hormonalne. Jeśli więc taki pacjent zgłasza zaburzenia erekcji, to nie mówmy: *Niech pan sobie poukłada w głowie*. Zamiast tego skierujmy go do urologa, być może do kardiologa, sprawdźmy jego stan ogólny. Bo zaburzenia erekcji to objaw, a nie choroba. I trzeba szukać przyczyny. ●



TWOJE BMW OD ZK MOTORS NA WYCIĄgniĘCIĘ RĘKI.

OFERTA SPECJALNA DLA LEKARZY
I CZŁONKÓW KLUBU LEKARZA PRZEDSIĘBIORCY.



Zeskanuj kod QR
i poznaj szczegóły
współpracy.



Partner wydarzeń:
Gala Komisji Sportu | Kongres Matek Lekarek | Lekarskie Mikołajki

Koguty, misiaczki



PAWEŁ WALEWSKI

autor jest publicystą „Polityki”

Silna płeć opiera się na wątłym chromosomie Y i testosteronie, nazywanym hormonem zła. Czy dlatego przegrywa z kruchym zdrowiem?

Ach, te statystyki – bezlitosne liczby, które nie kłamią, choć często próbujemy je ignorować. W Stanach Zjednoczonych kobiety dożywają średnio 80 lat, mężczyźni zaś zaledwie 75. W Polsce różnica jest równie uprzejma: panie – 81, panowie – 77. Globalnie? Kobiety wygrywają o cztery–pięć lat, a w niektórych krajach, jak w Rosji, nawet o dziesięć. Męska śmiertelność jest wyższa we wszystkich grupach wiekowych. Dlaczego? Czyżby ewolucja uznała, że panowie są jednorazowi, a panie są inwestycją długoterminową? Albo, jak sarkastycznie zauważył pewien biolog, mężczyźni to te jednorazowe rakietki nośne, które wynoszą potomstwo na orbitę, a potem spadają w płomieniach.

Oto typowa polska rodzina. Pani domu, ta nieustraszona strażniczka zdrowia, która pamięta o corocznych mammografiach, cytologiach i szczepieniach dla wszystkich, łącznie z psem. Ona to ta, co pilnuje, by mąż wziął tabletki na ciśnienie, a dzieci – witaminy. Kobiety odwiedzają lekarzy o 33 proc. częściej niż mężczyźni. Są jak aplikacje na telefonie, które przypominają o wszystkim: *Hej, zrób badania krwi, bo inaczej umrzesz przed emeryturą.*

Mężczyźni traktują zdrowie jak opcjonalny dodatek do życia, coś, co najwyraźniej psuje im imprezę. *Ból w klatce? To pewnie od noszenia worków z cementem* – takie przyświeca tu motto. Pano wie rzadziej więc chodzą na badania przesiewowe, ignorują pierwsze objawy raka lub zawału, bo przecież *macho* nie powinien narzekać. A kiedy w końcu lądują u lekarza? Zwykle pod presją żony, która grozi rozwodem, jeśli mąż nie pójdzie. *Przyszliśmy do pana doktora z naszą prostatą* – słyszał niejednokrotnie w swoim gabinecie znany urolog prof. Andrzej Borkowski, czym podzielił się kiedyś z dziennikarzami na konferencji prasowej z okazji tradycyjnej już w listopadzie kampanii społecznej „Movember”. Jej pomysłodawcami w 1999 r. byli Australijczycy, a celem jest podniesienie świadomości społecznej na temat męskich problemów zdrowotnych. Mobilizacja, której towarzyszy zapuszczanie wąsów, ma skłonić mężczyzn do wykonywania badań profilaktycznych – i nie chodzi tylko o wczesne wykrywanie raka jąder i prostaty.

Medycyna kieruje się prostą zasadą: chcesz wyleczyć chorobę – poznaj jej przyczynę. A gdzie jak nie w genach i chromosomach, ukrytych głęboko

w komórkach, krystalizuje się męska natura? Obecność igreka (Y) jest konieczna, by stworzyć mężczyznę. Ale niewystarczająca, by zdefiniować męską tożsamość. W tej roli sprawdzić się muszą hormony, zwłaszcza jeden – testosteron. Jego niedobór prowadzi do zaburzeń erekcji, kruchości kości, spadku witalności i masy mięśniowej oraz odkładania tkanki tłuszczowej w okolicy brzucha. Całe szczęście, że natura ma dość wyobraźni, by wyposażyć mężczyznę w największą ilość tego paliwa w młodości, gdy jest mu ono najbardziej potrzebne, i z wiekiem stopniowo ten poziom obniża. Ubytek sił, gorsze samopoczucie, drażliwość, a przede wszystkim brak ochoty na seks – to główne objawy kryzysu, który nazwano kiedyś andropauzą (*andros* z greki to mężczyzna, *pauza* – przerwa). Niefortunnie. Bo przecież żadnej pauzy nie ma.

Testosteron to nie tylko broda i mięśnie – to też wolniejsza dojrzałość płata czołowego mózgu, odpowiedzialnego za ocenę konsekwencji. Stąd te wypadki, samobójstwa i agresywna jazda: mężczyźni umierają młodo z powodu „zewnątrznych przyczyn śmierci” – np. wypadków, przemocy, trucizn – trzy–cztery razy częściej niż kobiety. A estrogen u pań? To ochroniarz serca i naczyń: obniża cholesterol, spowalnia miażdżycę. Kobiety po menopauzie tracą ten bonus, ale zanim to nastąpi, wygrywają o dekadę.

Jednak biologia stanowi ledwie połowiczny wycinek całej prawdy o męskiej ułomności – za resztę odpowiada nasza kultura *macho*. Mężczyźni palą więcej (ryzyko chorób serca o 80 proc. wyższe, według Harvard Chan School), piją więcej (alkoholizm skracaa życie o lata), objadają się tłustym (otyłość wokół brzucha, nie pod skórą, jak u kobiet). Chcą być twardzielami: *Nie pójdę do lekarza, bo co ludzie powiedzą?* To nie żart – badania pokazują, że faceci unikają wizyt, bo boją się... słabości. W efekcie najpoważniejsze choroby – nowotwory,

i gupiki

udary, zawały – właśnie dlatego zabijają ich szybciej. A luka wciąż się powiększa: w latach 2010–2021 różnica w śmiertelności między kobietami a mężczyznami w USA wzrosła z 4,8 do 5,8 roku.

Zastanówmy się jednak, czy mężczyźni skazani są na porażkę? Czy lekarze mogą coś zdziałać z męskimi pacjentami, by oddalić od nich ryzyko wcześniejszego umierania? Badania z „The Lancet” pokazują, że interwencje behawioralne działają: jeśli lekarz buduje zaufanie, mówi prosto z mostu (*Panie Janie, rak prostaty nie zniknie od machania młotkiem*) i angażuje rodzinę – zwłaszcza strażniczki zdrowia – to panowie zaczynają chodzić do lekarza regularnie. W Szwecji, gdzie edukacja zdrowotna jest w szkołach przedmiotem uznanym za niezbędny, luka w długości życia to zaledwie trzy lata.

Tylko ile tego rozsądku można z siebie wyrzesać, gdy tak łatwo ulec obsesji konsumpcji? Prof. Tomasz Szlendak, badacz i uważny obserwator zmieniających się w naszej kulturze obyczajów, w arcyzabawnej książce „Leniwe maskotki, rekiny na smyczy” stawia zasadniczo pesymistyczną diagnozę: *Rozmiękliśmy. Zrzedliśmy. Wysubtelnieliśmy. Strywializowaliśmy nasze pragnienia. Mamy ładne futerko zamiast husarskiej zbroi, olśniewający uśmiech zamiast wojennego grymasu. Każemy się dzisiaj stawiać na półce z misiami. Jesteśmy maskotkami. Coraz bardziej leniwymi. Coraz bardziej samotnymi. Coraz bardziej uzależnionymi.*

Co się porobiło z mężczyznami w świecie, który nie oferuje im wielu okazji do naturalnych

zabaw, takich jak polowanie (ewentualnie wyjazdy integracyjne z obowiązkową grą w paintball)? I to wszystko w pewnym sensie na własne życzenie, bo gdzieś ulatuje poczucie, że o własne hormony należy dbać, tak jak od dawna czynią to kobiety.

W erze cyfrowej transformacji mężczyźni stoją przed nowymi wyzwaniami, które dodatkowo komplikują dbanie o zdrowie. Media społecznościowe i kultura *instant gratification* promują szybkie nagrody – od lajków po *fast food* – zamiast długoterminowej troski o ciało i umysł. Aplikacje zdrowotne, smartwatche i algorytmy przypominające o badaniach mogłyby być sprzymierzeńcami, ale mężczyźni częściej postrzegają technologię jako narzędzie rozrywki, a nie profilaktyki. Tymczasem dane z badań przeprowadzonych przez University of Oxford w 2024 r. wskazują, że ci, którzy regularnie korzystają z aplikacji monitorujących zdrowie, mają o 25 proc. więk-

sze szanse na wczesne wykrycie problemów kardiologicznych. Może więc kluczem do przełamania męskiego oporu jest nie tylko perswazja lekarzy, ale też sprytne wykorzystanie technologii, która przemówi do męskiego zamiłowania do gadżetów i danych?

Co więcej, zmieniająca się rola mężczyzny w społeczeństwie otwiera nowe możliwości dla profilaktyki zdrowotnej. Współczesny mężczyzna coraz częściej angażuje się w życie rodzinne, dzieląc obowiązki opiekuńcze z partnerką. To szansa, by zdrowie stało się wspólnym projektem rodzinnym, a nie indywidualnym ciężarem. Programy zdrowotne skierowane do par, promujące wspólne badania czy warsztaty o zdrowym stylu życia, zyskują popularność w wielu krajach, np. w Kanadzie, gdzie odsetek mężczyzn uczestniczących w badaniach profilaktycznych wzrósł o 15 proc. dzięki takim inicjatywom. Medycyna może zatem pójść o krok dalej, przekształcając dbanie o zdrowie w akt wspólnej odpowiedzialności, który nie tylko wzmacnia więzi, ale też pozwala mężczyznom zobaczyć w trosce o siebie nie słabość, lecz siłę – dla siebie i bliskich. Ostatecznie medycyna to nie tylko przykładanie stetoskopu i pobieranie krwi, ale też sztuka perswazji. ●



fot. licencja OIL w Warszawie

Jak biją męskie serca?



fot. archiwum prywatne

Coraz częściej mówi się o znaczących różnicach w przebiegu chorób sercowo-naczyniowych ze względu na płeć, koncentrując się przede wszystkim na nietypowych objawach u kobiet. A co z męskim sercem? Jest szczególnie zagrożone – mówi **prof. dr hab. n. med.**

i n. o zdr. Krzysztof Ozierański, kardiolog w I Katedrze i Klinice Kardiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

rozmawiała

ALEKSANDRA SOKALSKA

Porozmawiamy o sercach mężczyzn w Polsce. Jak wypadają na tle tych europejskich?

Niestety, Polska należy do krajów wysokiego ryzyka sercowo-naczyniowego, czyli generalnie Polacy częściej chorują na serce niż mieszkańcy krajów Europy, zwłaszcza Południowej, np. Włochy czy Hiszpanie.

Skąd te różnice?

Powody są bardzo złożone. Zaliczają się do nich kwestie genetyczne, na pewno nie pomaga nam też dieta, która zdecydowanie różni się od tej śródziemnomorskiej.

Ale to mężczyźni są szczególnie narażeni na sercowe problemy?

Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne stworzyło specjalne narzędzie – skalę SCORE2 i SCORE2-OP (czyli *older person*, dla seniorów), które pomagają ocenić ryzyko w sposób spersonalizowany, uwzględniając m.in. wiek i płeć. I trzeba powiedzieć jasno: tak, mężczyźni są szczególnie zagrożeni, mają wyższe ryzyko wystąpienia – i to wszelakich – chorób sercowo-naczyniowych. Zarówno choroby niedokrwiennej serca, jak i nadciśnienia tętniczego, przerostu lewej komory i niewydolności serca. Podobnie jest z miażdżycą i zaburzeniami rytmu serca – np. migotanie przedsionków, czyli najpopularniejsza arytmia, jaką obserwujemy u dorosłych, też występuje częściej u mężczyzn. Wymienione choroby są związane przede wszystkim ze starszym wiekiem i nagromadzeniem róż-

nych czynników ryzyka. Ale są też takie, jak np. zapalenie mięśnia sercowego, które dotyczą głównie osób młodych, czyli w wieku kilkunastu lat do mniej więcej 40.-50. roku życia. I w tej grupie również jest duża dominacja mężczyzn – stanowią oni mniej więcej 70 proc. wszystkich przypadków.

Z czego to wynika? Winny jest testosteron?

Do końca nie wiemy, co jest głównym elementem większej predyspozycji mężczyzn. Prawdopodobnie to nie testosteron jest winny, tylko kobiece estrogeny mają pewien efekt ochronny. I zapalenie mięśnia sercowego w młodym wieku, i zawały serca w starszym występują u kobiet zwykle z mniej więcej dziesięcioletnim opóźnieniem. W ogólnej populacji osób do ok. 50. roku życia, czyli do wieku, w którym u kobiet występuje menopauza, zdecydowanie częściej chorują mężczyźni, a po tym czasie procent chorujących na serce mężczyzn i kobiet powoli zaczyna się wyrównywać.

Warto jednak zwrócić uwagę, że większa zachorowalność na choroby sercowo-naczyniowe mężczyzn wynika nie tylko z braku estrogenów, ale także

z różnic w stylu życia. Mężczyźni zwykle rzadziej się badają, mniej chętnie stosują profilaktykę. Częściej palą papierosy, częściej nadużywają alkoholu, ich dieta częściej jest też niezdrowa, oparta na tłuszczach i węglowodanach.

Czy w takim razie nowoczesna kardiologia uwzględnia różnice płciowe w leczeniu chorób sercowo-naczyniowych?

Leki dla obu płci są te same. W tym kontekście bardziej zwróciłbym uwagę na ryzyko opóźnionego rozpoznania choroby sercowo-naczyniowej u kobiet z racji mniej charakterystycznych objawów. Zwykle szybciej u mężczyzn podejrzewamy np. chorobę wieńcową, a więc szybciej zostanie on zdiagnozowany i rozpocznie leczenie.

W jednym z wywiadów powiedział pan, że każdy kiedyś będzie potrzebował pomocy kardiologa. Skoro tak, i tylu mężczyzn choruje, czy nie powinni oni obligatoryjnie przechodzić kontrolnych badań serca?

Mężczyzna przede wszystkim powinien wykonywać badania profilaktyczne, czego niestety często nie robi. Na ich podstawie i zebranego wywiadu lekarz rodzinny może wykryć nieprawidłowości. Nie ma natomiast takiego obowiązku, by każdy mężczyzna w określonym wieku musiał się zgłosić do kardiologa. Jeśli nie ma nadciśnienia tętniczego, cukrzycy, dyslipidemii, niepokojących objawów, wystarczy opieka lekarza rodzinnego i wykonywanie standardowych badań krwi w kierunku chorób tarczycy, wątroby, nerek, a także analizujących poziom cholesterolu i glikemii. Na pewno warto też raz na jakiś czas wykonać EKG.

Mężczyźni szczególnie boją się zawału. Jak szybko można go zdiagnozować?

Istnieją testy paskowe wykrywające troponiny – markery uszkodzenia mięśnia sercowego – ale ich czułość jest niższa niż w szpitalnych badaniach krwi. W praktyce klinicznej, jeśli pacjent ma wyraźne objawy, a w obrazie EKG widoczne jest uniesienie odcinka ST, nie czekamy na wyniki troponin. Działamy natychmiast.

Jakie są obecnie największe wyzwania w diagnostyce chorób sercowo-naczyniowych?

Najważniejsze dotyczą przede wszystkim profilaktyki, czyli prewencji pierwotnej, której zadaniem jest zredukowanie występowania chorób sercowo-naczyniowych. Taki cel postawiło sobie także Polskie Towarzystwo Kardiologiczne na czele z nowym prezesem, prof. Markiem Gierlotką.

Drugim wyzwaniem są kardiomiopatie, czyli te choroby mięśnia sercowego, które jeszcze do niedawna uznawaliśmy za rzadkie. Tymczasem, gdy teraz mamy lepsze metody diagnostyczne, okazuje się, że wcale takie rzadkie nie są. Musimy się zatem skupić na tym, by pacjentów z kardiomiopatią po prostu szybciej wykrywać.

I trzecim głównym celem środowiska kardiologicznego jest zwiększenie dostępności do badań genetycznych. Bardzo wiele chorób sercowo-naczyniowych jest uwarunkowanych genetycznie, więc musimy mieć dużo łatwiejszy dostęp do tego typu badań, bo wpływają one na rozpoznanie choroby, ocenę rokowania pacjenta i personalizację leczenia.

Z czego wynika ten brak dostępu?

To kwestia finansowania. Brak refundacji oznacza brak laboratoriów. Gdyby było finansowanie, te badania mogłyby być dostępne w każdym szpitalu bądź chociaż w ośrodkach referencyjnych. I miałyby realne znaczenie, pozwalając wcześniej wykryć chorobę, ocenić rokowanie i dobrać odpowiednie leczenie.

Wróćmy na chwilę do profilaktyki. Wiadomo, że trzeba prowadzić zdrowy styl życia, ale czy są jakieś mniej oczywiste zalecenia? Pytam, bo ostatnio pojawiły się doniesienia, że jednym z czynników mogących wpływać na rozwój chorób sercowo-naczyniowych jest np. obecność mikroplastiku w pożywieniu.

Czynniki ryzyka często dzieli się na klasyczne i te mniej oczywiste. Tych drugich jest naprawdę bardzo wiele. Należą do nich nie tylko mikroplastik, ale też podwyższony poziom kwasu moczowego, stany zapalne wynikające z przebytej infekcji albo choroby autoimmunologicznej – jak chociażby reumatoidalne zapalenie stawów, które mają wpływ na pogorszenie stanu serca i naczyń.

Przebycie COVID-19 też zwiększa ryzyko?

Tak. Mam wielu pacjentów, u których objawy są często niespecyficzne i bardzo szerokie, należą do nich np. przewlekłe zmęczenie, tachykardia, szybka czynność serca, osłabienie, a nawet wypadanie włosów. Ponieważ są niespecyficzne, pacjenci często z opóźnieniem trafiają do lekarza. Tymczasem zespół posturalnej tachykardii ortostatycznej, omdlenia, niewydolność serca, zapalenie mięśnia sercowego kiedyś tak często nie występowały, a od kilku lat są bardzo powszechne.

Tym bardziej zatem warto postawić na profilaktykę. Inaczej wszyscy prędzej czy później trafimy do kardiologa. ●



fot. licencja OIL w Warszawie

Pierwiaszek męski



MAGDALENA FLAGA-ŁUCZKIEWICZ
pełnomocniczka ds. zdrowia lekarzy

Mężczyźni rzadziej szukają pomocy w związku ze swoimi problemami zdrowotnymi. Mają tendencję do bagatelizowania objawów i do prezentowania postawy przeczekiwania, aż „samo przejdzie”.

Objawy somatyczne muszą być poważne, by uzasadniały w ich oczach potrzebę skonsultowania się ze specjalistą, w efekcie zgłaszają się do lekarzy z opóźnieniem, co może negatywnie wpływać na dalszy przebieg zdarzeń, np. ze względu na większe zaawansowanie choroby w chwili zgłoszenia. W badaniach dotyczących nowotworów mężczyźni byli niechętni szukaniu pomocy, próbowali minimalizować objawy i zgłaszali się z opóźnieniem po pomoc m.in. z powodu zawstyżenia i lęku przed lekceważącą, negatywną oceną.

NIEMĘSKIE EMOCJE

W zakresie zdrowia psychicznego sprawa jest jeszcze bardziej skomplikowana. Przyznanie się do objawów, których pozornie nie widać, i mówienie o swoich emocjach kłóć się ze stereotypowym modelem męskości. Według tradycyjnego wzorca mężczyzna jest głową rodziny, żywicielem, jest silny fizycznie i psychicznie, nie okazuje słabości, stanowi oparcie dla innych, jest zdecydo-

wany, pewny siebie, czasem dominujący, odnosi sukcesy zawodowe, jest samowystarczalny, nie prosi o pomoc. „Prawdziwy facet” jest twardy, nie płacze i daje sobie radę sam. Okazywanie emocji jest „niemęskie”, zarezerwowane dla kobiet. Jeśli od małego chłopiec jest odwozowany od wyrażania emocji i rozmawiania o nich, wyrasta z niego mężczyzna, który ma bardzo mgliste pojęcie o tym, jak się w ogóle mówi o uczuciach. W ostatnich latach ten wzorzec zaczyna się zmieniać, pojawia się pewne przyzwolenie na wrażliwość i emocjonalność, elastyczne podejście do tradycyjnych ról społecznych w relacjach, dbanie o siebie i zwracanie się po pomoc, ale uświęcony tradycją model wciąż mniej lub bardziej dominuje, także jako uwewnętrzniony imperatyw dla samego siebie.

Osoba, która nie daje sobie przyzwolenia na podzielenie się z kimkolwiek tym, co ją gnębi od środka, czuje się wyizolowana i samotna, nawet jeśli jest wśród ludzi. W badaniach przeprowadzanych w trakcie pandemii COVID-19 poczu-

cie izolacji i samotności mężczyzn było wyższe niż kobiet. Co ciekawe, na gotowość do szukania pomocy w zakresie zdrowia psychicznego ma duży wpływ także status socjoekonomiczny – osoby o wyższym statusie charakteryzują się większą otwartością na skorzystanie ze wsparcia np. psychologa.

PONURY I WŚCIEKŁY

Postawił szklankę na stole. Jeszcze mała dolewka, dzisiaj był ciężki dzień. W sumie wczoraj też nie było łatwo ani przedwczoraj, ani tydzień temu. Ludzie to idioci, pomyślał, wkurzają mnie. Wciąż czegoś chcą, działają za wolno, nie rozumieją, co się do nich mówi. Nawrzeszczał dzisiaj na młodą pielęgniarkę, która przyszła upewnić się, czy dobrze odczytała jego zalecenia. Kiedyś byłem bardziej wyrozumiały, przemknęło mu przez myśl. Ale świat nie był wtedy taki do bani, odpowiedział sobie. Siedział zamknięty w pokoju, nie miał ochoty rozmawiać z żoną ani w żaden inny sposób uczestniczyć w życiu rodzinnym. Łyknął whisky. Czuł, jak alkohol delikatnie rozcieńcza ponurą wściekłość, zjadając go od środka. Zrobiło mu się bardziej obojętnie, trochę sennie. Trzeba iść spać, mruknął do siebie. A jutro kolejny beznadziejny dzień, odszepnął złośliwy chochlik w jego głowie.

Wiele się mówi w ostatnich latach o depresji, o tym, jak ją rozpoznać, co robić, by nie przegapić niepokojących sygnałów. Słowo „depresja” przywołuje skojarzenia ze smutkiem, płaczliwością, przygnębieniem, brakiem radości, spowolnieniem. Te skądinąd słuszne skojarzenia obrazują typową depresyjną osobę, jaką możemy spotkać w gabinecie. Często zapomina się jednak, że depresja może mieć wiele twarzy i form, a niektóre z nich są łatwe do przeoczenia lub błędnego zaklasyfikowania. Tak wygląda sprawa z tak zwaną męską depre-



szą – bo mężczyźni mogą chorować na depresję inaczej. Jeśli człowiek stał się bardziej drażliwy i wybuchowy, łatwo się irytuje, jest stale podenerwowany, burkliwy, zmęczony i – jak sam może to określać – leniwy, a do tego często zagląda do kieliszka, to czy pomyślimy w pierwszej kolejności o depresji? Nie ma smutku, skarg na anhedonię, spowolnienia. A tymczasem ten człowiek może być w epizodzie depresji, bo tak – na pierwszy rzut oka „niedepresyjnie” – ta choroba może wyglądać u mężczyzn: z drażliwością, zmęczeniem, nadużywaniem substancji psychoaktywnych.

Nie możemy zapominać o tym, że ryzyko śmierci samobójczej jest u mężczyzn wyższe niż u kobiet. Mężczyźni częściej wybierają bardziej drastyczne, radykalne metody, jeśli chcą odebrać sobie życie, i częściej ich próby kończą się śmiercią. Mężczyźni statystycznie częściej niż kobiety chorują na zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych, w tym uzależnienie. Używanie substancji psychoaktywnych może mieć pierwotnie na celu „leczenie”

objawów innych zaburzeń (np. depresji czy zaburzeń lękowych), które stają się przez to jeszcze trudniejsze do rozpoznania i leczenia.

NOWA TWARZ MEDYCYNY

Medycyna przez stulecia była dziedziną męską. Pierwsza kobieta na świecie, która uzyskała dyplom lekarza, Elizabeth Blackwell, skończyła studia w Nowym Jorku w 1849 r. W Polsce pierwszy dyplom lekarski dla kobiety wydał Uniwersytet Jagielloński dopiero w 1892 r. Helenie Mniszkównie. Od tego wydarzenia minęły zaledwie 133 lata, w których dominacja mężczyzn w medycynie stopniowo malała. Obecnie stanowią oni ok. 40 proc. praktykujących lekarzy w Polsce. Padają ostatnie bastiony „męskiej medycyny” – kobiety coraz chętniej wybierają specjalizacje, takie jak chirurgia czy ortopedia, wcześniej wykonywane niemal wyłącznie przez panów. W badaniu z 2020 r. kobiety stanowiły 40 proc. rezydentów chirurgii ogólnej, 18 proc. chirurgii naczyniowej i 24 proc. chi-

rurgii klatki piersiowej. Jakie reakcje psychologiczne wywołuje ta zmiana? Jak mężczyźni jako grupa radzą sobie z nową rzeczywistością?

Odpowiedź brzmi: różnie. Są osoby, które dostrzegają pozytywne aspekty równiejszego rozkładu płci, takie jak szansa na lepszą współpracę międzyludzką, więcej empatii w relacjach, większą uważność na dbanie o siebie, i aktywnie wspierają kobiety walczące z przejawami dyskryminacji. Część osób redefiniuje męskość, rezygnując z typowego modelu macho, skupiając się na różnorodnych kompetencjach, także tych dotyczących np. pracy w zróżnicowanym zespole. Istnieje grupa mężczyzn, którzy w związku ze zmieniającymi się proporcjami płci, zakwestionowaniem feudalnej hierarchii i ruchami równościowymi odczuwają niepokój, opór, frustrację, złość, czują się zagrożeni, czasem wręcz dyskryminowani. Osoby z tej grupy mogą przejawiać zachowania noszące znamiona dyskryminacji wobec koleżanek w pracy w reakcji na własne emocje. Co ciekawe, według niektórych badań nadal w społecznej tożsamości oraz wśród samych lekarzy chirurg to mężczyzna, choć coraz więcej nowych badań pokazuje wśród respondentów trend odpowiedzi, że płeć nie ma znaczenia.

Dla niektórych mężczyzn odejście od tradycyjnego modelu męskości w medycynie może wiązać się z kryzysem tożsamości zawodowej i trudnościami w zdefiniowaniu siebie na nowo jako profesjonalisty w nowym układzie; te osoby mogą skorzystać na kontakcie ze specjalistami, np. psychoterapeutami.

Na koniec element innowacyjności. Zapytałam ChatGPT, czy łatwo być mężczyzną w dzisiejszym świecie. Oto, co mi odpowiedział:

Zależy od perspektywy. Z jednej strony, współczesny mężczyzna ma **większe możliwości wyboru** swojej roli w społeczeństwie i **większą swobodę** w wyrażaniu siebie, ale z drugiej, zmieniające się oczekiwania mogą **tworzyć presję**. Wyzwania, takie jak **równouprawnienie, nowoczesna męskość i presja sukcesu**, mogą być trudne do pogodzenia, zwłaszcza gdy **społeczne role i tradycyjne wzorce męskości są w stanie głębokiej transformacji**. ●

Antybiotyki na

Antybiotyki ratują życie, lecz ich nadmierne stosowanie może sprawić, że wkrótce stracimy ten bezcenny oręż. Dlaczego w Polsce sięgamy po nie tak często, jakie działania mogą przyczyniać się do rosnącej lekooporności bakterii i jaką cenę możemy za to zapłacić, wyjaśnia mikrobiolog, wirusolog, diagnosta laboratoryjny

dr hab. n. med. Tomasz Dzieciatkowski,
adiunkt w Katedrze i Zakładzie
Mikrobiologii Lekarskiej Warszawskiego
Uniwersytetu Medycznego.



fot. archiwum prywatne

rozmawiała **MAŁGORZATA WÓDZ**

Z danych pochodzących z 2022 r. wynika, że Polska należy do pierwszej dziesiątki krajów OECD, w których stosuje się najwięcej antybiotyków. Jakże są przyczyny tak częstego ich stosowania?

Jeżeli mówimy o lecznictwie ambulatoryjnym, najczęściej mamy do czynienia z nadużywaniem antybiotyków w przypadku zakażeń dróg oddechowych i zakażeń dróg moczowych. O ile w lecznictwie ambulatoryjnym część winy, a może nawet większość, można przerzucić na pacjentów, o tyle w lecznictwie szpitalnym odpowiedzialność w pewnym stopniu ponosi personel medyczny. Dlaczego? Dlatego że często stosuje szerokospektralną antybiotykoterapię empiryczną na początku leczenia. Oczywiście, takie są też zalecenia, zwłaszcza w ciężkich przypadkach, np. przy podejrzeniu choroby inwazyjnej czy posocznicy. Ale wielu lekarzy nie chce później tej terapii zmieniać na antybiotykote-

rapię celowaną, gdy dostaną stosowny wynik antybiogramu. Wydaje im się – zupełnie niesłusznie – że zmiana będzie generowała lekooporność bakterii.

Kolejna kwestia dotycząca leczenia szpitalnego to nadużywanie antybiotyków w ramach profilaktyki antybiotykowej, kiedy podajemy jedną dawkę antybiotyku okołoperacyjnie. W tym przypadku mamy sprzeczne opinie. Lekarze specjalizujący się w medycynie intensywnej terapii mówią, że to działa – ich zdaniem profilaktyka antybiotykowa, zwłaszcza dotycząca potencjalnie powikłanych zabiegów, wpływa na istotną redukcję zakażeń. Natomiast farmakolodzy są zdania, że podanie jednej dawki antybiotyku okołoperacyjnie może generować lekooporność i niespecjalnie wpływa na samą skuteczność leczenia.

Jest jeszcze niezwykle istotna kwestia dotycząca lecznictwa ambulatoryjnego i częściowo szpitalnego, czyli podawanie osłonowo antybiotyków pacjentom, którzy nie mają ku temu żadnych wskazań.

Wspomniał pan o presji wywieranej przez pacjentów na lekarzy. O czym świadczy to zjawisko? I jak sobie z nim radzić?

Brutalnie mówiąc, Polacy to społeczeństwo lekomanów. Uwielbiamy brać tabletki. Nie tylko leki, ale również suplementy. Dodatkowo nadal pokutuje u nas przekonanie sprzed 30–40 lat, że antybiotyk jest dobry absolutnie na wszystko, zaś lekarz, który nie przepisuje antybiotyku, to zły lekarz i dlatego najlepiej go zmienić. Takie podejście dominuje szczególnie u osób powyżej 60. roku życia. Z badań ankietowych wiemy, że ok. 40 proc. Polaków uważa ponadto, że antybiotyki działają także na wirusy. Tymczasem jeżeli mamy pospolite przeziębienie, to stosowanie antybiotyku nawet u osoby z wielochorobowością w żaden sposób nie pomoże – a może tylko zaszkodzić.

Każdy pacjent na pewno reaguje lepiej, kiedy czuje się dopieszczony mentalnie przez lekarza. Niestety, jeżeli

wagę jutra

możemy poświęcić mu tylko 15–20 minut, trudno dobrze o wszystko wypytać, a jednocześnie sprawić, że poczuje, iż się nim psychicznie zaopiekowano. W związku z tym pacjenci szukają rady na własną rękę, a w dobie rozmaitych *fake newsów* i innych bałamutnych informacji pojawiających się w przestrzeni internetowej często wprawia ich to w mocne zakłopotanie. Czasem dominuje przeświadczenie: poprzednim razem mi to pomogło, więc tym razem też powinno, albo przysłowiowa Goździkowa powiedziała, że ten antybiotyk jej pomógł, więc pacjent spodziewa się, że u niego będzie tak samo.

Coraz więcej jest szybkich narzędzi do diagnostyki, nawet w gabinecie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Jeżeli miałbym powiedzieć, jaki jest jeden z największych pożytków z pandemii – jeżeli w ogóle można tak to nazwać – to wskazałbym upowszechnienie się, i to nie tylko wśród lekarzy, ale i wśród ogółu społeczeństwa, testów combo.

Jeżeli mamy gorączkującego, potencjalnie kaszlącego pacjenta, to coraz częściej z własnej woli wykonuje on test przesiewowy w kierunku grypy, RSV, COVID-19. Jeżeli pojawi się stosowna kreska, pacjent przynajmniej wie, że nie powinien brać antybiotyku, a tym bardziej prosić o niego w gabinecie. Podczas wizyty lekarz może zrobić dokładnie ten sam test. I przekonać pacjenta, że to jest choroba wirusowa. Nie ma podstaw do przepisania antybiotyku.

Tych narzędzi jest coraz więcej, stają się łatwiej dostępne. Oprócz testów combo w kierunku wirusów oddechowych czy Strep testów lekarz może wykonać również badanie CRP – oczywiście będziemy wówczas tylko wiedzieli, że pacjent ma jakiś stan zapalny, a nie, co go spowodowało. Ale mimo wszystko znacząco ułatwia to podjęcie decyzji terapeutycznej.

Jest pan członkiem międzynarodowej inicjatywy GRIP (Global Respiratory Infection Partnership), która podnosi świadomość i edukuje pracowników ochrony zdrowia oraz pacjentów w temacie rosnącej oporności mikroorganizmów na antybiotyki. Co najbardziej może pomóc w ograniczeniu nadużywania antybiotyków w Polsce?

Zawsze będę podkreślał, że najistotniejsza jest edukacja. Dotyczy to zarówno personelu medycznego, jak i ogółu społeczeństwa. Dlatego uważam, że błędem jest, iż przedmiot edukacja zdrowotna nie stał się obowiązkowy. Wiedza na temat antybiotyków: na co działają i że nie powinny być stosowane w każdym przypadku, powinna być przekazywana niemal od kołyski. To znacząco pomogłoby w dalszej edukacji społeczeństwa.

Kolejna kwestia to posiadanie świadomości przez medyków, że antybiotyk nie działa na wszystko, więc nie zawsze i nie każdemu należy go przepisać.

Jak w praktyce wygląda aktualizowanie wiedzy przez lekarzy w zakresie rozpoznawania i leczenia chorób? Pojawiają się nowe patogeny, nowe leki.

Ustawa o zawodzie lekarza narzuca kształcenie ustawiczne, zdobywanie punktów edukacyjnych, szkolenie. Ale mam świadomość, że gros lekarzy na szczeblu podstawowym tego nie robi. Może jest to kamyczek do ogródka izb lekarskich, by weryfikowały, na jakiej płaszczyźnie zdobywa się punkty edukacyjne, i by prowadziły szkolenia po-

święcone antybiotykoterapii i rozpoznawaniu na podstawie objawów klinicznych najpopularniejszych chorób? Nowych patogenów, na które działałyby antybiotyki, nie ma, lista bakterii jest u nas stabilna, pojawiają się natomiast potencjalnie nowe patogeny wirusowe, których też nie powinniśmy leczyć antybiotykami, chyba że mamy stany zagrożenia życia pacjentów hospitalizowanych, wentylowanych mechanicznie, z wielochorobowością.

Ważne są szkolenia, ale także uświadamianie lekarzy, że dobrem jest antybiotykoterapia celowana, a także antybiotykoterapia deeskalacyjna, czyli zamiana antybiotyku szerokospektralnego na bardzo konkretny antybiotyk, który – mogłoby się wydawać – będzie miał gorsze działanie. Wielu lekarzy nie chce



fot. licencja OIL w Warszawie

jednak pamiętać, że stary antybiotyk nie oznacza gorszy. Jeżeli działa na konkretne szczepy bakterii, będzie lepszy niż nowy antybiotyk szerokospektralny.

Z którymi superbakteriami mamy problem w Polsce?

Przez lata straszono nas superbakteriami nie tylko w Polsce, ale przede wszystkim na świecie. Superbakterie zaczęły się od metacylioopornych szczepów gronkowca złocistego. Dajemy sobie z nimi radę. Po pierwsze, są na nie antybiotyki, po drugie, zakażenia gronkowcowe nie zdarzają się aż tak często. Mniej więcej 20 lat temu był również boom na enterokoki oporne na wankomycynę. Z tym też sobie radzimy.

Jeżeli chodzi o zakażenia szpitalne, w Polsce jest problem z *Clostridioides difficile*. Na szczęście nie mamy do czynienia z gigantyczną lekoopornością. Zakażenia te wiążą się ze wspomnianą wcześniej antybiotykoterapią szerokospektralną. Jeżeli np. u seniora zaczniemy przypadkowo podawać fluorochinolony czy makrolidy, doprowadzimy do wywołania bioty jelitowej i *Clostridioides difficile*, które prawie każdy z nas ma w swoich jelitach, wykorzystają to i spowoduje biegunkę poantybiotykową. Ta jest wyjątkowo dolegliwa, ale też da się leczyć.

Podstawowym problemem, jeżeli chodzi o lekooporność, i to nie tylko w Polsce, są natomiast pałeczki Gram-ujemne, które rzeczywiście są wielolekooporne. To nie tylko *Enterobacterales*, jak *Escherichia coli* czy *Klebsiella pneumoniae*, ale również bakterie niefermentujące, jak *Pseudomonas aeruginosa* czy *Acinetobacter baumannii*. Niestety, to ogromny problem ogólnoswiatowy.

Na ile realne jest zagrożenie tak zwaną erą poantybiotykową? Eksperci przestrzegają, że możemy w nią wkroczyć, jeśli sytuacja się nie zmieni.

Jest to realne z prostego powodu: od początku XXI w. na rynek wprowadzono zaledwie kilka nowych antybiotyków, powinniśmy zatem zdawać sobie sprawę, że należy szanować leki, które mamy. W przeciwnym razie może się okazać, że za kilka, kilkanaście lat nie będziemy mieli czym pacjentów leczyć. Mówię studentom, że bakterie są zawsze kilka czy kilkanaście kroków przed nami. Tłumaczę, że jeśli dziś mamy 25 września 2025 r. i właśnie opracowaliśmy antybiotyk, który nie wykazuje żadnej lekooporności, nim wprowadzimy go na rynek, musi przejść badania kliniczne, które potrwać pięć, a często i więcej lat. Gdy się zakończą i lek zostanie wprowadzony do obrotu, już będą istniały szczepy lekooporne. Właśnie dlatego nie powinniśmy w miarę możliwości strzelać z armaty do mrówki. Stosujemy konkretny antybiotyk, ale wybieramy antybiotykoterapię celowaną lub antybiotykoterapię deeskalacyjną.

Pamiętajmy też, że sporo szczepów wielolekoopornych pochodzi z krajów, które mają nie najgorszy przemysł farmaceutyczny, nie mają natomiast większych restrykcji, zarówno jeżeli chodzi o kontrolę jakości tego przemysłu, jak i dostęp do antybiotyków. Każdy zainteresowany, jeżeli dysponuje stosowną kwotą, może w tych państwach wejść do apteki i kupić taki antybiotyk, na jaki ma ochotę.

Jakie inicjatywy, podejmowane w kierunku nagłaśniania proble-

mu nadużywania antybiotyków, uznaje pan za skuteczne?

Bardzo dobrą polską inicjatywą jest Narodowy Program Ochrony Antybiotyków. Pani profesor Waleria Hryniewicz wykonuje fenomenalną pracę w zakresie edukacji środowiska medycznego, wydając m.in. cyklicznie stosowne rekomendacje dotyczące diagnozowania i leczenia konkretnych zakażeń. Wymienić też należy wspomnianą już tu międzynarodową inicjatywę GRIP. Ogranicza się ona jednak do zakażeń układu oddechowego, które są oczywiście istotne, bo dotyczą 50 proc. wizyt w gabinetach lekarzy POZ pacjentów pediatrycznych i 30 proc. wizyt pacjentów dorosłych. Ale chcę podkreślić, że bardzo istotna jest również kwestia prawidłowej diagnostyki i prowadzenia zakażeń układu moczowego, głównie u seniorów, którzy najczęściej zmagają się z tego typu infekcjami.

Czym różni się od nas kraje, w których problem z antybiotykoo- pornością jest mniejszy? Dlaczego osiągają lepsze efekty?

W Europie najmniej konsumuje się antybiotyków w krajach skandynawskich. Z czego to wynika? Może właśnie z lepszej edukacji? Ale także w pewnym stopniu z protestanckiego sposobu bycia, z którym wiąże się poczucie wzajemnej odpowiedzialności za pozostałych członków społeczeństwa. Jeżeli ktoś jest chory, zostaje w domu, a nie idzie do pracy, bo uważa, że się wszystko bez niego zawali, i sieje w środkach komunikacji publicznej czy w zakładzie pracy patogeny – bakterie czy wirusy, zakażając na prawo i lewo. Nauczmy się być również odpowiedzialni za innych. ●



PROGRAM STYPENDIALNY



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

- nabór wniosków **do 30 marca 2026 r.**
- maksymalna kwota dofinansowania **7500 zł**



Ubezpieczenie na życie PZU Bezpieczny Lekarz

Program rekomendowany przez OIL w Warszawie

**Dołącz do grupowego ubezpieczenia na życie
przygotowanego specjalnie dla lekarzy i ich rodzin.**



**Ochrona
na wysokie sumy**
nawet do 1 600 000 zł



**Szeroki zakres ciężkich chorób
i wysokie świadczenia**
nawet do 100 000 zł



Możliwość ubezpieczenia bliskich
na tych samych warunkach



Opcja dokonania cesji na bank
(np. przy kredycie mieszkaniowym)

Start programu: od 1 grudnia 2025. Jeśli przystąpisz do ubezpieczenia w ciągu 3 pierwszych miesięcy:

**Nie obowiązuje Cię karencja
na cały zakres ubezpieczenia**

**Nie musisz wypełniać
ankiety medycznej**

Aby złożyć wniosek online, wejdź na



Okręgowa
Izba Lekarska
w Warszawie



ins-med.pl

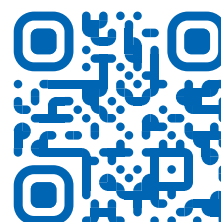


biuro@ins-med.pl



22 494 36 50

Program obsługiwany jest wyłącznie przez INS MED.



Tabu

Śmierć to nadal temat tabu. O wyzwaniach medycyny, roli empatii i zmianach w podejściu do śmierci rozmawiamy z **dr n. med. Agatą Malendą**, specjalistką chorób wewnętrznych, hematolożką, oraz **dr. n. med. Tomaszem Imielą**, specjalistą chorób wewnętrznych i kardiologią, współorganizatorami konferencji „Empatia a umieranie i śmierć. Aby godnie umrzeć, potrzebna jest cała wioska”.

rozmawiała **DOROTA LEBIEDZIŃSKA**

Poprzednia, wiosenna edycja konferencji skupiała się na dzieciach. W tym roku wracacie państwo do pierwotnej idei. Dlaczego tym razem akcent padł na osoby starsze?

Agata Malenda (AM): Każda edycja ma swój unikalny punkt ciężkości. Pół roku temu rzeczywiście rozmawialiśmy przede wszystkim o opiece pediatrycznej – o tym, jak wspierać dzieci i ich rodziny w obliczu śmierci. Teraz wracamy do szerszego ujęcia, ale szczególną uwagę poświęcamy starości. Z jednej strony mówimy coraz więcej o zdrowym starzeniu się, aktywności seniorów, profilaktyce. Z drugiej – rzadko mamy odwagę zapytać: a co, jeśli ktoś jest niesamodzielnym, zmaga się z demencją, odchodzi powoli? To są sytuacje, z którymi spotykają się lekarze pierwszego kontaktu, geriatrzy, kardiolodzy, onkolodzy. Temat opieki senioralnej jest bardzo ważny, pokazują to choćby debaty senioralne organizowane przez naszą izbę.

W społeczeństwie temat śmierci długo był wypierany. Czy ostatnie lata coś zmieniły?

AM: Zdecydowanie tak. Pandemia sprawiła, że wiele rodzin w Polsce straciło bliskich – często w izolacji, bez możliwości pożegnania. To było traumatyczne, ale też otworzyło oczy: śmierć nie jest abstrakcją, dotyczy każdego z nas. Z kolei wojna w Ukrainie uczyniła śmierć obecnym elementem przekazu medialnego. To oczywiście dramatyczne, ale jednocześnie spowodowało, że zaczęliśmy znów o niej mówić. Co ciekawe, widać to również w środowisku lekarskim – coraz więcej dużych konferencji medycznych ma sesje poświęcone opiece paliatywnej. To znak zmiany, choć wciąż chciałabym, by taki wątek pojawiał się w każdej specjalizacji.

Mówicie państwo: dobra starość, dobra śmierć. Jak to rozumieć?

Tomasz Imiela (TI): Dobra starość to nie tylko profilaktyka, dieta i długowieczność, ale także przygotowanie się na kres życia. Umieranie nie musi być traumatyczne. Pacjent, który ma zapewnione poczucie bezpieczeństwa, który wie, że jego ból będzie skutecznie leczony, a bliscy są przy nim – może

odejść spokojnie. To wymaga jednak pracy całego zespołu: lekarza, pielęgniarki, psychologa, czasem duchownego.

W praktyce wielu lekarzy odczuwa jednak, że śmierć pacjenta jest ich osobistą porażką.

AM: To przekonanie jest głęboko wpisane w medycynę. Kształcimy się po to, by ratować życie. I oczywiście – to absolutnie fundamentalne. Ale musimy pamiętać, że kiedy leczenie przyczynowe nie jest już możliwe, nie oznacza to końca naszej roli. To jest moment, w którym zaczyna się inna praca: opieka paliatywna. Nie mniej potrzebna i wymagająca. Wbrew pozorom lekarz w takich chwilach wciąż robi bardzo dużo – tylko na innych polach: uśmierza ból, łagodzi duszność, wspiera psychicznie pacjenta i jego bliskich. To także jest sztuka medycyny.

Wspomnieliście państwo o wsparciu psychologicznym. Jak wygląda model idealnej rozmowy z pacjentem, który dowiaduje się o nieuleczalnej chorobie?

TI: Kluczowe jest, by to lekarz przekazał pacjentowi informację. To jego obowiązek, a nie zadanie rodziny. Pacjent ma prawo wiedzieć, na jakim etapie jest jego choroba i czego może się spodziewać. Ale nie oznacza to, że lekarz zostaje sam. Coraz częściej w praktyce spotykamy rozwiązanie, w którym w rozmowie uczestniczy również psycholog. To bardzo pomaga, bo pacjent od razu dostaje wsparcie emocjonalne. A sam sposób przekazu? Najprostszy z możliwych. Bez eufemizmów, ale też bez brutalności. Zawsze powtarzam: prawda, spokój i obecność – to trzy rzeczy, które powinny prowadzić lekarza w takiej rozmowie.

Empatia wobec pacjenta w umieraniu – jak ją rozumieć, by nie była dla lekarza paraliżująca?

TI: Empatia nie polega na tym, że lekarz przeżywa wszystko razem z pacjentem. To byłoby niszczące i prowadziłoby do wypalenia. Empatia to zrozumienie perspektywy chorego. To umiejętność wysłuchania, przyjęcia jego emocji, ale przy zachowaniu własnych granic. To trudna sztuka, wymagająca samoświadomości. Czasami empatia oznacza też drobne ge-

sty: trzymanie za rękę, cierpliwe wysłuchanie lęków pacjenta. Dla chorego to bezcenne, dla lekarza zaś sposób, by pozostać człowiekiem w świecie procedur i wyników badań.

Czy lekarze są przygotowywani do takich rozmów podczas studiów?

AM: Wciąż za mało. Owszem, programy studiów medycznych coraz częściej uwzględniają zajęcia z komunikacji, ale to nadal niewystarczające. Lekarze uczą się głównie technicznych umiejętności, a o rozmowach z pacjentem dowiadują się „w praktyce”, metodą prób i błędów. Spotkanie z chorym, któremu trzeba powiedzieć o zbliżającej się śmierci, to jedno z najtrudniejszych doświadczeń w pracy. Dlatego tak ważne są konferencje takie jak nasza – gdzie lekarze mogą zdobyć konkretne narzędzia, inspiracje i poczucie, że nie są w tym sami.

Często mówi się, że współczesna kultura wypiera śmierć. Czy to także utrudnia lekarzom pracę?

TI: Oczywiście. Jeszcze kilkadziesiąt lat temu śmierć była częścią życia rodzin. Dzieci widziały, jak odchodzą dziadkowie, w domach były czuwania przy zmarłym. Dziś wszystko zostało zepchnięte do szpitali i hospicjów. W mediach widzimy wyłącznie wyretuszowaną wersję życia – młodość, zdrowie, sukces. To sprawia, że spotkanie ze śmiercią jest dla pacjentów i rodzin jeszcze trudniejsze, bo nikt ich do tego nie przygotował. A lekarz staje się wtedy nie tylko specjalistą, ale i przewodnikiem w świecie, którego pacjenci się boją.

Jaką rolę w przełamywaniu tabu mogą odegrać kampanie społeczne?

AM: Ogromną. Kilka miesięcy temu w przestrzeni publicznej mogliśmy oglądać kampanię społeczną Instytutu Dobrej Śmierci, w której kobieta pytała: *Czy to normalne, że nie płakałam po śmierci rodziców?* Odpowiedź brzmiała: Tak, to normalne. To był ważny krok, bo uczył, że każda żałoba jest inna i każda jest właściwa. Podobnie możemy mówić o umieraniu. Uczyc, oswajać, rozmawiać. Bez tego śmierć wciąż będzie wypierana, a lekarze zostawieni sami w najtrudniejszych sytuacjach.

Siódma edycja konferencji, która odbędzie się w siedzibie OIL w Warszawie 8 listopada, ma być okazją do rozmowy o starości, umieraniu i o tym, jak w obliczu kresu życia okazywać pacjentowi troskę i wsparcie. Czego spodziewacie się państwo po tej edycji konferencji?

TI: Przede wszystkim tego, że lekarze wrócą do swoich gabinetów z przekonaniem, że opieka nad pacjentem umierającym jest równie ważna jak skuteczne leczenie. Że empatia nie jest luksem, ale podstawą dobrej medycyny. I że dobra starość i dobra śmierć są możliwe, jeśli mamy odwagę rozmawiać, uczyć się i towarzyszyć pacjentom do końca.

Zapytam jeszcze o dwa ważne elementy tegorocznej konferencji. Z jednej strony w programie znajdzie się wykład dziennikarki Anny Kiedrzynek o społecznym postrzeganiu śmierci, z drugiej – angażujecie się państwo w interdyscyplinarne badania dotyczące końcowego etapu życia. Jak te wątki łączą się z ideą konferencji?

AM: Zależało nam, aby program tegorocznej edycji wykraczał poza ściśle medyczną perspektywę. Bardzo się cieszę, że głos zabierze dziennikarka, która opowie, jak temat śmierci funkcjonuje w przestrzeni publicznej i medialnej. To ważne, bo sposób, w jaki o śmierci mówi się w mediach, kulturze, debacie społecznej, wpływa bezpośrednio na to, jak pacjenci i ich bliscy przeżywają własne doświadczenie odchodzenia.

TI: Drugim filarem są badania naukowe. Jesteśmy członkami Interdyscyplinarnego zespołu badań nad końcowym etapem życia, działającego przy Wydziale Studiów Edukacyjnych Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu. Chcemy zdiagnozować, jak polscy lekarze radzą sobie z opieką nad pacjentami u kresu życia. Pytamy nie tyl-

ko o wiedzę i praktyczne umiejętności – np. jakie środki stosują, jak rozumieją pojęcie terapii daremnej, ale również o postawy i opinie. Chcemy sprawdzić, co lekarze myślą o swojej roli wobec pacjenta, którego nie można już wyleczyć. To badanie jest dla nas niezwykle ważne, bo jako środowisko często mówimy, jak powinno być. A prawda jest taka, że nie mamy całościowej wiedzy o tym, jak rzeczywiście jest. Być może lekarze wcale nie czują się przygotowani do rozmów o umieraniu. Być może brakuje im narzędzi albo wsparcia systemowego. Albo przeciwnie – mają wypracowane sposoby, które warto upowszechniać. Nasze badania mają na celu zebranie tych głosów i zaproponowanie sensownych, systemowych rozwiązań.

Dlatego zachęcamy do udziału w badaniu. To nie jest ankieta „dla statystyki”, ale narzędzie, które może realnie zmienić sposób, w jaki w Polsce rozmawiamy o śmierci i wspieramy pacjentów w ich ostatnim etapie życia. ●

Kwestionariusz do ankiety:



fol. A. Ludwikowska

Jaką drogę wybrać po stażu?

Kick off Meeting 2025

fot. materiały redakcji (3)



Staż to dopiero początek drogi. Co dalej – specjalizacja, nauka, własna praktyka czy może kariera w zupełnie innym kierunku? Na te pytania młodzi lekarze szukali odpowiedzi w trakcie konferencji **Kick off Meeting**, która odbyła się 4–5 października w Otwocku w Z-Hotel Business & Spa. Spotkanie – zorganizowane przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie – od lat cieszy się dużym zainteresowaniem. To wydarzenie, które łączy elementy praktycznej edukacji i integracji środowiska.

Wśród prelegentów znaleźli się: dr n. med. Artur Drobnia, prezes ORL w Warszawie, dr n. med. Piotr Sobiech, przewodniczący Komisji ds. Stażu Podyplomowego ORL, lek. Piotr Winciunas, przewodniczący Komisji ds. Rejestracji i Prawa Wykonywania Zawodu, sędzia Naczelnego Sądu Lekarskiego, lek. Małgorzata Terlecka-Maciejewska, przewodnicząca Klubu Lekarza Przedsiębiorcy, lek. Wiktor Możarowski, przewodniczący Komisji Młodych Lekarzy, lek. David Zira z oddziału ratunkowego, lek. dent. Andrzej Siarkiewicz, mediator OIL w Warszawie, mec. Przemysław Rawa-Kłoczek, dyrektor działu prawnego OIL w Warszawie, oraz dr n. pr. Sebastian Stykowski z Biura Rzecznika Praw Lekarza ORL.

Konferencję prowadzili członkowie Komisji ds. Młodych Lekarzy ORL: Aleksandra Zagajewska i Patryk Pindłowski, którzy powitali uczestników słowami:

– Wierzimy, że ten wyjazd stanie się dla was okazją do zdobycia wiedzy, umiejętności i inspiracji, które pomogą w świadomym kształtowaniu przyszłej ścieżki zawodowej.

WSPARCIE SAMORZĄDU LEKARSKIEGO

Pierwszy blok wykładów dotyczył działalności samorządu zawodowego. Rozpoczął go Wiktor Możarowski, który przedstawił działalność Klubu Młodych Lekarzy, zapraszając do współpracy. Następnie prezes ORL w Warszawie Artur Drobnia opisał strukturę OIL i zasady jej działania oraz to, co izba oferuje swoim członkom.

– Naszym priorytetem jest wspieranie lekarzy i lekarzy dentyistów na każdym etapie ich kariery. Zawsze na was czekamy i jako izba zawsze będziemy wam służyć pomocą. Chcemy, aby każdy lekarz czuł, że może liczyć na naszą wiedzę, doświadczenie i wsparcie, oraz aby miał poczucie, że nie jest sam w wyzwaniach zawodowych – mówił.

Prezes zapewnił, że izba będzie wspierać lekarzy stażystów w podejmowaniu decyzji o przyszłości zawodowej. W ramach członkostwa lekarze i lekarze dentyści mogą korzystać z wielu form pomocy, m.in. bezpłatnych i dofinansowanych szkoleń medycznych, prawnych oraz z zakresu kompetencji miękkich, organizowanych przez ODZ, dofinansowania do stypendiów zagranicznych, szkoleń i materiałów edukacyjnych, a także imprez rodzinnych, sportowych i kulturalnych, obowiązkowego ubezpieczenia w ramach składki i preferencyjnych warunków dobrowolnego OC, profesjonalnej pomocy psychologicznej, obsługi prawnej w ramach usługi Lex Doctor oraz ochrony zawodowej ze strony rzecznika praw lekarza, pomocy ze strony Klubu Lekarza Przedsiębiorcy, a w dalszej perspektywie wsparcia skierowanego do lekarzy seniorów.

STAŻ JAKO FUNDAMENT DAJSZEJ KARIERY

Kolejnym punktem programu był wykład przewodniczącego Komisji ds. Stażu Podyplomowego, dr n. med. Piotra



Sobiecha. Zwrócił on uwagę na to, jak ważnym etapem w rozwoju zawodowym młodych medyków jest staż podyplomowy. To czas, który pozwala zweryfikować wiedzę teoretyczną, zdobyć pierwsze praktyczne umiejętności i podjąć świadomą decyzję o kierunku dalszej specjalizacji. – *To moment, kiedy możecie sprawdzić swoje predyspozycje i zainteresowania. Warto wykorzystać ten czas, by jak najlepiej przygotować się do wyborów, które będą rzutować na całą karierę* – podkreślał.

PRAWO, PRZEDSIĘBIORCZOŚĆ I NOWE ŚCIEŻKI

Sporo uwagi poświęcono również zagadnieniom prawnym. O swoich doświadczeniach opowiadali mediator OIL w Warszawie, przedstawiciele Biura Rzecznika Praw Lekarza oraz działu prawnego. Przypomnieli, że młodzi medycy nie są pozostawieni sami sobie w przypadku problemów zawodowych czy prawnych. Opowiedzieli, jak bronić się przed hejtem oraz jakie są prawa lekarzy w sporze z pacjentem.

W panelu dotyczącym mediacji, prowadzonym przez redaktor naczelną „Pulsu” Aleksandrę Sokalską, mediator OIL w Warszawie lek. dent. Andrzej Siarkiewicz oraz mec. Przemysław Rawa-Kłoczek opowiadali, jak wyglądają mediacje w medycynie.

Z kolei lek. Piotr Winciunas przedstawił zagadnienia związane z obowiązkami lekarzy jako członków izby, aktualizacją danych w rejestrze OIL oraz odpowiedzialnością zawodową. – *Jesteśmy zawodem zaufania publicznego i oprócz odpowiedzialności wynikającej z prze-*

pisów powszechnie obowiązujących mamy dodatkową odpowiedzialność – zawodową, na której straży stoją sądy lekarskie – dodał.

Osobny blok dotyczył codziennych wyzwań w pracy lekarza. Lek. David Zira przedstawił, jak wygląda praca na oddziale ratunkowym, bo właśnie ratunkowi mają najlepsze opowieści. *A ich dyżur jest jak pudełko czekoladek – nigdy nie wiadzą, co im się trafi.*

Lek. Małgorzata Terlecka-Maciejewska opowiedziała zaś o wyzwaniach, przed jakimi stoją lekarze przedsiębiorcy, m.in. o zakładaniu własnej działalności, budowaniu wizerunku, a przede wszystkim o inicjatywie OIL – Klubie Lekarza Przedsiębiorcy i jego pierwszym forum.

Jak podkreślali podczas swoich wystąpień prelegenci, współczesna medycyna daje wiele możliwości wyboru, a lekarze mogą aktywnie kształtować swoją karierę i rolę w społeczeństwie.

Na zakończenie przedstawiciel firmy Hearo zaprezentował prosty w użyciu alarm, który robi wiele hałasu, przyciągając uwagę świadków i dając czas na obronę. W kontekście ostatnich wydarzeń i hejtu, jaki spada na przedstawicieli zawodów medycznych, jest to przydatny element wyposażenia każdego lekarza.

NOWA FORMUŁA WYDARZENIA

Tegoroczny Kick off Meeting był inny od poprzednich edycji. Obok części wykładowej, opartej na blokach tematycznych, w programie znalazły się elementy integracyjne, w tym terenowa gra zespołowa „Zagadka kryminalna”, która pozwoliła młodym lekarzom lepiej się poznać i ćwiczyć umiejętności pracy zespołowej. Tego typu aktywności – jak podkreślają organizatorzy – są równie ważne jak wiedza, ponieważ budują wspólnotę i poczucie wsparcia w środowisku.

WSPÓLNA PRZYSZŁOŚĆ

Konferencja Kick off Meeting ponownie udowodniła, że młodzi lekarze potrzebują nie tylko solidnej wiedzy i szkoleń, ale także przestrzeni do rozmowy o przyszłości, wymiany doświadczeń i budowania kontaktów. Dzięki takim wydarzeniom mogą świadomie kształtować kariery i czerpać inspiracje z różnych dróg zawodowych.

Organizatorzy już teraz zapowiadają kolejne edycje – a sądząc po reakcjach uczestników, można być pewnym, że Kick off Meeting na stałe wpisze się w kalendarz wydarzeń ważnych dla młodych medyków. ●



Partnerzy wydarzenia:



IV Kongres Matek Lekarek

29-30/11/2025

Z-Hotel Business & SPA,
ul. Wczasowa 25, Otwock



ORGANIZATOR



Okręgowa
Izba Lekarska
w Warszawie

rynek*zdrowia*.pl

PATRONI MEDIALNY

••puls

PARTNERZY

Fundacja Matki Lekarki



BMW
ZK Motors



ZK MOTORS

ins MED



Małe zęby, wielkie wyzwania

Pod koniec września Warszawa stała się miejscem wyjątkowego wydarzenia, które zgromadziło grono ekspertów i praktyków stomatologii dziecięcej z całego kraju i zagranicy.

DOROTA LEBIEDZIŃSKA

W dniach 26-27 września odbyła się X Krajowa i III Międzynarodowa Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Stomatologii Dziecięcej, zorganizowana przez Polskie Towarzystwo Stomatologii Dziecięcej (PTSD) we współpracy z Warszawskim Uniwersytem Medycznym, Okręgową Izbą Lekarską w Warszawie oraz Komisją ds. Lekarzy Dentystów ORL w Warszawie. Partnerem konferencji była Sekcja Stomatologii Dziecięcej Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, honorowy patronat nad wydarzeniem objął rektor WUM, prof. dr hab. n. med. Rafał Krenke.

WYMIANA DOŚWIADCZEŃ

Pierwszego dnia uczestnicy mogli doskonalić w Uniwersyteckim Centrum Stomatologii WUM swoje umiejętności w ramach zajęć *hands-on*, obejmujących m.in. izolację pola operacyjnego i estetyczną odbudowę zębów mlecznych.

– Zapraszam nie tylko na warsztaty praktyczne, które pozwolą udoskonalić codzienne umiejętności pracy z najmłodszymi pacjentami, ale też na mój wykład inauguracyjny i panel dyskusyjny, w ramach którego wymienimy doświadczenia i opinie – zachęcała prof. Dorota Olczak-Kowalczyk, pomysłodawczyni i przewodnicząca PTSD.

Kolejnego dnia odbyły się wykłady m.in. z endodoncji dziecięcej, leczenia urazów i powikłań stomatologicznych.

Tego dnia nastąpiło też oficjalne otwarcie konferencji, wykład inauguracyjny prof. Olczak-Kowalczyk oraz wystąpienia ekspertów ze Szwecji, z Chorwacji, Hiszpanii, Niemiec i Australii.

„WYZWANIE 10 NA 10”

Podczas konferencji zaprezentowano wyniki i dalsze plany związane z inicjatywą „Wyzwanie 10 na 10”, zainaugurowaną w 2020 r. przez PTSD i firmę Colgate-Palmolive. Jej celem jest ograniczenie próchnicy u dzieci w Polsce o min. 10 proc. w ciągu 10 lat.

W panelu dyskusyjnym udział wzięli m.in.: prof. Dorota Olczak-Kowalczyk, prof. Teresa Jackowska – konsultant krajowy w dziedzinie pediatrii, prof. Agnieszka Mielczarek – konsultant krajowy ds. stomatologii zachowawczej, dr Dariusz Paluszek – wiceprezes ORL w Warszawie, oraz Magdalena Rozkrut – przedstawicielka firmy Colgate-Palmolive. Dyskusja dotyczyła interdyscyplinarnej współpracy różnych grup zawodowych, m.in. dentystów, higienistek, pediatrów, farmaceutów, nauczycieli i przedstawicieli MZ. Hasłem 2025 r. zostało „Przywracamy Polsce zdrowy uśmiech”.

Wiceprezes ORL podkreślił, że o profilaktyce próchnicy i właściwej higienie jamy ustnej powinno uczyć się

na studiach ogólnolekarskich. – *Pediatra powinien zwracać uwagę na higienę jamy ustnej swoich pacjentów. Konieczne jest podejście interdyscyplinarne – przekonywał.*

KONSEKWENCJE DLA ZDROWIA

Podczas konferencji rozmawiano także o wpływie mikrobiomu jamy ustnej na cały organizm. Prelegenci wskazywali, że bakterie w stanie dysbiozy mogą przyczyniać się do rozwoju m.in. cukrzycy, chorób neurodegeneracyjnych, nowotworów czy schorzeń układu oddechowego. Zaniedbania w profilaktyce stomatologicznej przekładają się na poważne konsekwencje zdrowotne i społeczne w późniejszym wieku, obciążając cały system ochrony zdrowia.

PRAWO W PRAKTYCE

Nie zabrakło wykładów poświęconych odpowiedzialności prawnej lekarzy stomatologów w pracy z małoletnimi pacjentami. Mec. Ewa Mazur-Pawłowska omówiła m.in. obowiązek informacyjny, kwestie zgody na leczenie i ochrony danych osobowych, a także wyzwania związane z dokumentacją medyczną w sytuacjach konfliktu rodziców.

PERSPEKTYWY NA PRZYSZŁOŚĆ

Tegoroczna konferencja pokazała, że stomatologia dziecięca w Polsce dynamicznie się rozwija, a wspólne działania środowisk naukowych, lekarskich i prawniczych mają szansę realnie wpłynąć na zdrowie młodych pokoleń. ●



fot. D. Lebiedzińska

Polska protetyka z europejską wizją

Polskie Towarzystwo Protetyki Stomatologicznej zostało wpisane do rejestru przedsiębiorców 2 września 2025 r. O jego idei i planach opowiada prezes PTPS **prof. dr hab. Teresa Sierpińska**, konsultant krajowy w dziedzinie protetyki stomatologicznej, prezydent Europejskiego Towarzystwa Protetycznego.

rozmawiał **DARIUSZ PALUSZEK**

Jak narodziła się idea powołania Polskiego Towarzystwa Protetyki Stomatologicznej?

Pomysł kielkował od dawna. Od lat w rozmowach z lekarzami słyszałam, że brakuje w Polsce organizacji, która skupiałaby specjalistów zajmujących się protetyką, głosy pochodziły zarówno z uczelni, jak i z gabinetów prywatnych. Chodziło nie tylko o wymianę doświadczeń, ale także o reprezentację polskiej protetyki w strukturach europejskich. Impulsem były Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne, podczas których aż 49 lekarzy dentystów podpisało akt założycielski towarzystwa. Wtedy zrozumielismy, że środowisko naprawdę tego chce i że czas przekształcić ideę w konkretne działania. Poczułam, że jesteśmy grupą osób zaangażowanych i pełnych pasji.

Co było najtrudniejsze w tym początkowym etapie?

Najtrudniejsze było połączenie różnych środowisk: akademickiego i prywatnych praktyk. Każdy z tych obszarów ma inne potrzeby i inną perspektywę, ale wspólnym mianownikiem jest troska o jakość leczenia i rozwój zawodowy. Chcieliśmy stworzyć organizację otwartą, która nikogo nie wyklucza. To nie ma być elitarnie stowarzyszenie kilku

ośrodków akademickich, tylko realna wspólnota wszystkich, którzy zajmują się protetyką i stomatologią odtwórczą.

Czy można powiedzieć, że PTPS jest odpowiedzią na chęć integracji środowiska?

Zdecydowanie tak. Polscy lekarze protetycy – mimo ogromnego potencjału – przez lata działali raczej w rozproszeniu. Mamy świetnych specjalistów, nowoczesne laboratoria, znakomite uczelnie, ale brakowało nam platformy współpracy. Teraz możemy wymieniać doświadczenia, wspólnie planować szkolenia i reprezentować polską protetykę za granicą.

Wspomniała pani o współpracy międzynarodowej. W jaki sposób nowe towarzystwo wpisuje się w europejski kontekst?

Od początku naszym wzorem jest Europejskie Towarzystwo Protetyczne (European Prosthodontic Association, EPA), z którym od lat współpracuję. W zeszłym roku Polska była gospodarzem dorocznej konferencji EPA w Białymstoku – to było ogromne wyróżnienie i dowód zaufania ze strony europejskiego środowiska. Po tej konferencji wiele osób pytało mnie: *Dlaczego nie mamy swojego krajowego towarzystwa,*

które mogłoby współpracować z EPA na równych zasadach? Teraz to się zmienia.

Planujemy wkrótce oficjalnie przystąpić do EPA jako organizacja partnerska. Dzięki temu nasi członkowie będą mieli dostęp do bezpłatnych webinarów i aktualnych publikacji. To szansa, by polscy lekarze mogli uczyć się od najlepszych i jednocześnie prezentować swoje osiągnięcia na arenie międzynarodowej.

Cyfryzacja protetyki to dziś jedno z gorętszych haseł w branży. Jak towarzystwo zamierza podejść do tego tematu?

Cyfryzacja to przyszłość, ale też codzienność, której nie da się już zatrzymać. Laboratoria techniki dentystrycznej w Polsce w większości pracują w technologiach CAD/CAM, natomiast wielu lekarzy wciąż obawia się, że cyfrowe narzędzia są zbyt skomplikowane albo kosztowne. Chcemy to odczarować. Naszym celem jest pokazanie, że protetyka cyfrowa nie zastępuje lekarza – ona go wspiera. Dzięki skanerom, oprogramowaniu i drukarkom 3D możemy działać szybciej, precyzyjniej i bardziej przewidywalnie. To ogromne wsparcie nie tylko dla lekarza, ale i dla pacjenta, który coraz częściej oczekuje leczenia na wysokim, także pod względem technologicznym, poziomie.



Jakie znaczenie w działalności towarzystwa ma dydaktyka?

Ogromne. Edukacja jest jednym z filarów naszego działania. Chcemy tworzyć programy szkoleń, które będą odpowiadały na realne potrzeby rynku. Musimy odchodzić od praktyk opartych na intuicji czy powtarzaniu schematów. Nauka daje nam dziś ogromne możliwości, a dzięki globalnej wymianie informacji możemy korzystać z doświadczeń ośrodków, które są o krok przed nami.

A pierwsze wydarzenie?

Mamy nadzieję już jako towarzystwo wziąć udział w kolejnych MSS w Serocku, a zaraz potem przenieść się do Poznania, gdzie 11–13 czerwca 2026 r. odbędzie się I Konferencja PTPS. W jej ramach planujemy warsztaty, wykłady i sesję naukową. Poprowadzą je doświadczeni klinicyści i topowi wykładowcy z kraju i zagranicy. Skupimy się na praktyce – od planowania leczenia, przez skanowanie i projektowanie cyfrowe, po komunikację z laboratorium. Chcemy, by uczestnicy mogli nie tylko posłuchać, ale i dotknąć, zobaczyć, spróbować.

Jak będzie można zostać członkiem towarzystwa?

To bardzo proste – wystarczy wypełnić formularz rejestracyjny, który zamieścimy na naszej stronie internetowej. Składka członkowska wynosi 100 zł rocznie. Chcieliśmy, by była symboliczna i nie stanowiła bariery finansowej. W zamian członkowie otrzymują dostęp do materiałów edukacyjnych, zniżki na konferencje i możliwość udziału w spotkaniach z ekspertami. Najważniejsze jednak jest to, że członkostwo daje poczucie przynależności do środowiska. Chcemy, żeby każdy, kto zajmuje się protetyką – niezależnie od miejsca pracy czy doświadczenia – czuł, że jest częścią większej wspólnoty.

Jakie znaczenie ma dla państwa współpraca zarówno z lokalnym samorządem, jak i z innymi izbami lekarskimi w Polsce?

Współpraca z samorządem lekarskim jest dla nas niezwykle istotna. Samorząd zrzesza wszystkich lekarzy, dzięki czemu możemy skutecznie docierać do szerokiej grupy specjalistów, co w przy-

padku działań edukacyjnych i integracyjnych jest kluczowe. Równie ważna jest otwartość członków i zarządów izb lekarskich, tak jak w przypadku Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, która od samego początku wspiera naszą inicjatywę. Bez współpracy z samorządem dotarcie do środowiska praktyków byłoby znacznie trudniejsze, a realizacja wielu projektów praktycznie niemożliwa. Samorząd lekarski to dla nas naturalny partner, łączy wszystkich lekarzy, niezależnie od specjalizacji.

Jak wyobraża sobie pani przyszłość polskiej protetyki za kilkanaście lat?

Jestem optymistką. Mamy w Polsce świetnych lekarzy, ambitnych młodych ludzi i coraz lepsze zaplecze technologiczne. Wierzę, że za piętnaście lat będziemy w pełni zintegrowani z euro-

pejskimi standardami – zarówno pod względem dydaktyki, jak i praktyki klinicznej.

Chciałabym, żeby protetyka w Polsce była synonimem jakości, rzetelności i profesjonalizmu. Żeby pacjenci wiedzieli, że trafiają w ręce specjalistów, którzy nie tylko leczą, ale też ciągle się uczą. Jeśli nasze towarzystwo pomoże to osiągnąć – będę miała poczucie, że wykonaliśmy ważny krok dla całego środowiska.

Czy ma pani osobiste marzenie związane z towarzystwem?

Tak. Chciałabym, żeby było miejscem, do którego ludzie chcą wracać. Nie tylko dla wiedzy, ale też dla atmosfery – otwartości, życzliwości i wzajemnego wsparcia. W końcu wszyscy pracujemy dla tego samego celu: zdrowia i uśmiechu naszych pacjentów. ●

XIX ŚWIĄTECZNY WIECZÓR IMPLANTOLOGICZNY
 Implantologia naprawcza i ratunkowa:
 Jak unikać powikłań i rozległych zabiegów

Współorganizator:
 Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie

6 grudnia 2025

Marriott Warsaw
 Presidential Hotel

ZAPAMIĘTAJ DATĘ !

więcej na **www.osis.org.pl**

Gdy problem nie leży w uśmiechu



ANNA PRAWDZIK

Zespół Młodych Lekarzy Dentystów
Komisji ds. Lekarzy Dentystów

Współczesny ideał wyglądu opiera się na standardach, które skazują cechy indywidualne na dostosowanie. Promowanie wizerunków twarzy wygładzonych przez filtry i retusz obejmuje również „uśmiech idealny”.

Publikowane w mediach społecznościowych zdjęcia stają się dziś elementem autoprezentacji, ale też budowania poczucia tożsamości. Zjawisko poszukiwania przez pacjentów poprawy samooceny, jak również potwierdzenia własnej wartości, coraz częściej przenosi się z gabinetów medycyny estetycznej do stomatologii.

Cielesne zaburzenie dysmorficzne (BDD – *body dysmorphic disorder*), wcześniej określane dysmorfofobią, to zaburzenie, w którym pacjent nadmiernie koncentruje się na niewielkim lub wyimaginowanym elemencie wyglądu zewnętrznego, postrzeganym jako źródło własnej nieatrakcyjności lub oszpeceń. Objawy, polegające np. na obsesyjnym układaniu fryzury czy dotykaniu obszaru stanowiącego przedmiot zaabsorbowania, charakteryzowane są jako natrętne i niepoddające się kontroli, trwają nawet kilka godzin w ciągu dnia. Najczęściej dotyczą obszaru twarzy i mają związek ze skórą, z włosami, nosem, ale również zębami – w tym ko-

lorem, kształtem, wielkością czy symetrią uśmiechu. Częstość występowania BDD określa się jako ok. 2 proc. w populacji ogólnej, nawet do 15 proc. wśród pacjentów klinik medycyny estetycznej.

Pierwsze objawy BDD mogą wystąpić u pacjentów w wieku kilkunastu lat, z nasileniem w późnym okresie nastoletnim, oraz u młodych dorosłych. W odróżnieniu od wizyt u lekarza medycyny estetycznej czy dermatologa, które mają charakter doraźny i celowy, kontakt z lekarzem dentystą jest rutynowy, powtarzalny i często inicjowany przez rodziców młodszych pacjentów. Dopełnieniem wywiadu i obserwacji ogólnej pacjenta jest badanie stomatologiczne zewnętrzne i wewnętrzne, obejmujące obszar nadmiernej uwagi pacjentów z BDD, co sprawia, że to właśnie lekarz dentysta może być pierwszym, który dostrzeże objawy tego zaburzenia.

Cielesne zaburzenie dysmorficzne często współwystępuje z obniżonym nastrojem i obniżoną samooceną. Towarzyszyć mu może lęk społeczny i uni-

kanie kontaktu wzrokowego. W wywiadzie może pojawić się informacja o wcześniejszej konsultacji psychologicznej lub psychiatrycznej, najczęściej z powodu depresji. Podczas badania stomatologicznego uwagę lekarza mogą zwrócić ślady nadmiernej dbałości o higienę jamy ustnej – abrazyjne uszkodzenia szkliwa, podrażnienia błony śluzowej, a także uszkodzenia mechaniczne zębów wynikające z prób samodzielnej ingerencji we własne uzębienie. W rozmowie pacjent może wskazywać na rzekome niedoskonałości zębów lub uśmiechu, których lekarz nie potwierdza w badaniu, a także wspominać o licznych wcześniejszych konsultacjach dotyczących tego samego problemu. Charakterystyczne może być również utrzymujące się niezadowolenie z efektów leczenia pomimo jego klinicznej poprawności oraz wielokrotne próby o drobne korekty natury estetycznej.

Oddzielnego zauważenia wymaga też fakt, że niezadowolenie z efektów leczenia, typowe dla pacjentów z BDD, może stanowić źródło potencjalnych roszczeń wobec lekarzy dentyków. W realiach, w których większość świadczeń stomatologicznych realizowana jest w sektorze prywatnym, znaczenie precyzyjnej komunikacji, dbałości o prowadzenie dokumentacji oraz dokładne omawianie ograniczeń terapii stają się szczególnie istotne.

Granica między zdrowiem fizycznym a psychicznym w gabinecie stomatologicznym coraz częściej okazuje się pozorna. To, co zaczyna się od troski o uśmiech, często dotyka głębszych warstw – tożsamości i relacji ze sobą oraz z otoczeniem. Lekarz dentysta, pracując z obszarem tak ściśle powiązanim z wizerunkiem, pośrednio uczestniczy w budowaniu pewności siebie i emocjonalnego dobrostanu pacjenta. Wieloletni kontakt z pacjentem podczas rutynowych wizyt daje unikalną możliwość zauważenia niepokojących zmian w zachowaniu, nastroju czy oczekiwaniach. Świadomość istnienia zaburzeń takich jak BDD oraz rozumienie ich przejawów pozwalają lekarzowi dentyście nie tylko w porę rozpoznać potrzebę konsultacji psychologicznej lub psychiatrycznej, ale też chronią zarówno pacjenta, jak i lekarza. ●

Ekstremalnie trudne zadanie



MAŁGORZATA SOLECKA
dziennikarka

Na początku października rozpoczęły się rozmowy resortów zdrowia i finansów na temat dodatkowych środków, jakie muszą trafić do Narodowego Funduszu Zdrowia, by ten mógł domknąć plan finansowy na 2025 r. Brakuje, wg szacunków samego Funduszu, 14 mld zł.

Była to jedna z kluczowych informacji, jakie usłyszeli dziennikarze podczas pierwszego spotkania z minister zdrowia Jolantą Sobierańską-Grendą. – *Najważniejszym priorytetem Ministerstwa Zdrowia jest i będzie zrównoważenie finansów systemu ochrony zdrowia* – powiedziała szefowa resortu. Zrównoważenie będzie zadaniem ekstremalnie trudnym: mimo już znacząco wyższej dotacji podmiotowej z budżetu (plan – 18 mld zł, do tej pory budżet przekazał ponad 27 mld zł) ciągle brakuje kilkunastu miliardów złotych, bez których NFZ nie będzie mógł m.in. rozliczyć się ze szpitalami za nadwykonania świadczeń nielimitowanych z pierwszego półrocza 2025 r. (chodzi przede wszystkim o trzeci kwartał). Co więcej, w największych oddziałach Funduszu – na Śląsku i Mazowszu – brakuje środków na umowy kontraktowe na czwarty kwartał.

Czy w napiętym budżecie państwa znajdują się środki, których brakuje Funduszowi? Minister finansów Andrzej Domański deklaruje, że dodatkowe pieniądze na zdrowie popłyną – choć nie wiadomo, w jakiej wysokości. Problemem jest jednak to, że przy obecnym

stanie prawnym nierównowaga finansowa będzie się tylko pogłębiać. Luka między szacowanymi kosztami sfinansowania świadczeń zdrowotnych na obecnym poziomie w 2026 r. a projektem planu finansowego (nie jest podpisany) na przyszły rok wynosi 23 mld zł. I, mówiąc kolokwialnie, jest to „najmniejszy wymiar kary”. Pieniądzy będzie potrzeba prawdopodobnie znacząco więcej. Chyba że...

Chyba że zostanie, na przykład, zmieniona ustawa o wynagrodzeniach minimalnych i – szerzej – przycięte zostaną koszty systemu. – *Nie zdajemy sobie sprawy z powagi sytuacji. Bez wprowadzenia zmian obecny system staje się niemożliwy do utrzymania i zbilansowania* – mówił podczas konferencji „Wizja zdrowia. Diagnoza i przyszłość” wiceprezes NFZ Jakub Szulc. – *Przy obecnym poziomie przychodów i kosztów zbilansowanie budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia jest niemożliwe* – mówił Jakub Szulc. – *Wszyscy powinniśmy wziąć odpowiedzialność. Przyczyny kryzysu są znane i dyskutowane przynajmniej od półtora roku.*

Trudno oprzeć się wrażeniu, że choć płatnik widzi problem po stronie przy-

chodowej, z przyczyn politycznych kładzie nacisk przede wszystkim na zmiany po stronie kosztowej. Bo znacząca rewolucja po stronie przychodowej – choć pożądana – wydaje się poza zasięgiem. Premier Donald Tusk w praktyce wyklucza jakiekolwiek rozmowy i decyzje dotyczące podniesienia składki zdrowotnej, można być pewnym, że dotyczy to nie tylko wysokości składki (9 proc.), jak i szczególnych rozwiązań dla konkretnych grup (problemem od lat jest wysokość składki zdrowotnej odprowadzanej choćby przez rolników). Ruchy zwiększające przychody z tzw. sin taxes (akcyza, opłata cukrowa) po pierwsze – nie wpłynęłyby w tak znaczący sposób na budżet Funduszu, po drugie – wątpliwa jest ich akceptacja przez rząd (zwłaszcza bliżej wyborów), a niemal pewne – zawetowanie przez prezydenta (Karol Nawrocki zresztą to już zapowiedział). Efekt? Nakłady na zdrowie w Polsce są na szarym końcu wśród krajów UE i blisko końca stawki OECD, mimo że z dużym zaścianiem szczytnie się wejściem do grona 20 największych gospodarek świata i chwalimy dynamicznym wzrostem gospodarczym. Ochrona zdrowia przegrywa w tej chwili nie tylko z transferami socjalnymi, ale przede wszystkim – co znacząco trudniej kwestionować – z wydatkami na obronność. I musi liczyć na zrozumienie ministra finansów, który jednak stawia ciężkie warunki.

Najważniejszym jest przeprowadzenie zmian w ustawie o wynagrodzeniach minimalnych pracowników ochrony zdrowia. Z tego, co w MZ usłyszeli dziennikarze, wynika, że rozmowy w ramach Zespołu Trójstronnego ds. Ochrony Zdrowia ruszą, gdy resorty zdrowia i finansów porozumieją się w kwestii finansów i zakresu zmian w ustawie. Wtedy resort zdrowia przedstawi uzgodnioną propozycję partnerom społecznym. Na stole leży m.in. propozycja (oczekiwane strony społecznej, jak mówiła wiceminister Katarzyna Kęcka, odpowiedzialna za dialog społeczny) wprowadzenia maksymalnego pułapu wynagrodzeń w publicznym systemie. To może być warunek uzyskania zgody związków zawodowych na jakiekolwiek zmiany w zasadach ustalania wynagrodzeń minimalnych.

Agenci AI umówią na szczepienie, zadzwonią po operacji, a nawet ją zaplanują



ARTUR OLESCH
dziennikarz

Sztuczna inteligencja od lat pomaga w analizie zdjęć diagnostycznych, a od niedawna w podejmowaniu decyzji klinicznych i tworzeniu EDM. Zawsze jednak to człowiek był „szefem”, a AI jedynie jego pomocnikiem. Te role się wkrótce zmienią, bo do medycyny wchodzi tzw. agenci AI podejmujący autonomiczne decyzje. Co to w praktyce oznacza dla lekarzy?

Agenci AI (ang.: *agent AI*) to systemy sztucznej inteligencji, które samodzielnie planują, podejmują decyzje i realizują działania, aby osiągnąć określony cel. W przeciwieństwie do klasycznych narzędzi sztucznej inteligencji i algorytmów, które działają na wyraźne polecenie czło-

wieka, agenci AI mają zdolność do samodzielnego wykonywania zadań. Różnica w stosunku do znanych rozwiązań AI polega na tym, że agent nie ma z góry napisanego scenariusza – musi go stworzyć samodzielnie, analizując dostępne informacje.

AGENCI AI OD ŻMUDNYCH ZADAŃ

W 2024 r. OpenAI – czyli twórca ChatGPT – zaprezentował, jak takie systemy będą działać. Otóż agent AI otrzymał polecenie zamówienia truszkówek z dostawą. System sam zadzwonił do sklepu, wynegocjował ceny i złożył zamówienie, posługując się naturalnym głosem, trudnym do odróżnienia od głosu człowieka. To nie wszystko: agent może szybko przeanalizować stronę internetową dostawcy, aby sprawdzić wszystkie opcje, porównać ceny i na koniec zapłacić za zakupy, o ile uzyska dostęp do karty kredytowej właściciela. W skrócie to taki wszytkowiedzący asystent o zdolnościach analizowania informacji, jakich nie ma człowiek.

Agenci AI to kolejny etap rozwoju tzw. dużych modeli językowych (Large Language Models, LLMs), z których możemy korzystać od końca 2022 r., kiedy swoją premierę miał ChatGPT. Technologia opiera się na tzw. dużych mo-

delach działań (Large Action Models, LAM), co pozwala im realizować zadania w świecie rzeczywistym, np.: wyszukiwać i zamawiać produkty w imieniu człowieka, umówić wizytę u fryzjera czy zorganizować podróż i zarezerwować bilety oraz hotel. „Agentyczna AI” otwiera zupełnie nowe pole możliwości w medycynie, potrafi koordynować złożone procesy opieki nad pacjentem, na które obecnie brakuje czasu i zasobów.

KOORDYNATORZY I ORGANIZATORZY OPIEKI ORAZ PRYWATNI DORADCY ZDROWIA

W medycynie agenci AI znajdują zastosowanie wszędzie tam, gdzie trzeba przeanalizować duże zbiory danych i organizować procesy. Prof. Stéphane Allasonnière z Uniwersytetu Paris Cité we Francji, ekspert od sztucznej inteligencji w medycynie, jest przekonana, że agentyczna AI wejdzie do medycyny już za rok-dwa lata. Sama technologia jest gotowa i już teraz może być stosowana do koordynacji przebiegu operacji chirurgicznych albo personalizacji opieki nad pacjentem. Jednak aby placówki medyczne mogły stosować agentów AI, muszą spełnić jeden podstawowy warunek: posiadać wysokiej jakości dane, bo to na ich podstawie agenci AI podej-

fot. licencja OIL w Warszawie





mują decyzje. Jeśli będą niekompletne i błędne, takie będą także działania agenta.

Najszybciej agenci AI znajdą zastosowanie w prostych zadaniach administracyjnych – będą umawiać wizyty, oddzwaniać do pacjentów, jeśli ich wizyta będzie musiała być przesunięta, albo przypominać o badaniach profilaktycznych. Prosty przykład: zbliża się sezon szczepień przeciw grypie. Agent AI wyselekcjonuje pacjentów z grup ryzyka, zadzwoni do każdego z nich, wyjaśni, dlaczego zalecane jest wykonanie szczepienia, odpowie na pytania, umówi termin zgodnie z preferencjami pacjenta i wyśle potwierdzenie mailem albo SMS. Żadna placówka nie ma na to czasu, a agent ma go nieskończenie dużo i może dzwonić do setek pacjentów jednocześnie.

Jednak możliwości tej technologii są o wiele większe niż tylko rola telefonistki. Wyszukani agenci AI mogą np. analizować dane pacjentów, proponować ścieżki diagnostyczne oraz sugerować terapie. Zwłaszcza w opiece nad osobami przewlekle chorymi, gdzie ogromnym wyzwaniem jest planowanie kolejnych konsultacji i badań w wielu ośrodkach, a więc koordynowanie ścieżki pacjenta. AI może również koordynować opiekę, umawiać wizyty u spe-

cjalistów, przypominać o nich pacjentowi, planować je w kalendarzu, a nawet zamówić takśówkę, aby pacjent mógł na czas dotrzeć do gabinetu lekarskiego.

W przyszłości każdy z nas będzie miał swojego asystenta AI od zdrowia, który przypomni o szczepieniu albo badaniu profilaktycznym i umówi go, dopasuje dietę do stylu życia i zrobi zdrowe zakupy albo ostrzeże o ryzyku związanym z chorobami przewlekłymi i zaproponuje odpowiednie kroki profilaktyczne.

„Agentyczna AI” może być odpowiedzią na braki kadrowe, obciążenia

administracyjne i rosnące koszty opieki zdrowotnej. Nic dziwnego, że według ekspertów presja na wprowadzenie agentów AI może być tak silna, że technologia wejdzie do szpitali jeszcze przed jej pełnym uregulowaniem. Zwłaszcza że będzie tania i coraz doskonalsza.

CZŁOWIEK ZAWSZE NA KOŃCU PĘTLI DECYZYJNEJ

Podobnie jak każdy nowy lek czy urządzenie medyczne, agenci AI wymagają rygorystycznej walidacji i certyfikacji, jeśli będą zaangażowani w czynności kliniczne. Ich działanie będzie musiało zostać najpierw sprawdzone w warunkach symulowanych, a dopiero potem w placówce zdrowia pod okiem informatyków i lekarzy. Dlatego o wiele szybciej można spodziewać się ich zastosowania w zadaniach organizacyjnych, gdzie takich wymagań nie ma, bo nie istnieje ryzyko dla zdrowia lub życia pacjenta – choć i tutaj granice są rozmyte, bo wspomniany bot umawiający szczepienia może halucynować i też wprowadzić w błąd. Pytań o to, kiedy agent AI jest już urządzeniem medycznym, a kiedy nie, będzie coraz więcej.

Co najważniejsze, agenci AI będą mogli funkcjonować wyłącznie pod nadzorem lekarza, a nie jako samodzielni AI lekarze. Jak wyraźnie podkreśla

prof. Stéphanie Allasonnière, przejmą oni niektóre czynności, ale i tak to człowiek będzie zatwierdzał ostateczną decyzję AI. Nawet jeśli agent AI będzie posiadał certyfikat, trudno spodziewać się, że będzie bezbłędny. W razie problemów personel medyczny – kierując się własnym doświadczeniem – skoryguje działanie maszyny.

Poważnym wyzwaniem pozostaje zaufanie. Lekarze muszą mieć możliwość kontroli działań agenta i rozumieć ich logikę. Jeśli będą systematycznie popełniali błędy, pracownicy ochrony zdrowia szybko stracą do nich zaufanie i odstawią na bok. Kolejną kwestią jest prywatność danych. Aby agenci mogli działać skutecznie, muszą mieć dostęp do e-kartotek pacjentów i systemów administracyjnych, takich jak kalendarze wizyt, a nawet systemów ubezpieczycieli, aby umożliwić automatyczną sprawozdawczość. Nie można też pominąć ryzyka tzw. halucynacji AI, czyli błędnych odpowiedzi generowanych przez system. Aby je ograniczyć, placówka zdrowia musi posiadać wysokiej jakości dane treningowe oraz wypracować nowe mechanizmy zabezpieczeń w procedurach podejmowania decyzji.

Agenci AI nie zastąpią klinicznego myślenia, ale zmienią sposób pracy lekarzy – część rutynowych czynności przejmą maszyny, a rolę lekarza będzie nadzór, krytyczna ocena i podejmowanie decyzji wymagających doświadczenia i empatii. To trudniejsze, niż się wydaje, bo wymaga nowych kompetencji i odpowiedniego szkolenia personelu oraz – co może okazać się najcięższe – zmiany przyzwyczajzeń.

Agenci AI to nowy rodzaj asystentów menedżerów, rejestratorek, lekarzy i pielęgniarek. Mogą pracować dzień i noc, nie męczą się, potrafią przeanalizować w mgnieniu oka dane, z którymi personel medyczny musiałby zapoznawać się tygodnie albo miesiące. Są w stanie przeczeszać najnowsze badania kliniczne i publikacje naukowe, dzwonić regularnie do pacjenta po operacji, pytając o samopoczucie, i umówić badania kontrolne. Każdy z agentów będzie miał jedną rolę i będzie można z nim rozmawiać tak, jak z człowiekiem. Dziś wydaje się to mało realne, ale za kilka lat stanie się normą w placówkach zdrowia. ●

Pilotaż centrów zdrowia



MAŁGORZATA SOLECKA
dziennikarka

Pilotaż centrów zdrowia psychicznego będzie przedłużony do końca 2026 r. Zostanie utrzymany model finansowania, choć jednocześnie będą wprowadzane wskaźniki jakościowe, które pozwolą – jak tłumaczą eksperci – w ewolucyjny sposób przygotować się już istniejącym centrom do nieco zmodyfikowanej formy rozliczeń z NFZ.

O tym, że pilotaż, który miał się zakończyć 31 grudnia 2025 r., jeszcze potrwa, poinformował na przełomie września i października wiceminister Tomasz Maciejewski. Kilkanaście dni wcześniej, w połowie września, środowiska związane z centrami zdrowia psychicznego podniosły alarm dotyczący zmniejszenia planowanych nakładów na psychiatrię w przyszłorocznym budżecie NFZ. – *Według zapowiedzi NFZ w 2026 r. finansowanie psychiatrii ma zostać obniżone o 1,2 mld zł* – usłyszeli dziennikarze podczas konferencji prasowej, zorganizowanej przez Ogólnopolskie Stowarzyszenie Centrów Zdrowia Psychicznego. – *To dramatyczna informacja, biorąc pod uwagę, że psychiatria w Polsce i tak jest skrajnie niedofinansowana. Jesteśmy poniżej średniej europejskiej, jeśli chodzi o nakłady na ochronę zdrowia. A teraz planowane są kolejne obniżki* – komentowała Julia Pankiewicz, rezydentka psychiatrii, wiceprze-

wodnicząca Regionu Mazowieckiego OZZL i członkini Porozumienia Rezydentów. Podczas konferencji poinformowano, że 9 października, w przeddzień Dnia Zdrowia Psychicznego, odbędzie się kolejny (po ubiegłorocznym, grudniowym) Nadzwyczajny Kongres Zdrowia Psychicznego, zorganizowany przez Ogólnopolskie Stowarzyszenie Centrów Zdrowia Psychicznego. Wspólnym mianownikiem obydwóch spotkań była obrona psychiatrii przed cięciami finansowymi i centrów zdrowia psychicznego przed takimi ingerencjami w zasady finansowania, które – według ekspertów – zagrażałyby istocie psychiatrii środowiskowej.

Choć Ministerstwo Zdrowia i NFZ od razu dementowały zamiar szukania oszczędności w psychiatrii, trudno nie zauważyć, że osoby zaangażowane w tworzenie reformy psychiatrii dorosłych miały – w momencie organizowania konferencji – prawo do obaw, które trudno uznać za bezzasadne. Prace ze-

społu powołanego przez minister Izabelę Leszczynę po grudniowym proteście w obronie centrów trwały w nieskończoność, zaś do końca pilotażu pozostawało coraz mniej czasu. Choć spekulacje, że prawdopodobnie będzie on musiał po raz kolejny zostać przedłużony, pojawiły się w momencie zmiany na stanowisku ministra zdrowia, od spekulacji do decyzji ministra droga daleka, a upływające tygodnie nie budowały poczucia bezpieczeństwa. Ani po stronie pacjentów, ani po stronie pracowników centrów (i szerzej, profesjonalistów medycznych pracujących w psychiatrii).

Ten poziom niepokoju ciągle jest wysoki. Choć od początku października kilka razy padły już niemal oficjalne zapowiedzi kontynuowania pilotażu na obecnych zasadach, a o tym, że pieniądze – 2,5 mld zł – na centra zdrowia psychicznego na pewno się znajdują, mówiła w czwartek z trybuny sejmowej wiceminister zdrowia Katarzyna Kacperczyk, która reprezentowała resort zdrowia w debacie nad budżetem na 2026 r. – i na samym Nadzwyczajnym Kongresie Zdrowia Psychicznego też nie brakowało informacji o kontynuacji pilotażu – nie zatrzymało to symbolicznego marszu protestacyjnego, który przeszedł ulicami stolicy.

Jedną z przyczyn niskiego poziomu optymizmu jest świadomość, że psychiatria nie jest i nie będzie „szczęśliwą wyspą”, a kryzys finansowy w ochronie zdrowia odbije się również na tym obszarze systemu. – *W przyszłym roku zabraknie nie 23 mld zł na zdrowie, ale aż 30 mld. To spowoduje, że Ministerstwo Zdrowia i NFZ będą szukały oszczędności. My się na to nie zgadzamy, ponieważ jeśli obniżymy standardy dostępności i jakości w ochronie zdrowia, które i tak są już niskie, to ludzie będą mieli ogromny problem z dostępem do opieki zdrowotnej* – mówiła Marcelina Zawisza, posłanka partii Razem. Mówiąc o prawdopodobieństwie wyższej niż oficjalnie podawana luki finansowej,

raczej się nie myli: 23 mld zł to szacunki NFZ, które na dziś nie uwzględniają kwot świadczeń zdrowotnych, jakich nie uda się sfinansować z tegorocznego planu.

Zawisza podkreślała, że pozytywne efekty działania CZP są widoczne gołym okiem. – *Ludzie rzeczywiście korzystają z tego, że mają dostęp do dobrej opieki psychiatrycznej blisko swojego miejsca zamieszkania. Będziemy zabiegać o to, żeby w ministerstwie, ale także w Sejmie, toczyły się prace nad zakończeniem pilotażu i nad tym, by ten model opieki został wdrożony jako standard dostępny w całej Polsce i miał zapewnione stałe finansowanie* – zapewniła Zawisza.

O problemach psychiatrii, w tym przyszłości CZP i całej reformy, również o wychodzeniu z pilotażu i implementacji CZP jako rozwiązania systemowego, rozmawiano przed Nadzwyczajnym Kongresem Zdrowia Psychicznego, podczas Kongresu „Wizja zdrowia. Diagnoza i przyszłość” (7 października, Warszawa). Jak mówił w czasie panelu poświęconego sytuacji w psychiatrii dr Tomasz Rowiński z Rady do spraw Zdrowia Psychicznego przy ministrze zdrowia, prace nad raportem z pilotażu po dziesięciu miesiącach dobiegły końca. – *Raport końcowy przedstawia status quo, jakie jest w tej chwili, jeżeli chodzi o centra zdrowia psychicznego. Zostały w nim ujęte też problemy, jakie zidentyfikowano w trakcie pilotażu. Przeanalizowaliśmy wiele raportów z biura pilotażu, a także z WHO.*

Wszystkie te rekomendacje uwzględniliśmy. Oprócz tego mieliśmy własne analizy, Narodowy Fundusz Zdrowia przedstawił też swoje. Raport został przegłosowany prawie jednomyślnie i wysłany do pani minister. Czekamy tylko na uzupełnienie go o pewne dane przez NFZ – stwierdził.

Raport trafił do Ministerstwa Zdrowia i jest w tej chwili analizowany. Eksperci rekomendują jego opublikowanie, ale decyzja w tej sprawie należy do resortu zdrowia. – *Dokument uwzględnia utrzymanie budżetu populacyjnego, ale z określoną liczbą wskaźników jakościowych, ilościowych, grupą pacjentów, która jest do zaopiekowania* – wyjaśnił dr Rowiński. – *Problemy, jakie napotkaliśmy podczas pracy nad tym dokumentem, to niekompletne dane. Nie widzimy w systemie na przykład wskaźników jakościowych, związanych choćby z tak zwaną przewlekłością choroby. Nie mamy takich danych, żeby dobrze oszacować budżet tego programu po wyjściu z pilotażu. To była podstawa do tego, żeby przedłużyć pilotaż, ale już od stycznia, i taka była też propozycja zespołu: wprowadzić konkretny pomiar wskaźników ilościowych, jakościowych, które mają być już później docelowo powiązane z finansowaniem centrów* – tłumaczył.

Raport zawiera także harmonogram koniecznych prac legislacyjnych i tego, co powinno się wydarzyć, aby wyjść z pilotażu w styczniu 2027 r. Zawiera również propozycję, żeby nadchodzący rok był czasem przygotowania

do wyjścia z pilotażu z symulacją sposobu finansowania, wskaźników, żeby każdy miał możliwość się do tego przygotować. – *Nasza rekomendacja była taka, żeby nie traktować tego jako ciągu dalszego pilotażu, tylko jako narzędzie transformacji systemu* – mówił. W ocenie dr. Rowińskiego zaproponowany model można wdrożyć w skali całego kraju. – *Mamy odpowiednie zasoby, mamy zdolności organizacyjne do jego wdrożenia w całej Polsce.*

– *O szczegółach raportu i zawartych w nim wnioskach nie mogę mówić, dlatego że nie zostało to zaakceptowane przez panią minister* – stwierdził Maciej Karaszewski, dyrektor Departamentu Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia, potwierdzając jedynie decyzję o przedłużeniu pilotażu oraz istotną kwestię wskaźników. – *Zapewne przyszły rok, choć tego nie mogę powiedzieć na 100 proc., pozostanie na obecnych zasadach finansowania pilotażu. Jeżeli pilotaż będzie przedłużany, to oczywiście pieniądze na jego sfinansowanie muszą się znaleźć.*

O teraźniejszości i przyszłości psychiatrii dorosłych mówił też prof. Piotr Gałęcki, konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii. – *Pilotaż właściwie przestał być pilotażem, bo w połowie Polski jest już faktem* – ocenił, podkreślając, że w tej chwili na czoło priorytetów wysuwa się usprawnienie ścieżki diagnostycznej w publicznym systemie. Bez tego gwarantowany szybki dostęp do pierwszej konsultacji trudno będzie uznać za realny sukces. ●

© Copyright by OIL w Warszawie. Wszelkie prawa do przedruku są zastrzeżone.



USŁUGI KSIĘGOWE



W ramach opłacanej składki **lekarze i lekarze dentyści mogą skorzystać z dofinansowania kompleksowych usług księgowych.**



Prowadź księgowość z OIL. Usługi księgowe dla lekarzy przedsiębiorców **za 150 zł/mies.** (pozostałą kwotę pokrywa izba).

Pełną ofertę znajdziecie na stronie internetowej.

Historia jednej rany kąsanej



HANNA ODZIEMSKA

lekarz, publicysta, zastępca rzecznika
odpowiedzialności zawodowej OIL
w Warszawie

Elżbieta jest emerytowaną samotną lekarką, której jedynym towarzyszem życia jest pies. Praktykuje jeszcze, ale niewiele, bo – jak mówi – musi wreszcie trochę poczuć życie, którego nigdy nie zaznała, poświęcając się całkowicie pasji zawodowej.

– Jedna specjalizacja, druga specjalizacja, trzecia... – wymienia swoje kamienie milowe.

Nie wyszła za mąż, bo nie było czasu na relacje romantyczne, krótkie związki szybko się rozpadały, bo ona ciągle była w szpitalu lub w poradni, nie miała czasu dla partnera, nie urodziła dzieci.

– Przejście na emeryturę było jak obudzenie się z matrixu – śmieje się Elżbieta. – Owszem, nadal pracuję kilka godzin w tygodniu, bo nie wyobrażam sobie życia bez tego, tyle że teraz jest to dodatek do życia, no i do emerytury oczywiście. Kupiłam psa, bo chciałam mieć przyjaciela, podopiecznego, no i także dla zdrowia, bo pies zapewnia konieczność codziennego ruchu, robimy po 20 tys. kroków dziennie. Mam świetne ciśnienie krwi, znakomity lipidogram, prawidłową wagę ciała i nie biorę żadnych leków. Żyć nie umierać.

– A co się stało w tym twoim idealnym życiu? Prosiłaś o rozmowę w tej sprawie.

– Pierwsza część trylogii: pogryzienie. To miał być ostatni tego dnia, krótki, toaletowy spacer z moim psem. Takie 20 min przed snem. Wyszliśmy z domu ok. godz. 22. Po kilku minutach, w drodze do naszego ulubionego parku, wydarzyło się coś, czego do dziś nie rozumiem. Na trawniku, ok. 2 m od chodnika, którym szłam, stał wysoki mężczyzna, również z psem. Chciałam ich minąć, ale ten pies nagle podbiegł do mojego, rzucił się na niego, zaczęło się szczekanie i próby gryzienia z obu stron. Mój pies to fajtlapowaty golden retriever, ale jak jest atakowany, to potrafi bronić się dzielnie. Takie sytuacje, kiedy psy się nawzajem atakują, to właściwie codzienność i do tej pory nigdy nie było zdarzenia, żeby reakcja była inna niż odciągnięcie przez właścicieli psów i oddalenie się w przeciwną stronę. Teraz stało się inaczej, pies z trawnika był masywny, typu amstaff lub pitbull, jego właściciel trzymał w ręku długą smycz, którą jego pies miał przypiętą do szeleka, ale nie reagował, patrzył spokojnie, jak sama próbuję odciągnąć mojego psa. To nie mogło się udać, kiedy jego pies ciągle napierał, niepowstrzymywany. Poprosiłam mężczyznę, aby zabrał swojego psa, po dłuższej chwili to zrobił. Chciałam przejść na przeciwną stronę ulicy, ale wtedy pitbull wyrwał się swojemu panu i znowu zaatakował mojego psa. Ponownie zaczęłam odciągać mojego psa oraz prosić, a potem żądać, aby mężczyzna zabrał swojego. Tymczasem on stał nieruchomo jakieś 2 m ode mnie i gryzących się psów i tylko patrzył na moje rozpaczliwe próby rozdzielenia walczących czworonogów. W pewnym momencie poczułam, jak na mojej łyce zaciskają się zęby amstaffa czy pitbulla. I tu dygresja: tak, poczułam ugryzienie, ale nie ból. Nawet wtedy mnie to zdziwiło, teraz tym bardziej jestem zdumiona, jak mózg ludzki potrafi obsługiwać sytuacje kryzysowe, regulując czy też blokując odbiór pewnych bodźców. Pewnie neuro nauki mają więcej do powiedzenia w tej sprawie. Po ugryzieniu krzyknęłam, bardziej ze strachu niż z bólu, a następnie zażądałam, żeby mężczyzna natychmiast zabrał psa. Po tem upadłam, nadal trzymając mojego

psa na smyczy blisko siebie i myśląc tylko o tym, że za chwilę amstaff przegryzie mi tętnicę szyjną albo zmasakruje twarz. Tak musiał się czuć ten biedny afroamerykański niewolnik w filmie „Django”, którego postać grana przez Leonardo DiCaprio kazała rozszarpać swoim psem na oczach biernych świadków. Po chwili zobaczyłam jednak obok siebie kilka młodych kobiet, które przybiegły z pobliskiej kamienicy, oraz mężczyznę, który akurat przechodził ulicą. Dopiero pod wpływem ich nacisków mężczyzna odciągnął swojego psa, który od razu przestał szczekać i atakować i usiadł spokojnie przy swoim panu. Okazało się, że jedna z kobiet była lekarką – obejrzała i opatrzyła moją ranę, zaś pozostałe dziewczyny zaopiekowały się moim psem. Otoczyły nas, odgradzając od agresywnego czworonoga i jego nieodpowiedzialnego pana. Gdy byłam już bezpieczna, zapytałam właściciela, czy pies ma aktualne szczepienie przeciw wściekliznie. Pan spokojnie odpowiedział, że tak, poprosiłam więc, aby przyniósł książeczkę szczepień. Wtedy mężczyzna zaczął kręcić, twierdząc, że nie wie, gdzie jest książeczka, bo właściwie pies nie jest jego, tylko koleżanki, i ona dopiero będzie musiała jej poszukać, ale to nie dzisiaj, i jeszcze dodał, że nie poda jej danych. Przyparty do muru przez mojego anioła – młodą panią doktor – podał swoje imię i nazwisko oraz numer telefonu, ale nie adres zamieszkania. Pani doktor prosiła go jeszcze o PESEL, ale powiedział, że nie pamięta, więc wtrąciłam się i poprosiłam o datę urodzenia, którą podał. Młoda pani doktor, która przejęła dowodzenie w akcji, skrzętnie odnotowała wszystkie dane na moim telefonie, w tym także kontakty do świadków, łącznie z nią samą. Powiedziałam, że wzywam policję, aby ustalić tożsamość właścicielki psa i pozyskać książeczkę, oraz że pan powinien zostać na miejscu do jej przyjazdu. Po wezwaniu policji mężczyzna oświadczył, że nie będzie czekał 40 min, tylko idzie z psem do domu. Zaczęłam już odczuwać rozpierający ból pogryzionej łydki, ale znalazłam w sobie siłę, żeby wstać i zrobić mu kilka zdjęć z tym psem. Inni świadkowie też robili zdjęcia, ale ostatecznie te moje okazały się najbardziej czytelne. Przywołując

znów analogię filmową, tak musiał się czuć John Rambo, kiedy podczas tortur i pomimo bólu nadal zarządzał sytuacją. Policja przyjechała, zebrała ode mnie wywiad i założyła nieobecnemu już mężczyźnie sprawę o wykroczenie.

– Trafiłaś na SOR?

– Część druga trylogii: szpital. Zadzwoeniłam do brata, który szybko przyjechał, zaopiekował się psem i zorganizował dla mnie transport do szpitala. Nie pojechałam na SOR, tylko na izbę przyjęć szpitala zakaźnego, bo nie używałam książeczki szczepień psa i bałam się, że może mieć co najmniej nieaktualne szczepienie przeciw wściekliznie. Młoda pani doktor też była zdania, że trzeba zadbać przede wszystkim o szczepienia poekspozycyjne. Przy wejściu na izbę przyjęć był dzwonek i ogłoszenie: dzwonić tylko raz i czekać cierpliwie. Zadzwoeniłam. Po dłuższej chwili kobieta w kolorowym mundurku uchyliła drzwi i zapytała, po co przyszedłam. Staralam się być zwięzła i konkretna, ja przecież też dyżurowałam, wiem, jak jest po tamtej stronie. Kobieta kazała mi czekać. Stałam dłuższą chwilę przed drzwiami, czując, jak ból pokąsanego podudzia narasta. Wreszcie kobieta wróciła i wprowadziła mnie do przedsionka, gdzie druga, w mundurku innego koloru, znowu spytała, po co przyszedłam. I znowu filmowe skojarzenie – z wilkiem przebranym za babcię w pierwszej części „Shreka”, który na każde wejście innej osoby reaguje opryskliwym: *czego?* Znowu zwięzłe powiedziałam, o co chodzi. *I po to pani przychodzi o tej porze do szpitala? Rano do poradni mogła pani przyjść!* Spojrzałam na telefon: ta pora to było 10 min po północy. Wewnętrzne dziecko skuliło się we mnie i omal nie powiedziałam: *to może ja już sobie pójść...*, ale pani właśnie założyła mi ciśnieniomierz i pulsoksymetr, po czym kazała dużo podpisywać, najpierw papierowo, potem elektronicznie. Następnie umieszczono mnie w izolatce i kazano czekać na lekarza. Poczucie winy skutecznie zostało we mnie zaimplementowane, pomyślałam, że jak przyjdzie lekarz, to przeproszę i powiem, że rezygnuję z konsultacji. Jednak nie czekałam długo, a lekarz okazał się miły i nie czynił mi wyrzutów, że przyszedłam. Dostałam

szczepienie poekspozycyjne przeciw tężcowi i wściekliznie oraz zalecenia. Wypis był tak błyskawiczny, że w domu byłam chwilę po drugiej w nocy. Z poczuciem bycia intruzem systemu, pomimo wyuczonych jeszcze na studiach zaleceń, że po pokąsaniu trzeba się zgłosić jak najszybciej po pomoc medyczną.

– Aż się boję trzeciej części...

– Trzecia część trylogii: wymiar sprawiedliwości. Następnego dnia po zdarzeniu, zgodnie z rekomendacją zespołu policji, który założył sprawę, poszłam do komendy rejonowej złożyć zeznanie. Miły policjant kazał czekać. Nie było gdzie usiąść, noga rwała niemiłosiernie, podobnie jak ramię, w które dostałam anatoksynę tężcową. W końcu zeznanie, na szczęście na siedząco, bo trwało prawie 3 godziny. Trochę jak egzamin, na który nie miałam szans się przygotować, bo nikt mi nie dał giędy pytań. *A gdzie dokładnie to było? A przy jakim numerze budynku? A czy jest tam monitoring? A jakiej rasy był ten pies? A dlaczego pani uważa, że ten pan zachowywał się dziwnie?* Wewnętrzne dziecko znów mnie prosiło, żeby już iść do domu. Jednak mniej więcej po godzinie aspirant przestał być surowym egzaminatorem, a okazał się empatycznym człowiekiem, więc choć czynności trwały długo, to jednak w końcu poczułam, że ktoś mnie słucha i kogoś to obchodzi. Nawet poradził mi, żebym zbierała faktury za wszystkie koszty leczenia związane z pogryzieniem, to może będzie mógł postawić nieodpowiedzialnemu panu zarzuty z kodeksu karnego, a nie kodeksu wykroczeń. Jak mówi mój znajomy prawnik: z sądownictwem w Polsce bywa różnie, ale policję i prokuraturę mamy naprawdę dobrą. To jego zdanie, nie moje, bo ja nie miałam dotąd żadnych doświadczeń z wymiarem sprawiedliwości.

– Czego teraz oczekujesz?

– Przede wszystkim powrotu do zdrowia. Ale też bezpieczeństwa. Żeby mogła spokojnie wyjść z psem na spacer, nawet w nocy. Żeby mężczyzna od agresywnego psa umiał nad nim zapanować, a pies już nigdy nikogo nie skrzywdził. I żeby personel medyczny nie był systemowo sfrustrowany, bo pacjent to czuje. ●

Sytuacja w ochronie zdrowia na Słowacji



DOMINIK HÉJJ

politolog,
autor książki „Węgry na nowo”

Po wizycie w Republice Czeskiej, którą wspólnie odbyliśmy na kilka chwil przed wyborami parlamentarnymi, czas na Słowację. Chociaż od „aksamitnego rozvodu”, to jest rozpadu Czechosłowacji, minęły blisko 33 lata, wielokrotnie w słowackiej debacie publicznej przewija się wątek pragnienia życia jak w Czechach. Nie jest przypadkiem, że do 2022 r. najliczniejszą grupą etniczną wśród personelu pracującego w Czechach byli Słowacy.

W 2023 r. Słowacja przeznaczyła na ochronę zdrowia równowartość 5,81 proc. PKB – wynika z danych serwisu CountryEconomy. To mniej niż rok wcześniej (spadek o 0,34 pkt proc.) i zarazem poniżej średniej unijnej. Rok 2024 przyniósł jednak zauważalną zmianę – udział wydatków zdrowotnych w PKB wzrósł do niemal 6,8 proc. To spory skok, ale mimo wszystko Słowacja nadal pozostaje poniżej średnich poziomów notowanych zarówno w krajach Unii Europejskiej, jak i Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD). Warto jednak zauważyć szerszy trend: między latami 2020 a 2024 wydatki na ochronę zdrowia wzrosły łącznie o ok. 66 proc. To pokazuje, że choć punkt wyjścia był niski, Słowacja próbuje nadganiać dystans dzielący ją od bardziej rozwiniętych systemów ochrony zdrowia.

System finansowania opieki zdrowotnej jest podobny do tego, który funkcjonuje w Czechach. Sumaryczna wartość składki zdrowotnej wynosi 15 proc., a więc 1,5 pkt proc. więcej niż w sąsiednich Czechach, które są dla Słowaków jakimś punktem odniesienia. Na składkę zdrowotną składają się pracownik (4 proc. od podstawy wynagrodzenia) i pracodawca (11 proc. od podstawy wynagrodzenia). Co istotne, na Słowacji nie ma górnego limitu składki zdrowotnej. W przypadku osób samozatrudnionych system działa nieco inaczej. Podstawę do naliczenia składki wylicza się poprzez wyznaczenie 50 proc. podstawy minimalnego wynagrodzenia sprzed dwóch lat. Tak więc w 2025 r. jest to 715 euro miesięcznie. Od tej kwoty samozatrudniony zapłaci 15 proc. Oznacza to, że w bieżącym roku wysokość minimalna składki wynosi 107,25 euro, ok. 456,45 zł.

Podobnie jak w Czechach, również na Słowacji system ubezpieczeń zdrowotnych oparty jest na konkurencji kilku podmiotów. Każdy ubezpieczony ma prawo wyboru swojego ubezpieczyciela spośród trzech działających na rynku firm. Choć z zewnątrz może to wyglądać na system prywatny, w rzeczywistości największym graczem pozostaje państwo. Liderem rynku jest Všeobecná zdravotná poisťovňa (VšZP) – w tłumaczeniu Powszechny Zakład Ubezpieczeń Zdrowotnych. Z usług tej państwowej instytucji korzysta ponad 2,7 mln osób, co daje jej ponad 50 proc. udziału w rynku. Na drugim miejscu znajduje się Dôvera zdravotná poisťovňa, w wolnym tłumaczeniu Zaufanie – Zakład Ubezpieczeń Zdrowotnych. Ten prywatny ubezpieczyciel obsługuje ok. 1,7 mln klientów. Stawkę zamyka Union zdravotná poisťovňa, często określana jako Słowacka Prywatna Kasa Chorych, z bazą ok. 670 tys. ubezpieczonych. Choć VšZP jest dominującym graczem, konkurencja między kasami zdrowia daje obywatelom przynajmniej częściową możliwość wyboru – także pod względem dostępności usług, programów profilaktycznych czy obsługi klienta.

Według danych OECD z 2023 r. na Słowacji na 1000 mieszkańców przypada zaledwie 3,67 lekarza i 5,74 pielęgniarki. To wynik wyraźnie poniżej średniej unijnej, która wynosi 4,1 lekarza i 8,5 pielęgniarki na 1000 osób. Statystyki te nie są jedynie liczbami – stoją za nimi realne problemy kadrowe, które przekładają się na jakość i dostępność opieki zdrowotnej.

Z danych Międzynarodowego Stowarzyszenia Lekarzy i Pracowników Ochrony Zdrowia na Słowacji (MALnS) wynika, że w systemie brakuje ok. 16 tys. pielęgniarek, a także setek lekarzy ogólnych



foto: licencja OLL w Warszawie

i pediatrów. Mimo rosnących potrzeb napływ specjalistów z zagranicy jest bardzo ograniczony. W 2023 r. w słowackiej ochronie zdrowia pracowało tylko 1,2 tys. zagranicznych lekarzy (dla porównania: w Czechach 3,6 tys., w Polsce – 4 tys.). Jeśli chodzi o pielęgniarki, spośród 32 tys. zatrudnionych cudzoziemki stanowią zaledwie 0,62 proc., czyli nieco ponad 200 osób. Jedną z przyczyn? Proces uzyskania prawa wykonywania zawodu na Słowacji jest skomplikowany, kosztowny i odstrasza. Legalizacja dokumentów, nostryfikacja dyplomu (koszt 140 euro), do tego wysokie opłaty egzaminacyjne. Paradoksalnie Słowacja kształci wielu zagranicznych studentów kierunków medycznych – stanowią oni aż 40 proc. wszystkich studentów medycyny. Problem w tym, że większość z nich opuszcza kraj tuż po ukończeniu studiów, nie widząc dla siebie miejsca w słowackim systemie ochrony zdrowia. Najczęstszymi kierunkami emigracji są Czechy, w których pracuje już ok. 2,4 tys. słowackich lekarzy i pielęgniarek. Kolejne kierunki to Niemcy (ok. 1,2 tys. osób), Wielka Brytania (ok. 600) i Austria (300–350) – wynika z raportu European Association of Senior Hospital Physicians.

Słowacja w ramach środków z Krajowego Planu Odbudowy uzyskała 6,4 mld euro. Z tej kwoty ok. 1,45 mld euro ma zostać przeznaczona bezpośrednio na ochronę zdrowia. To największy tego typu zastrzyk finansowy od lat. Fundusze mają posłużyć nie tylko do unowocześnienia infrastruktury, ale też poprawy dostępności usług medycznych, rozwoju opieki długoterminowej oraz psychiatrycznej. Z KPO sfinansowana zostanie budowa czterech nowoczesnych szpitali uniwersyteckich – mają powstać do 2030 r. w Bratysławie, Bańskiej By-

strzycy, Martinie. Planowana jest też budowa wojskowego szpitala w Preszowie.

Na Słowacji interesy lekarzy reprezentuje kilka organizacji, z których najważniejszą i najbardziej wpływową jest Lekárske odborové združenie (LOZ) – Lekarskie Zrzeszenie Związkowe, działające od 1996 r. To właśnie LOZ najczęściej zasiada po stronie pracowników w negocjacjach z rządem, odgrywając kluczową rolę w sporach zbiorowych i rozmowach o wynagrodzeniach. Inną znaczącą strukturą jest Slovenský odborový zväz zdravotníctva a sociálnych služieb – Słowacki Związek Zawodowy Pracowników Służby Zdrowia i Usług Społecznych, który według danych z 2025 r. zrzesza 17 tys. pracowników sektora ochrony zdrowia i opieki społecznej. Trzecim graczem, choć bardziej wyspecjalizowanym, jest SLÚŠ – Slovenská lekárska únia špecialistov, czyli Słowacka Lekarska Unia Specjalistów. Skupia ona głównie lekarzy prowadzących prywatne praktyki specjalistyczne. Wśród pielęgniarek i położnych największą organizacją reprezentującą środowisko zawodowe jest Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek (SKSaPA) – czyli Zawodowa Izba Pielęgniarek i Położnych. Powołana do życia w 2002 r. izba prowadzi działalność zarówno reprezentacyjną, jak i edukacyjną – organizując konferencje, szkolenia oraz biorąc udział w negocjacjach z władzami. Według danych z 2022 r. zrzesza 38 tys. członków.

Największy kryzys w ostatnim czasie wydarzył się jesienią 2024 r. Rząd złamał wówczas obietnicę z 2022 r. i zamiast 10 proc. podwyżki zadeklarował akcję awansową na poziomie 3 proc., co stanowiło jawne pogwałcenie porozumienia podpisanego pomiędzy stroną społeczną a premierem Eduardem He-

gerem. Działania rządu wpisywały się w szerszy plan reformy finansów publicznych – z naciskiem na ograniczenie zadłużenia państwa. Jednym z obszarów, w których szukano oszczędności, była właśnie ochrona zdrowia. Zidentyfikowano tam potencjalne 260 mln euro cięć. To tylko pogłębiło napięcia. W rezultacie blisko 3 tys. lekarzy z 34 szpitali złożyło wypowiedzenia. Rządząca większość odpowiedziała kontrowersyjną ustawą, która zakładała, że odstąpienie od obowiązków służbowych może skutkować nawet rokiem więzienia oraz pozbawieniem prawa wykonywania zawodu. Nowe przepisy umożliwiały też wprowadzenie lokalnego stanu nadzwyczajnego, co automatycznie wstrzymywałoby bieg wypowiedzeń. Do eskalacji jednak nie doszło, tuż przed świętami Bożego Narodzenia podpisano nowe porozumienie.

Nowe memorandum dotyczyło szeregu zmian, które udało się w kolejnych miesiącach wdrożyć (po uchwaleniu odpowiednich ustaw). Tak więc od marca 2025 r. lekarze w szpitalach otrzymali podwyżkę w wysokości 9,66 proc., a w 2026 r. otrzymają kolejne 6,44 proc. Jednakże akcja podwyżkowa nie dotyczy lekarzy pracujących na część etatu w kilku placówkach. W państwowych szpitalach (pierwotnie przepis dotyczyć miał wszystkich placówek) skrócono tygodniowy czas pracy do 37,5 godz. Poza podwyżkami najważniejszą zmianą dotyczyła usunięcia kar za odstąpienie od wykonywania pracy w stanach nadzwyczajnych. Zmiany przewidywały także podwyżki dla pielęgniarek, ratowników medycznych, psychologów, techników radiologii i innych pracowników medycznych. Pomimo zażegnania konfliktu relacje pomiędzy medykami a rządzącymi pozostają napięte. ●

Nowe regulacje w ochronie zdrowia



FILIP NIEMCZYK
adwokat

Jesień przynosi kilka istotnych zmian w obszarze ochrony zdrowia – zarówno w zakresie dostępu obywateli Ukrainy do świadczeń finansowanych ze środków publicznych, jak i w organizacji krajowego systemu opieki zdrowotnej oraz ochronie danych medycznych. Prezes UODO zwrócił uwagę na konieczność dostosowania krajowych regulacji dotyczących dokumentacji medycznej i jawności rejestrów do europejskich standardów ochrony danych osobowych.

ZMIANY W DOSTĘPIE OBYWATELI UKRAINY DO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Ustawa o zmianie niektórych ustaw w celu weryfikacji prawa do świadczeń na rzecz rodziny dla cudzoziemców oraz o warunkach pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa weszła w życie 30 września 2025 r.

Regulacja wprowadza istotne zmiany w dostępie do świadczeń zdrowotnych dla obywateli Ukrainy, którzy nie są ubezpieczeni w Polsce, ale na mocy nowelizowanej ustawy przybyli do Polski legalnie po wybuchu wojny i mają m.in. prawo do korzystania ze świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Wbrew oczekiwaniom samorządu lekarskiego ustawa nie wprowadza istotnych zmian w zakresie warunkowych trybów wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry.

Zgodnie z omawianą nowelizacją obywatelom Ukrainy powyżej 18. roku życia, o których mowa w regulacji, od 30 września 2025 r. nie przysługuje prawo do leczenia finansowanego ze środków publicznych – uzdrowskiego i rehabilitacji uzdrowskiej, podania produktów leczniczych wydawanych pacjentom w ramach programów polityki zdrowotnej, programów zdrowotnych, rehabilitacji leczniczej, leczenia stomatologicznego, programów lekowych, ratunkowego dostępu do techno-

logii lekowych, świadczeń opieki zdrowotnej polegających na przeszczepianiu lub zastosowaniu u ludzi komórek, w tym komórek krwiotwórczych szpiku, krwi obwodowej oraz krwi pępowinowej, tkanek i narządów, zabiegów endoprotezoplastyki i usunięcia zębów, leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę, objętych refundacją, zaopatrzenia w wyroby medyczne.

Dzieci poniżej 18. roku życia będą miały prawo do świadczeń w dotychczasowym zakresie, z wyjątkiem leczenia uzdrowskiego i rehabilitacji uzdrowskiej, oraz podania produktów leczniczych wydawanych pacjentom w ramach programów polityki zdrowotnej. Analogiczne uprawnienie będzie dotyczyć osób, wobec których udzielanie konkretnych świadczeń rozpoczęło się przed 30 września 2025 r., którym będzie przysługiwać prawo do nich aż do zakończenia leczenia.

Dodatkowo zmiany dotyczą wystawiania recept z refundacją, ponieważ od 30 września 2025 r. dla obywateli Ukrainy powyżej 18. roku życia, których obejmują przepisy omawianej ustawy, recepty powinny być wystawiane ze 100-proc. odpłatnością.

Ustawa ta wprowadza też pewne zmiany w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry, które mają na celu uszczelnienie systemu uproszczonego, umożliwiającego wykonywanie zawodu lekarza i lekarza dentystry przez osoby, które uzyskały kwalifikacje poza Unią Europejską. Polegają one m.in. na wprowadzeniu możliwości uznania czasu wykonywania zawodu na terytorium

Rzeczypospolitej Polskiej w ramach trybu uproszczonego za równoważny z odbyciem stażu podyplomowego, jeżeli wymagany czas dwóch lat wykonywania zawodu odbywał się w terminie czterech lat bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku w tym zakresie. Lekarze i lekarze dentyści, którzy uzyskali zgodę na wykonywanie zawodu na określony zakres czynności zawodowych, okres i miejsce zatrudnienia lub na warunkowe wykonywanie zawodu, będą obowiązani do wystąpienia o prawo wykonywania zawodu w terminie sześciu miesięcy od dnia wydania decyzji zawierającej zgodę.

Nadto zobowiązano lekarzy, którzy uzyskali zgodę na wykonywanie zawodu w ramach omawianej procedury, do informowania ministra właściwego do spraw zdrowia o zmianie danych osobowych oraz adresu do korespondencji. Naczelna Rada Lekarska została zobowiązana do niezwłocznego informowania ministra o wszelkich znanych jej rozstrzygnięciach, w tym rozstrzygnięciach sądów administracyjnych, zapadłych w ramach postępowania w sprawie przyznania prawa wykonywania zawodu lekarza albo lekarza dentysty.

Tymczasem Naczelna Rada Lekarska w stanowisku z 19 września 2025 r. wskazała, że przyjęte regulacje są niezgodne z postulatem samorządu lekarskiego dotyczącym zniesienia uproszczonych trybów nabywania uprawnień do wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty. Podkreślono, że uproszczone zasady dostępu nie zapewniają właściwej weryfikacji kwalifikacji osób, które ubiegają się w Polsce o uprawnienia zawodowe. Kwestionowane przepisy stworzyły również możliwość udzielania w Polsce lekarskich świadczeń zdrowotnych przez osoby, które nie są członkami samorządu lekarskiego, co oznacza, że nie podlegają normom Kodeksu Etyki Lekarskiej, a za swoje czyny nie ponoszą odpowiedzialności przed sądem lekarskim.

ZMIANY W ORGANIZACJI SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA

19 września 2025 r. weszła w życie ustawa o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz

ustawy o działalności leczniczej, której założeniem jest porządkowanie szeregu istotnych elementów systemu ochrony zdrowia.

Ministerstwo Zdrowia określiło cele ustawy na kilku płaszczyznach. W pierwszej kolejności zadaniem regulacji jest uszczelnienie systemu ubezpieczenia zdrowotnego w stosunku do osób w sytuacjach transgranicznych związanych ze stosowaniem unijnych przepisów oraz zapobieżenie występowania tzw. luk prawnych w zakresie uregulowań prawnych dotyczących pobierania składek na ubezpieczenie zdrowotne z emerytur i rent transferowanych na rachunki bankowe z innych państw członkowskich Unii Europejskiej.

Celem ustawy jest również zapewnienie finansowania przez NFZ świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w ogólnodostępnych podmiotach leczniczych osobom umieszczonym w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym w Gostyninie, których sytuacja podlegała monitorowaniu m.in. przez rzecznika praw obywatelskich.

Ustawa zakłada również optymalizację procesu obsługi rocznego rozliczenia składki zdrowotnej, co ma pozwolić na wyeliminowanie nieracjonalnych kosztów po stronie ZUS, które przewyższają kwotę zwrotu.

Ustawa obejmuje ponadto przepisy dotyczące powoływania ośrodków eksperckich chorób rzadkich, których zadaniem będzie zapewnienie pacjentom z określoną chorobą rzadką lub grupą chorób rzadkich dostępu do nowoczesnej diagnostyki oraz wysokospecjalistycznej, koordynowanej opieki medycznej. W celu usprawnienia wydawania decyzji potwierdzającej prawo do świadczeń opieki zdrowotnej ustawa przewiduje rozwiązania umożliwiające wystawianie takich decyzji również przez upoważnionych pracowników ośrodka pomocy społecznej, a w przypadku wydawania tych decyzji dla osób bezdomnych, aby właściwość miejscowa gminy była ustalana według ostatniego miejsca zameldowania tej osoby na pobyt stały.

Nadto ustawa wprowadza zmiany w ustawie o medycynie laboratoryjnej poprzez określenie wymogu standardów jakości obejmujących prowadzenie

przez laboratorium stałej wewnętrznej kontroli jakości badań laboratoryjnych, zgodnie z opartą na dowodach naukowych wiedzą, z wykorzystaniem nowoczesnych narzędzi kontrolnych dla wszystkich rodzajów badań wykonywanych w laboratorium.

PREZES UODO W SPRAWIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ ORAZ DANYCH Z RPWDL

Dwa istotne wystąpienia dotyczące danych osobowych oraz dokumentacji medycznej przedstawił we wrześniu 2025 r. prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

W pierwszym wskazał na konieczność uwzględnienia w prawie krajowym rozwiązań europejskich dla ochrony danych osobowych dotyczących udostępniania dokumentacji medycznej w celach naukowych. Prezes UODO podkreślił, że anonimizacja danych medycznych musi być przeprowadzona w sposób zapewniający nieodwracalność tego procesu i jego realizację z poszanowaniem zasady poufności i integralności. W toku rozwoju nauk medycznych powstała potrzeba pozyskiwania danych z dokumentacji medycznej do wykorzystania w celach naukowych w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta po stronie odbiorcy danych, ale w postaci spseudonimizowanej, tj. zaszyfrowania danych. Polski ustawodawca nie przewidział jednak adekwatnych regulacji dotyczących pseudonimizacji, umożliwił jedynie anonimizację w trakcie udostępniania dokumentacji medycznej w celach naukowych.

W drugim wystąpieniu prezes UODO wskazał na potrzebę wprowadzenia regulacji ograniczającej powszechny dostęp do danych osobowych z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Jednym z rozwiązań mogłoby być wprowadzenie fakultatywności po stronie osób, których wpis dotyczy, co do zamieszczania danych adresowych, innym możliwość całkowitego odstąpienia od powszechnej jawności danych adresowych i kontaktowych. ●

* Źródła podane są na stronie internetowej „Pulsu”



Dokumentacja medyczna jako kluczowy element świadczenia usług medycznych



GABRIELA PACEK
aplikant radcowski

Dokumentacja medyczna jest bezsprzecznie fundamentem każdej działalności związanej ze świadczeniem usług o charakterze medycznym.

To zbiór informacji, które mają na celu monitorowanie stanu zdrowia pacjenta, dokumentowanie diagnoz, terapii i procedur medycznych oraz zapewnienie bezpieczeństwa zarówno pacjentowi, jak i personelowi medycznemu. Jest to także niezwykle istotny element w zakresie zarządzania oraz w kontekście odpowiedzialności o charakterze prawnym.

Dokumentację medyczną definiuje się jako zbiór wszelkich danych oraz informacji, które zostały pozyskane w ramach świadczenia usług medycznych w podmiocie wykonującym działalność leczniczą. Moment, gdy dochodzi do rozpoczęcia udzielania świadczeń o charakterze medycznym wobec pacjenta, jest związany bezpośrednio z odnotowaniem tego faktu –

wraz ze wszystkimi następstwami – w dokumentacji medycznej.

Należy podkreślić, iż pełni ona rolę wsparcia w zakresie procesów diagnostyczno-terapeutycznych, a także rolę ekonomiczną, kontrolną i prawną. W kwestii prawa medycznego prowadzenie dokumentacji medycznej ma przede wszystkim znaczenie o charakterze dowodowym. Gdy dojdzie np. do postępowania sądowego, dokumentacja medyczna jest niepodważalnym dowodem, który potwierdza przebieg leczenia pacjenta, a także podejmowane interwencje.

Informacje oraz dane, które zostaną zawarte w dokumentacji medycznej, mają szczególny charakter, gdyż są nierozłącznie powiązane ze sferą prywatności każdego pacjenta, oraz przy-

należą do najbardziej wrażliwych informacji osobistych. Zważając na powyższe, oczywistym jest to, że informacje zawarte w dokumentacji medycznej podlegają ochronie zarówno w aspekcie regulacji krajowych, jak i międzynarodowych. Konstytucja RP wyraźnie wskazuje w art. 47, że: *Każdy ma prawo do ochrony prawnej życia prywatnego, rodzinnego, czci i dobrego imienia oraz do decydowania o swoim życiu osobistym*. Co więcej, w art. 51 możemy znaleźć informację dotyczącą tego, że: *Nikt nie może być obowiązany inaczej niż na podstawie ustawy do ujawniania informacji dotyczących jego osoby*.

Regulacje prawne, które dotyczą dokumentacji medycznej, zostały ujęte m.in. w rozporządzeniu ministra zdrowia z 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, ustawie z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawie z 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.

Dokumentację medyczną możemy podzielić na:

- dokumentację indywidualną, która dotyczy poszczególnych pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych,
- dokumentację zbiorczą, która dotyczy ogółu pacjentów lub określonych grup pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych.

Wyróżniamy dwa rodzaje dokumentacji indywidualnej: wewnętrzną, która przeznaczona jest na potrzeby podmiotu, oraz zewnętrzną, która przeznaczona jest na potrzeby pacjenta.

W dokumentacji indywidualnej wewnętrznej dokonuje się wpisu o wydaniu dokumentacji indywidualnej wewnętrznej oraz zamieszcza się adres repozytorium, pod którym znajduje się wydana dokumentacja indywidualna zewnętrzna, lub załącza się cyfrowe odwzorowanie tej dokumentacji w postaci papierowej. W przypadku prowadzenia dokumentacji indywidualnej wewnętrznej w postaci papierowej załącza się kopię lub dokładny opis wydanej dokumentacji indywidualnej zewnętrznej.

Zgodnie z § 4 ust. 1 oraz ust. 2 rozporządzenia ministra zdrowia z 6 kwiet-

nia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania w dokumentacji dokonuje się niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, z zapewnieniem niezaprzeczalności i integralności danych, a w dokumentacji w postaci papierowej w sposób czytelny i w porządku chronologicznym, wpisy i zmiany wpisów opatruje się oznaczeniem osoby ich dokonującej.

Forma udostępniania dokumentacji medycznej została uregulowana w art. 27 ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w której jasno wskazano, że dokumentację medyczną można udostępnić: do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, z wyłączeniem medycznych czynności ratunkowych, albo w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem pacjentowi lub innym uprawnionym organom, lub podmiotom możliwość sporządzenia notatek lub zdjęć, przez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku, przez wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta, za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, na informatycznym nośniku danych.

W kwestii przechowywania dokumentacji medycznej zastosowanie znajduje w tym przypadku art. 29 wspo-

mnianej ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, zgodnie z którym:

1. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych przechowuje dokumentację medyczną przez 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu, z wyjątkiem:

1) dokumentacji medycznej w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia, która jest przechowywana przez 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon;

1a) dokumentacji medycznej zawierającej dane niezbędne do monitorowania losów krwi i jej składników, która jest przechowywana przez 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu;

2) zdjęć rentgenowskich przechowywanych poza dokumentacją medyczną pacjenta, które są przechowywane przez 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie;

3) skierowań na badania lub zleceń lekarza, które są przechowywane przez:

a) pięć lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego będącego przedmiotem skierowania lub zlecenia lekarza,

b) dwa lata, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wystawiono skierowanie – w przypadku gdy świadczenie zdrowotne nie zostało udzielone z powodu niezgłoszenia się pacjenta w ustalonym terminie, chyba że pacjent odebrał skierowanie;

4) dokumentacji medycznej dotyczącej dzieci do ukończenia drugiego roku życia, która jest przechowywana przez 22 lata.

2. Po upływie okresów wymienionych w ust. 1 podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych niszczy dokumentację medyczną w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła. Dokumentacja medyczna przeznaczona do zniszczenia może być wydana pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej przez pacjenta (...).

Warto również zaznaczyć, iż istnieją szczególne rodzaje dokumentacji medycznej, takie jak np. dokumentacja zbiorcza recept *pro auctore* lub *pro familiae*, wystawionych przez lekarza, oraz książeczka zdrowia dziecka.

Zgodnie z regulacją § 66 ust. 1 oraz ust. 2 rozporządzenia ministra zdrowia z 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania lekarz, który wystawia recepty w postaci papierowej dla siebie albo dla małżonka, osoby pozostającej we wspólnym pożyciu, krewnych lub powinowatych w linii prostej, a w linii bocznej do stopnia pokrewieństwa między dziećmi rodzeństwa, prowadzi dokumentację zbiorczą o charakterze wewnętrznym w formie wykazu. Wykaz ten może być prowadzony dla wszystkich osób, o których mowa powyżej, albo odrębnie dla każdej z nich.

Zważając na powyższe kwestie, można z pełnym przekonaniem stwierdzić, że dokumentacja medyczna jest niezwykle istotną częścią świadczenia usług medycznych. To w niej zarówno lekarz, jak i pacjent znajdują wszystkie niezbędne informacje dotyczące stanu zdrowia, przeprowadzonych badań czy też postawionych diagnoz. ●



Pomoc prawna dla lekarza – Lex Doctor

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



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



lub poprzez
formularz
zgłoszeniowy



Zamiast sali sądowej



AGATA LUDWIKOWSKA

Webinarium „Mediacje w medycynie – jak starać się unikać spraw sądowych”, zorganizowane 30 września br. przez Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów, było próbą odpowiedzi na pytanie, jak rozwiązywać spory, których w profesji lekarskiej nie brakuje, w sposób możliwie najbardziej oszczędzający obie strony konfliktu.

Spotkanie poprowadziła redaktorka naczelna „Pulsu” Aleksandra Sokalska, a o zaletach mediacji rozmawiali lek. dent. Andrzej Siarkiewicz, mediator OIL w Warszawie, oraz mec. Przemysław Rawa-Kłoczek, dyrektor Działu Prawnego OIL w Warszawie.

ROZMOWA ZAMIAST PROCESU

W zawodzie lekarza stres, presja czasu i ryzyko błędu są wpisane w codzienność. Konflikty na linii lekarz–lekarz oraz lekarz–pacjent są niemal nieuniknione. Według Siarkiewicza mediacja to *cywilizowany sposób rozwiązywania konfliktów*, który pozwala odzyskać spokój i chroni reputację lekarza.

Mediacja jest dobrowolnym i poufnym sposobem rozwiązywania sporów przy udziale bezstronnego mediatora. W odróżnieniu od procesu sądowego, w którym sędzia wydaje wyrok, mediacja polega na rozmowie – szczerzej, często trudnej, ale prowadzącej do porozumienia. Mec. Rawa-Kłoczek tłumaczy,

mediacja to możliwość spotkania się dwóch stron na neutralnym gruncie w celu wyjaśnienia sytuacji i znalezienia rozwiązania, które satysfakcjonuje obie strony. Mediator nie rozstrzyga, kto ma rację. Pomaga uczestnikom samodzielnie wypracować rozwiązanie, które pozwoli zakończyć konflikt. To fundamentalna różnica w porównaniu z procesem, gdzie zawsze ktoś musi przegrać.

DLACZEGO WARTO: CZAS, KOSZTY I SPOKÓJ

Wymierną przewagą mediacji nad postępowaniem sądowym jest czas. Postępowania cywilne i dyscyplinarne trwają latami. Zdarza się, że zanim zapadnie wyrok, lekarz przechodzi na emeryturę lub zmienia zawód. Mediacja trwa zazwyczaj kilka tygodni, rzadko dłużej niż trzy miesiące.

Innym atutem mediacji są dużo niższe koszty. W Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie mediacje prowadzone są bezpłatnie. Lekarz nie ponosi

kosztów sądowych, opłat adwokackich ani wydatków na powołanie biegłych. W porównaniu z procesem sądowym to oszczędność sięgająca kilku, a czasem kilkunastu tysięcy złotych.

Nie bez znaczenia jest także poufność procesu mediacji. Wszystko, co zostanie powiedziane podczas mediacji, objęte jest tajemnicą i nie może zostać wykorzystane na zewnątrz. Strony mogą mówić otwarcie o emocjach, oczekiwaniach i błędach – bez ryzyka, że ich słowa zostaną później użyte w sądzie. *W mediacji lekarz może przyznać się do pomyłki, przeprosić pacjenta, zaproponować rozwiązanie. I to zostaje między nimi. W sądzie taki gest stanowiłby dowód przeciwko niemu samemu* – podkreśla Andrzej Siarkiewicz.

Dzięki temu mediacja ma ogromne znaczenie psychologiczne. Umożliwia uwolnienie emocji i zrozumienie drugiej strony. Osoby, które czują się poszkodowane, często nie oczekują rekompensaty finansowej – chcą po prostu przeprosin i pocucia, że zostały wysłuchane. Tego żaden proces im nie zapewni.

OCHRONA REPUTACJI I WIZERUNKU

Współczesny lekarz musi dbać o swój wizerunek publiczny – także w sieci. W dobie mediów społecznościowych negatywne komentarze i publikowane złe opinie mogą zniszczyć budowane latami zaufanie pacjentów. Mediacja pozwala reagować, zanim konflikt wymknie się spod kontroli. Andrzej Siarkiewicz na webinarium przywołał sytuację, w której lekarz zgłosił się do mediatora po tym, jak pacjent opublikował w internecie krzywdzący wpis. Zanim sprawa trafiła do sądu, mediator skontaktował się z pacjentem, a ten po rozmowie zgodził się usunąć komentarz. Gdyby sprawa trafiła do sądu, trwałaby kilka lat, a wpis przez cały ten czas szkodziłby reputacji lekarza. Tego typu sytuacje pokazują, że mediacja jest nie tylko metodą rozwiązywania konfliktów, ale także skutecznym narzędziem ochrony dobrego imienia.

BEZPIECZNA PRZESTRZEŃ DLA OBU STRON

W mediacji nie ma przegranych. Obie strony zyskują – lekarz chroni reputację i spokój, pacjent ma poczucie wysłucha-

nia i zadośćuczynienia. Ugoda mediacyjna zawiera jedynie warunki rozwiązania konfliktu. Nie ma w niej słów, takich jak „wina” czy „odpowiedzialność”. To porozumienie, które – po zatwierdzeniu przez sąd – ma moc prawną wyroku i definitywnie kończy sprawę.

Jak mówi mec. Rawa-Kłoczek mediacja daje wpływ na wyjście z sytuacji konfliktowej – w przeciwieństwie do sądu, gdzie decyzję zawsze podejmuje sędzia. W mediacji lekarz i pacjent sami ustalają, jak zakończyć spór. A nawet najgorsza ugoda zawarta w drodze mediacji jest lepsza niż najlepszy wyrok sądowy. Szczególnie że rozwiązaniem czasami bywają po prostu przeprosiny, korekta leczenia lub symboliczne zadośćuczynienie.

MEDIACJA ZAMIAST ESKALACJI

Konflikty między lekarzem a pacjentem często mają źródło w nieporozumieniach komunikacyjnych. Brak czasu, presja i emocje sprawiają, że pacjent czuje się pominięty, a lekarz – niesprawiedliwie oskarżony. Mediacja pozwala wrócić do rozmowy i przywrócić perspektywę proporcjonalną do tego, co naprawdę wydarzyło się między stronami. To również szansa, by zapobiec eskalacji konfliktu. Osoba, który czuje się wysłuchana i zrozumiana, rzadziej kieruje sprawę do prokuratury czy rzecznika odpowiedzialności zawodowej. Dla lekarza oznacza to mniej stresu, mniej postępowań i większą stabilność zawodową.

PRAKTYKA MEDIACJI W OIL

Biuro mediacji Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie prowadzi jednocześnie kilkanaście spraw. Każdego tygodnia rozpoczyna się nowa mediacja. Jak



Aleksandra Sokalska, mec. Przemysław Rawa-Kłoczek i lek. dent. Andrzej Siarkiewicz rozmawiają o mediacji podczas tegorocznego Kick off Meeting

podkreśla mediator, izba jest gotowa na znacznie więcej. *Jesteśmy przygotowani na kilkadziesiąt, a nawet kilkaset spraw rocznie. Jeśli będzie potrzeba, przeszkolimy kolejnych mediatorów.*

Zgłoszenie do mediacji jest proste. Wystarczy jedynie kontakt z biurem prawnym izby – telefoniczny lub osobiście. Następnie mediator odzywa się do stron, ustala termin i zasady spotkania. Cały proces jest dobrowolny, elastyczny i dostosowany do charakteru sporu. Spotkania odbywają się w neutralnych warunkach, najczęściej w siedzibie OIL. Mediator może prowadzić rozmowy wspólne lub osobne z każdą ze stron.

Po uzgodnieniu stanowisk sporządzana jest ugoda, którą zatwierdza sąd.

LEKARZE I PACJENCI PO JEDNEJ STRONIE

Mediacja w medycynie nie jest przywilejem jednej strony. Chroni zarówno lekarza, jak i pacjenta. Umożliwia zrozumienie, pojednanie i odbudowanie zaufania – wartości, bez których trudno mówić o dobrej opiece medycznej. W sądzie zawsze ktoś przegrywa. W mediacji obie strony są wygrane. Między innymi dlatego to najkorzystniejsze dostępne narzędzie rozwiązywania sporów lekarskich.



Polubowne rozstrzyganie sporów z pacjentami



Biuro Mediatora

Spotkania stacjonarne z mediatorem odbywają się **w środy i piątki** w godzinach **10.00–16.00** – wyłącznie po wcześniejszym umówieniu telefonicznym.



Tel.: **22 542 53 29/25**
Tel.: **500 127 405**



E-mail: **mediator@oilwaw.org.pl**



Okręgowa
Izba Lekarska
w Warszawie

Patron medialny:

...puls

Lekarskie Mikołajki 2025

Cieszymy się, że możemy znów
wspólnie spędzić ten wyjątkowy
przedświąteczny czas.

Majaland Warsaw
6 i 7 grudnia 2025 r.
10.00-18.00



BMW
ZK Motors



ZK MOTORS

Zaczniemy od siebie



JAKUB ZAKRZEWSKI
wiceprezes ORL w Warszawie

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie konsekwentnie buduje system wsparcia, który pomaga lekarzom zadbać o własne zdrowie – i nie dopiero wtedy, gdy pojawia się problem, ale znacznie wcześniej, ponieważ profilaktyka, aktywność i równowaga to fundamenty zdrowia także tych, którzy na co dzień troszczą się o zdrowie innych.

W ZDROWYM CIELE ZDROWY DUCH

Aktywność fizyczna to nie tylko forma rekreacji, ale jeden z najskuteczniejszych sposobów dbania o zdrowie i kondycję psychiczną. W środowisku lekarskim, gdzie codzienność wiąże się z dużą odpowiedzialnością i stresem, regularny ruch staje się elementem profilaktyki równie ważnym jak badania kontrolne czy odpoczynek. Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie rozwija programy, które wspierają lekarzy w utrzymaniu dobrej formy i równowagi między pracą a regeneracją.

SPORTOWA INTEGRACJA ŚRODOWISKA

W ramach działań Komisji ds. Sportu członkowie izby mogą korzystać z szeregu inicjatyw promujących aktywność i zdrowy styl życia. Lekarze mają do dyspozycji karty sportowe, mogą też uczestniczyć w różnych projektach i wydarzeniach, takich jak Lekarska Liga Mistrzów OIL, rajdy rowerowe, Sportowe Niedziele, czy zmierzyć się w zawodach sportowych w wielu dyscyplinach.

Coraz większym zainteresowaniem cieszą się też sekcje sportowe naszej izby, skupiające pasjonatów konkretnych aktywności – od biegania i kolarstwa po gry zespołowe i sporty zimowe. To nie tylko okazja do ruchu, ale także do spotkań, wymiany doświadczeń i budowania więzi w środowisku lekarskim.

PROGRAMY WSPIERAJĄCE AKTYWNYCH LEKARZY

Dla tych, którzy łączą pasję sportową z życiem zawodowym, OIL w Warszawie przygotowała szereg programów wsparcia. Jednym z nich jest OIL SPORT START, umożliwiający dofinansowanie opłat startowych w zawodach sportowych w Polsce i za granicą. To inicjatywa, która motywuje do udziału

w wydarzeniach sportowych i wspiera lekarzy reprezentujących środowisko medyczne w różnych dyscyplinach.

Izba prowadzi także projekt OIL SPORT MISTRZ, w ramach którego wyróżnia lekarzy konsekwentnie łączących aktywność fizyczną z pracą zawodową – pokazujących, że troska o zdrowie własne jest integralną częścią zawodu lekarza. W ramach tego projektu wyróżnia się też najlepszych sportowców wśród lekarskich dzieci (do 18. roku życia), bo wiadomo, że *czym skorupka za młodu...*

PROFILAKTYKA I ROZWÓJ OSOBISTY

OIL w Warszawie wspiera nie tylko aktywność fizyczną, ale również szeroko rozumianą profilaktykę zdrowotną. Członkowie izby mogą korzystać z refundacji szczepień ochronnych w ramach programu obejmującego m.in. szczepienia przeciw grypie, WZW typu B, tężcowi czy meningokokom. Dofinansowanie dotyczy zarówno lekarzy, jak i ich dzieci, zaś dla lekarzy seniorów przewidziano odrębny program refundacyjny. To realne wsparcie w utrzymaniu odporności i bezpieczeństwa zdrowotnego, szczególnie w środowisku, które na co dzień styka się z chorobami zakaźnymi.

Równolegle izba dofinansowuje szkolenia, kursy i zakup literatury medycznej, a także wspiera lokalne inicjatywy w ramach budżetu partycypacyjnego „Izba Lokalnie”. Dzięki temu profilaktyka zdrowotna idzie w parze z rozwojem kompetencji i możliwością ciągłego doskonalenia w duchu troski zarówno o pacjentów, jak i o siebie.

NOWOCZESNA OBSŁUGA – WIĘCEJ CZASU NA ŻYCIE

OIL w Warszawie sukcesywnie rozwija rozwiązania cyfrowe, które ułatwiają codzienny kontakt z biurem i skracają formalności. Trwają prace nad rozszerzeniem obsługi zdalnej i wdrożeniem nowych formularzy online, aby jak najwięcej spraw można było załatwić bez wychodzenia z domu. To kierunek, który ma prosty cel – umożliwić lekarzom lepsze gospodarowanie czasem i stworzyć więcej przestrzeni na odpoczynek, regenerację i aktywność fizyczną. ●

Wynagrodzenie za staż uzupełniający



MONIKA POTOCKA

rzecznik praw lekarza OIL w Warszawie i NIL

Do Biura Rzecznika Praw Lekarza OIL w Warszawie zgłosiła się lekarka odbywająca staż uzupełniający w trzech różnych podmiotach leczniczych. W żadnym z tych miejsc nie otrzymuje wynagrodzenia, ponieważ staż uzupełniający traktowany jest tam jako wolontariat.

szkolenie – może to być umowa o pracę albo umowa cywilnoprawna. Celem nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty było m.in. wyeliminowanie nadużyć związanych z nieodpłatnym świadczeniem pracy w formie wolontariatu. Świadczenia zdrowotne wykonywane w ramach specjalizacji nie mogą więc być realizowane bez wynagrodzenia.

Analogicznie także odbywanie stażu uzupełniającego powinno opierać się na odpłatnej formie współpracy – poprzez umowę o pracę, umowę cywilnoprawną lub w ramach płatnego urlopu szkoleniowego.

W mojej ocenie angażowanie lekarzy do nieodpłatnego wykonywania świadczeń zdrowotnych w ramach stażu uzupełniającego jest niezgodne z zasadami współzycia społecznego, gdyż narusza godność zawodu lekarza oraz jego profesjonalny status.

Ministerstwo Zdrowia przyznało, że w przypadku umów o pracę i płatnego urlopu szkoleniowego kwestie wy-

nagrodzenia nie budzą wątpliwości. Jednakże w przypadku umów cywilnoprawnych sytuacja jest mniej jednoznaczna – o ile przy specjalizacji przepisy wprost wskazują na odpłatność takiej umowy, o tyle przy stażach uzupełniających brak jest jednoznacznego uregulowania, co pozostawia stronom swobodę w ustalaniu warunków.

W odpowiedzi na to stanowisko ponownie wystąpiłam do Departamentu Rozwoju Kadr Medycznych, wskazując na istnienie poważnej luki prawnej, która umożliwia nadużycia. Jak podkreśliłam, lekarze odbywający obowiązkowy staż uzupełniający nie mają realnej możliwości negocjowania warunków umowy cywilnoprawnej – odmowa jej podpisania mogłaby skutkować uniemożliwieniem uzyskania tytułu specjalisty. W praktyce prowadzi to do zawierania umów nieodpłatnych pomimo faktycznego świadczenia usług medycznych.

Uważam za zasadne ujednolicenie przepisów poprzez jednoznaczne wskazanie, że staż uzupełniający powinien być odpłatny – niezależnie od formy zawieranej umowy. Takie rozwiązanie ograniczyłoby obecne nadużycia i byłoby zgodne z konstytucyjnymi zasadami sprawiedliwości społecznej oraz równości w zatrudnieniu.

Aktualnie oczekuję odpowiedzi na moje pismo w tej sprawie. ●

fot. Karolina Bartyzel

Zwróciłam się do Departamentu Rozwoju Kadr Medycznych Ministerstwa Zdrowia z prośbą o wyjaśnienie. Zgodnie z obowiązującymi przepisami lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne w trybie pozarezydenckim zobowiązany jest do zawarcia umowy z podmiotem prowadzącym



Lekarzu, czujesz, że Twoje prawa są łamane?

Skontaktuj się z **Biurem Rzecznika Praw Lekarza**

Dyżury rzecznika praw lekarza
Moniki Potockiej

🕒 środy: 12.00–16.00 | czwartki: 10.00–16.00
✉️ rzecznikprawlekarza@oilwaw.org.pl
☎️ 512 331 230 | 691 224 246



Zgłoszenie szkody ubezpieczenia OC lekarza



Zgłaszając szkodę, pamiętaj o tym, aby **nie składać obietnic bez pokrycia do czasu kontaktu z ubezpieczycielem** – roszczenia bywają czasem nieuzasadnione, a jakiegokolwiek zobowiązanie do pokrycia szkody może zostać uznane za przyznanie się do winy.

O czym warto pamiętać



Możesz przekazać pacjentowi, który tego oczekuje, kopię polisy lub podać mu jej numer. **Udostępnienie polisy nie jest przyznaniem się do winy.**



Poproś pacjenta, aby wskazał, **kiedy doszło do szkody**, i przygotuj numer polisy z okresu, w którym wystąpiła szkoda (pamiętaj, że **nie zawsze jest to aktualna polisa**).



Jeśli docierają do Ciebie informacje, że **pacjent rozważa dochodzenie roszczeń**, nie zwlekaj i bezzwłocznie poinformuj o tym ubezpieczyciela.

Procedura zgłaszania szkody

- 1 Dowiadujesz się o szkodzie** – ustnie, telefonicznie, mailowo, listownie – forma nie ma znaczenia.
- 2 Nie składasz deklaracji** – możesz przekazać poszkodowanemu numer polisy lub jej kopię.
- 3 Zgłaszasz szkodę do ubezpieczyciela** – zrób to jak najszybciej!
- 4 Kompletujesz wszystkie istotne dokumenty** związane z powstaniem szkody i przekazujesz je ubezpieczycielowi.
- 5 Czekasz na decyzję** – standardowo do 30 dni, jeśli sprawa jest złożona – dodatkowe 14 dni.
- 6 Otrzymujesz decyzję** – możesz odwołać się od decyzji lub od wysokości wypłaty.



Jak zgłosić szkodę z ubezpieczenia OC lekarza

1. Skontaktuj się z ubezpieczycielem:

- wyślij maila na adres kontakt@pzu.pl,
- wypełnij formularz na stronie zgloszenie.pzu.pl,
- lub zadzwoń pod numer **801 102 102** (opłata zgodna z taryfą operatora).

2. Przygotuj niezbędne dane

 – podaj swój numer PESEL oraz numer polisy w treści maila, formularza lub konsultantowi.

3. Twojemu zgłoszeniu zostanie nadany numer

, który będzie zaczynał się od liter PL.

Po wysłaniu maila lub wypełnieniu formularza, skontaktuje się z Tobą konsultant. Jeśli zgłaszasz szkodę telefonicznie – kolejne instrukcje otrzymasz bezpośrednio od konsultanta.

ins INS Services

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

- ✓ dzwoniąc pod numery: 22 494 36 50, 577 930 370, 577 930 380 lub 577 930 560 (opłata zgodna z taryfą operatora),
- ✓ pisząc na adres: biuro@ins-med.pl,
- ✓ za pośrednictwem strony: ins-med.pl.

Zakładem ubezpieczeń jest PZU SA. Szczegółowe informacje o zakresie ubezpieczenia, w tym o wyłączeniach i ograniczeniach odpowiedzialności, znajdziesz w poszczególnych aktualnych ogólnych warunkach ubezpieczeń (OWU) wraz z postanowieniami dodatkowymi i odmiennymi od OWU, dostępnych na stronie ins-med.pl w zakładce „Ubezpieczenia dla lekarzy”.

Forum KLP

Praktyczna wiedza dla lekarzy przedsiębiorców

Własna praktyka, gabinet, spółka medyczna... coraz więcej lekarzy łączy medycynę z przedsiębiorczością. Dlaczego warto zapisać się do Klubu Lekarza Przedsiębiorcy i jakie daje on możliwości wyjaśnia **lek. Małgorzata Terlecka-Maciejewska**, jego przewodnicząca.

rozmawiała **DOROTA LEBIEDZIŃSKA**

Klub Lekarza Przedsiębiorcy działa w ramach Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie. Skąd pomysł na jego powstanie?

Klub zrodził się z potrzeby czasów. Nasze motto brzmi: „Kształtujemy lepszą przyszłość”, i rzeczywiście o to chodzi. Coraz więcej lekarzy prowadzi własną działalność gospodarczą, zarządza zespołami, placówkami, przychodniami. A jednak nikt nas tego nie uczy ani na studiach, ani w czasie specjalizacji. Brakuje wiedzy z zakresu prawa, finansów, zarządzania czy marketingu. Klub powstał po to, by tę lukę wypełnić i pomóc lekarzom czuć się pewnie także po drugiej stronie biurka – jako przedsiębiorcom.

Czy klub wspiera też tych, którzy dopiero myślą o działalności?

Oczywiście. Dla wielu młodych lekarzy to naturalny krok – założenie pierwszej jednoosobowej działalności gospodarczej. Pomagamy przejść przez wszystkie etapy tego procesu. Uczymy, jak zarejestrować działalność, wypełnić obowiązki wobec RPWDL, jak postępować z odpadami medycznymi w systemie BDO czy dobrać obowiązkowe ubezpieczenia. To wiedza bardzo przydatna na starcie – pozwala uniknąć błędów i daje poczucie bezpieczeństwa. Chcemy, by młodzi lekarze mogli skupić się na pracy z pacjentem, a nie na biurokracji.

Klub to również networking.

Tak, i to jeden z naszych najważniejszych filarów. Klub jest miejscem spotkań, wymiany doświadczeń i inspiracji. Łączymy lekarzy młodych z doświadczonymi, specjalistów z różnych dziedzin. Czasem z takiego kontaktu rodzi się współpraca zawodowa, wspólne projekty, a niekiedy po prostu przyjaźń. Chcemy, żeby klub był żywą platformą wymiany wiedzy i dobrych praktyk.

W programie pojawiają się też konkretne korzyści finansowe.

Tak, staramy się działać praktycznie. Nasi członkowie mają dostęp do preferencyjnych ofert księgowych, doradczych, ubezpieczeniowych i bankowych. Współpracujemy z rzetelnymi partnerami – m.in. z firmami oferującymi obsługę księgową, które pomagają prowadzić rozliczenia podatkowe, a w pierwszym roku oferują swoje usługi bezpłatnie. Mamy również atrakcyjne programy ubezpieczeń. Podpisaliśmy też umowę o współpracy z BMW ZK Motors, dzięki czemu członkowie klubu mogą korzystać z preferencyjnych warunków leasingowych i rabatów na wybrane modele.

Dlaczego zdecydowaliście się zorganizować pierwsze Forum KLP?

Forum było naturalnym rozszerzeniem działalności klubu – to miejsce, gdzie

pokazaliśmy praktyczne narzędzia, które lekarz może od razu wdrożyć w swoim gabinecie lub placówce. Naszym celem jest wsparcie lekarzy w łączeniu odpowiedzialności wobec pacjentów z wyzwaniami prowadzenia działalności gospodarczej.

Forum było skierowane do lekarzy i lekarzy dentyistów, którzy chcą rozwijać swoje praktyki i kompetencje przedsiębiorcze. To była okazja, aby nauczyć się, jak zarządzać gabinetem, poznać dobre praktyki, wymienić doświadczenia i budować kontakty w profesjonalnym gronie. Forum było również inspiracją do wprowadzania zmian i podejmowania nowych inicjatyw w swojej pracy.

Jakie cele stały przed organizatorami forum?

Przede wszystkim zależało nam na integracji środowiska lekarskiego oraz wzmocnieniu roli lekarza jako przedsiębiorcy i lidera. Chcieliśmy pokazać, że odpowiedzialność kliniczna i zarządzanie biznesem mogą i powinny iść w parze. Lekarze otrzymali praktyczne wskazówki w zakresie obsługi pacjentów, komunikacji w zespole, cyfryzacji oraz współpracy z NFZ. To nie była teoretyczna konferencja – każde wystąpienie miało charakter praktyczny, a uczestnicy wyszli z konkretnymi narzędziami do wdrożenia.



fot. archiwum prywatne

Jakie tematy zostały poruszone?

Zaplanowaliśmy m.in. zagadnienia dotyczące nowoczesnego marketingu i budowania marki osobistej, skutecznej komunikacji w zespołach, obsługi pacjentów, lean managementu, zastosowania sztucznej inteligencji oraz cyberbezpieczeństwa. Nie zabrakło również prawnych aspektów prowadzenia placówki medycznej, w tym reklamy, która musi być zgodna z Kodeksem Etyki Lekarskiej. Program został tak skonstruowany, aby każdy uczestnik mógł znaleźć dla siebie wartościowe treści i narzędzia, które natychmiast wykorzysta w praktyce.

Pojawił się temat marki osobistej w mediach. Lekarz influencer?

Budowanie marki osobistej to dziś element obowiązkowy w pracy lekarza przedsiębiorcy. Nie chodzi tu tylko o promowanie siebie w social mediach

– marka osobista to przede wszystkim wizerunek lekarza jako profesjonalisty i lidera w swojej dziedzinie. Na forum pokazaliśmy, jakie narzędzia można wykorzystać, aby zwiększyć rozpoznawalność, zyskać zaufanie pacjentów i jednocześnie zachować etykę zawodową. Ważne jest, aby lekarze świadomie kreowali swój wizerunek, zamiast pozostawiać go przypadkowi.

Technologie i AI to kolejne gorące tematy w medycynie.

Sztuczna inteligencja staje się ważnym narzędziem nie tylko w diagnostyce, ale także w zarządzaniu gabinetem i analizie danych medycznych. Na forum pokazaliśmy, jak AI może wspierać lekarzy w monitorowaniu pacjentów, analizie wyników badań i przewidywaniu ryzyka powikłań. Ważne jest, aby lekarze rozumieli potencjał i ograniczenia ta-

kich technologii oraz potrafili wykorzystywać je w sposób etyczny i bezpieczny.

Współpraca lekarzy prowadzących własne praktyki z NFZ nie jest łatwa.

Dlatego ten temat również znalazł się w programie. Lekarze poznali pułapki i trudności w realizacji kontraktów z NFZ oraz otrzymali wskazówki, jak ich unikać. Wiedza ta jest kluczowa, bo skuteczne zarządzanie dokumentacją i finansami jest podstawą prowadzenia praktyki.

Udział w forum był zatem ważny.

Tak, bo praca lekarza to nie tylko leczenie pacjentów, ale też prowadzenie biznesu. Forum pokazało, jak zwiększać efektywność i satysfakcję z pracy. ●

Patronat medialny nad wydarzeniem objął miesięcznik „Puls”.

partnerzy Forum KPL

ASSECO

ins MED



CA CRÉDIT AGRICOLE
TWÓJ BANK PEŁEN KORZYŚCI

BMW ZK Motors



Co nowego w Klubie Lekarza Przedsiębiorcy?

- ✓ **Baza konkursów i postępowań** już dostępna na stronie KLP – lekarze mogą ubiegać się o dofinansowanie z różnych źródeł zewnętrznych.
- ✓ **Sekcja ogłoszeń** już w listopadzie – miejsce wymiany informacji i ofert dotyczących np. sprzedaży praktyk, sprzętu lub zatrudnienia personelu (dla członków OIL w Warszawie).
- ✓ **Nowy partner Klubu – BMW ZK Motors** – obok PZU, Banku Credit Agricole, 360 Księgowości i On-e Fin. Witamy!

Dołącz, korzystaj i bądź aktywny
w Klubie Lekarza Przedsiębiorcy! ➔



Okręgowa
Izba Lekarska
w Warszawie



Rodzinny VI Lekarski Piknik Rowerowy

Rowerowe wyzwania za nami. 20 września br. lekarze i lekarze dentyści spotkali się w rodzinnym gronie na Polanie „Opaleń” w Kampinoskim Parku Narodowym. Organizatorem pikniku rowerowego była Komisja ds. Sportu Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie.

Uczestnicy rowerowego pikniku mieli do wyboru trasy o dystansie od 5 do 40 km. Na polanie na najmłodszych czekały gry i zabawy oraz przejażdżki na kucykach. Były też ognisko i grill. Na zakończenie rodzinnego pikniku wszyscy rowerzyści otrzymali pamiątkowe dyplomy, a zdobywcy pierwszych trzech miejsc – upominki.



fol. D. Jarosz

Partner wydarzenia:



XXIII Mistrzostwa Polski Lekarzy i innych Profesji Ochrony Zdrowia w Ringo



fol. PTR

Tegoroczne Mistrzostwa Polski Lekarzy i innych Profesji Ochrony Zdrowia w Ringo, połączone z XXIV Memoriałem im. Włodzimierza Strzyżewskiego, odbyły się 13 września na stadionie GKS Świt w Warszawie.

Pełna sportowego ducha rywalizacja toczyła się równolegle na czterech boiskach – w pięciu kategoriach gier pojedynczych i trzech kategoriach gier podwójnych, z podziałem na wiek, płeć i profesję. Dla profesorów utworzono specjalną kategorię supersenior.

W zawodach uczestniczyli reprezentanci siedmiu okręgowych izb lekarskich. W klasyfikacji drużynowej zwyciężyła OIL w Warszawie (104 pkt). Zwycięzców nagrodzono pucharami, medalami oraz unikatowymi dyplomami z łacińskimi maksymami. Każdy medalista otrzymał również ringo. Dodatkową atrakcją były upominki z nowym logo OIL w Warszawie, które podkreśliły sportowego ducha rywalizacji.

ZWYCIĘZCY XXIII MISTRZOSTW POLSKI LEKARZY W RINGO

Gry pojedyncze – kobiety:

- Seniorki: Danuta Patkowska-Halas (Poznań)
- Superseniorki: Krystyna Anioł-Strzyżewska (Warszawa)

Gry pojedyncze – mężczyźni:

- Seniorzy: Sebastian Wroński (Koszalin)
- Superseniorzy: Andrzej Osak (Słupsk)

Dzieci do lat 13:

- Helenka Karnowska (Warszawa)

Gry podwójne:

- Dwójki kobiet: Małgorzata Krawczyk (Gdańsk), Danuta Patkowska-Halas (Poznań)
- Dwójki mężczyzn: Wiesław Halas (Poznań), Andrzej Osak (Słupsk)
- Miksty: Joanna Tchorzewska, Marek Warecki (Warszawa)
- Dwójki rodzinne: Sebastian i Adam Wrońscy (Koszalin)

Zawody sędziowali:

- Sędzia główny: mgr Mariusz Wangryn
- Sędziowie kategorii: Andrzej Osak (klasa międzynarodowa), Monika Wangryn, Jakub Strzyżewski (klasa wojewódzka)

Sponsorzy: Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie, Naczelna Izba Lekarska oraz Polskie Towarzystwo Ringo.

XXII Igrzyska Lekarskie zakończone!



fol. archiwum prywatne

Ponad 600 lekarzy i lekarzy dentyistów z całej Polski wzięło udział w XXII Igrzyskach Lekarskich w Zakopanem. Współorganizatorem wydarzenia była Naczelna Izba Lekarska. 10–13 września 2025 r. uczestnicy rywalizowali w kilkudziesięciu dyscyplinach sportowych – od piłki nożnej, przez pływanie i lekkoatletykę, po brydża i szachy. Igrzyska rozpoczął górski marsz Tatra Walking, a zakończyła ceremonia medalowa i integracja. Wszystkim sportowcom serdecznie gratulujemy i nie możemy doczekać się kolejnych igrzysk – następnym razem widzimy się w Cetniewie!

Wyniki i galeria zdjęć:
www.igrzyskalekarskie.org



Ważne posiedzenie ORL w Warszawie

Uroczyste posiedzenie ORL w Warszawie, 17 września 2025 r. w Pałacu na Wyspie w Łazienkach Królewskich, było naprawdę wyjątkowe. Podjęto na nim ważne decyzje i wręczono odznaczenia Laudabilis oraz medale im. prof. J. Nielubowicza i dr. J. Moskwy za szczególne zasługi na rzecz samorządu lekarskiego, środowiska medycznego oraz pacjentów.

Członkowie rady podczas obrad m.in. wystosowali stanowisko o poparciu wprowadzenia i egzekwowania zakazu sprzedaży alkoholu w porze nocnej. Podkreślono, że jest to środek polityki zdrowia publicznego o wysokiej skuteczności. Rozwiązanie to pozostaje w pełnej zgodzie z rekomendacjami Światowej Organizacji Zdrowia, w tym pakietem SAFER oraz Globalnym Planem Działań 2022–2030, które akcentują skracanie godzin sprzedaży alkoholu jako jedno z kluczowych

narzędzi zmniejszania szkód zdrowotnych i społecznych.

MEDALE I ODZNACZENIA

Oficjalną część uroczystości otworzył występ chóru Medicantus. Następnie odczytano list wiceprezydent m.st. Warszawy Renaty Kaznowskiej, w którym podkreślano zasługi odznaczonych i samorządu.

– *Odnaczenia samorządowe są świadectwem wieloletniej pracy i zaangażowania. Kapituła odznaczeń przeanalizowała dziesiątki wniosków – i dziś możemy uhonorować tych lekarzy, którzy w sposób szczególny zasłużyli się dla naszego środowiska i pacjentów* – podkreślał prezes ORL w Warszawie Artur Drobnik przed wręczeniem medali.

PEŁNA LISTA LAUREATÓW

Odnaczenie Laudabilis:

Tomasz Dangel, Bożena Hoffman-Golańska, Elżbieta Małkiewicz, Dorota Olczak-Kowalczyk, Dariusz Paluszek, Jerzy Socha, Joanna Szymkiewicz-Dangel, Piotr Winciunas.

Medal im. prof. Jana Nielubowicza:

Magdalena Flaga-Łuczkiewicz, Maria



foto Dariusz Osiak

Kłosińska, Jolanta Kostrzewa-Janicka, Jan Kowalczyk, Agnieszka Kraśniej-Dębkowska, Agnieszka Leśniak-Trześniewska, Tomasz Maciejewski, Agnieszka Mielczarek, Piotr Pogorzelski, Monika Potocka, Wojciech Puzyna, Jerzy Reymond, Jacek Sowiński, Anna Szarla, Robert Wiraszka.

Medal im. dr. Jerzego Moskwy:

Krzysztof Batycki, Jarosław Biliński, Andrzej Borysowicz, Aleksandra Bryja-Nowosad, Dariusz Buczyński, Barbara Dobies-Krześniak, Michał Grądzki, Justyna Grudziąż-Sękowska, Tomasz Imiela, Aleksandra Jagłowska-Pietraszek, Sylwia Miernik-Podlesko, Jagna Odolska, Paweł Radwański, Magdalena Rychłowska-Pruszyńska, Mery Topolska-Kotulecka.



Zapraszamy na szkolenia!

Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów zaprasza członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie na bezpłatne szkolenia online i stacjonarne.

LISTOPAD 2025



Więcej informacji i zapisy:



4.11 | godz. 19.00–21.00

5.11 | godz. 18.00–21.00

15.11 | godz. 9.00–13.00

17.11 | godz. 19.00–21.00

19.11 | godz. 19.00–21.00

22.11 | godz. 9.00–16.00

24.11 | godz. 19.00–21.00

27.11 | godz. 19.00–21.00

Lekarz jako biegły w sądzie – mec. Oskar Luty

Endoskopia przewodu pokarmowego z perspektywy lekarza POZ

– dr n. med. Marek Bugajski, lek. Marcin Szulc, lek. Marta Osiewicz-Sienkiewicz

Zrozumieć, zaplanować, zaangażować: Komunikacja innowacji w medycynie. Klub Lekarza Przedsiębiorcy – Anita Kijanka (stacjonarnie w Warszawie)

Co nowego w leczeniu zaburzeń lipidowych? Perspektywa końca 2025 r. – prof. Krzysztof Filipiak

Rola internetu w podejmowaniu decyzji przez pacjenta. Dezinformacja zdrowotna online – Małgorzata Wywrot

Zarządzanie priorytetami oraz sobą w czasie – Mirosław Borek (stacjonarnie w Radomiu)

Aspekty prawne komunikacji z pacjentem – mec. Zuzanna Pierścińska

Obowiązki lekarza w zakresie gospodarowania odpadami medycznymi – mec. Krzysztof Gołębiowski

Inauguracja roku akademickiego 2025/2026 LUTW „Nestor”



Uroczysta inauguracja roku akademickiego 2025/2026 Lekarzkiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku „Nestor” odbyła się 7 października 2025 r. w siedzibie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie. Uroczystość zgromadziła liczne grono lekarzy seniorów, wykładowców oraz przedstawicieli władz samorządowych i medycznych.

Podczas otwarcia uroczystości głos zabrali prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie dr n. med. Artur Drobnik, który z radością podkreślił wysoką frekwencję i zaangażowanie uczestników. Podziękował seniorom za ich nieustające zainteresowanie nauką oraz aktywność społeczną i zawodową. Wyraził też uznanie dla organizatorów i kadry dydaktycznej, a także życzył słuchaczom owocnego roku pełnego inspirujących spotkań i zdobywania wiedzy.

Szczególne słowa uznania i podziękowania skierowano do dr Hanny Grodzickiej-Kurdziel, która w listopadzie kończy 90 lat, a nadal aktywnie uczestniczy w działaniach uniwersytetu. Jej postawa spotkała się z serdecznym aplauzem. Pani doktor otrzymała też z rąk prezesa ORL w Warszawie piękny bukiet kwiatów od wszystkich zgromadzonych.

Nad całością uroczystości czuwała dr n. med. Elżbieta Małkiewicz, prze-

wodnicząca Zespołu ds. LUTW „Nestor”. Głos zabrali również zaproszeni goście, w tym prof. dr hab. n. med. Dorota Olczak-Kowalczyk, prorektorka ds. personalnych i organizacyjnych WUM, prof. nadzw. dr hab. n. med. Jerzy Jurkiewicz, prezes Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, prof. dr hab. Alfred Owoc, prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego, przedstawiciele środowiska medycznego i akademickiego, którzy zgodnie podkreślali wyjątkowość inicjatywy Uniwersytetu Trzeciego Wieku dla

lekarzy. W swoich wystąpieniach mówili o potrzebie ciągłego rozwoju, utrzymywania więzi środowiskowych i dzielenia się doświadczeniem.

Nie zabrakło wspomnień o wieloletniej, owocnej współpracy z Okręgową Izbą Lekarską w Warszawie, która wspiera działalność edukacyjną i integracyjną seniorów – zarówno poprzez wykłady, jak i dodatkowe wydarzenia: wspólne wyjścia do teatru, kina, wyjazdy czy spaceru.

Dr Urszula Żylonis-Kurkowska, członek Zespołu ds. LUTW „Nestor”, odczytała listy gratulacyjne od marszałka województwa mazowieckiego Adama Struzika oraz rektora WUM prof. dr hab. n. med. Rafała Krenkego, którzy wyrazili uznanie dla misji uniwersytetu „Nestor” i życzyli jego społeczności kolejnych sukcesów.

Uroczystość zakończyła się występem lekarskiego chóru Medicantus, który wraz ze zgromadzonymi na sali lekarzami i ich gośćmi zaśpiewał studencki hymn. Po tym symbolicznym rozpoczęciu nowego roku akademickiego słuchacze wzięli udział w pierwszym w tym roku wykładzie akademickim. Atmosfera spotkania – pełna serdeczności, radości i wzajemnego szacunku – potwierdziła, że „Nestor” jest ważnym miejscem integracji, rozwoju i wspólnoty dla warszawskich lekarzy seniorów. ●





Lekarski Uniwersytet Trzeciego Wieku „Nestor”



2025/26 r.
godz. 11.00

TEMATY WYKŁADÓW W I SEMESTRZE IV ROKU AKADEMICKIEGO (2025/2026)

- 4.11.2025 r.** „Po co lekarzom standardy ochrony małoletnich” – **dr Anna Krawczak**
- 18.11.2025 r.** „Rozpracowanie operacyjne kryptonim »Kozak«” – **płk Marek Purzycki**
- 2.12.2025 r.** „Starość też po mnie odziedziczysz” – **mgr Małgorzata Kalicińska**
- 16.12.2025 r.** **Spotkanie przedświąteczne**
- 13.01.2026 r.** „Religijno-kulturowe zasady i obyczaje obchodów świąt w Kościele prawosławnym”
– **abp Abel, ordynariusz prawosławnej diecezji lubelsko-chełmskiej**
- 27.01.2026 r.** „Motocyklem przez Syrię i Jordanię” – **mgr Anna Jackowska-Pluta**
- 3.02.2026 r.** „Zabezpieczenie społeczne w Polsce” – **dr Piotr Winciunas**

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 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.

Jubileusz 80-lecia WIHE

Uroczysta gala z okazji 80-lecia powołania Wojskowego Instytutu Higieny i Epidemiologii im. gen. Karola Kaczkowskiego odbyła się 25 września w nowej siedzibie Muzeum Wojska Polskiego w Warszawie. W wydarzeniu udział wzięli przedstawiciele MON, MZ, wojskowych instytucji medycznych, naukowcy oraz byli i obecni pracownicy WIHE, a także przedstawiciele miesięcznika „Puls”.

Uroczystość była okazją do przypomnienia historii instytutu oraz omówienia jego wyzwań. Dyrektor WIHE, płk dr Marek Brytan, podkreślił znaczenie instytutu dla bezpieczeństwa biologicznego kraju i jego rolę w zwalczaniu epidemii. Szef Ośrodka Diagnostyki

i Zwalczania Zagrożeń Biologicznych w Puławach, płk Michał Ryciak, zaprezentował działalność jednostki. Głos zabrali także m.in. płk dr Arkadiusz Kosowski, bp dr Wiesław Lechowicz, zastępca głównego inspektora sanitarnego, minister Izabela Kucharska i główny inspektor sanitarny Wojska Polskiego, płk Tadeusz Nierebiński. Wszyscy mówcy podkreślali wagę WIHE w systemie ochrony zdrowia i reagowania kryzysowego.

Wydarzenie było okazją do spotkania kilku pokoleń pracowników i uhonorowania ich wkładu w rozwój insty-



foto: Patryk Mesjasz

tucji. Wręczono medale pamiątkowe osobom i zespołom badawczym zasłużonym dla WIHE. Część naukową gali wzbogaciły wykłady historyczne i wystąpienia młodych badaczy. Jubileusz stał się okazją nie tylko do podsumowania działalności instytutu, ale także do spojrzenia w przyszłość ku nowym wyzwaniom w zakresie higieny, epidemiologii i obrony biologicznej w dynamicznie zmieniającym się świecie. ●

Już wkrótce VII Konferencja Naukowa „Psychiatria na świecie”

Centrum Terapii Dialog zaprasza na konferencję naukową poświęconą współczesnej psychiatrii. To doskonała okazja do zapoznania się z najnowszą wiedzą medyczną dotyczącą diagnozowania i leczenia najczęstszych chorób oraz zaburzeń psychiatrycznych.

W programie przewidziano m.in. 30 wykładów poświęconych ADHD, depresji, ChAD, bezsenności, zaburzeniom odżywiania, zaburzeniom lękowym i innym.

VII Konferencja Naukowa „Psychiatria na świecie” odbędzie się w dniach 28–29 listopada 2025 r. w Centrum

Konferencyjnym Polin przy ul. Anielewicza 6 w Warszawie.

Patronat medialny nad wydarzeniem objął miesięcznik OIL w Warszawie „Puls”.

Zapisy i szczegółowy program dostępne są na stronie:



Przeciążenie pracą? Wypalenie zawodowe?



Zapraszamy lekarzy i lekarzy dentystów na **trening balintowski**



Terminy spotkań w 2025 r.:

14 listopada | 12 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



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 2025 r.**

REHABILITACJA

Koleżanki i Koledzy,

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 upływa
31 grudnia 2025 r.**

RADA FUNDUSZU SAMOPOMOCY

- **Gdy zmarł Twój bliski, który był lekarzem lub lekarzem dentystą**
- **Jeśli jesteś lekarzem lub lekarzem dentystą i znalazłeś się w trudnej sytuacji finansowej z powodu choroby**
- **Gdy urodzi Ci się dziecko**

Zgłoś się do Rady Funduszu Samopomocy OIL w Warszawie – możesz uzyskać pomoc finansową.

Informacje pod numerem tel.: 22 542 83 33

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

KONKURS

Chcesz mieć „Puls” zawsze pod ręką?

Odpowiedz na pytanie i wygraj jeden z 5 czytników Kindle Paperwhite!



Które z wydarzeń organizowanych przez OIL w Warszawie w ostatnim roku było Twoim zdaniem najlepsze?

Odpowiedź z uzasadnieniem (do 1500 znaków ze spacjami) wyślij na: puls@oilwaw.org.pl.

Na zgłoszenia czekamy do 31 grudnia 2025 r.

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: Jerzy Bralczyk, Anetta Chęcińska, Magdalena Flaga-Łuczkiwicz, Dominik Héjj, Maria Libura, Agata Ludwikowska, Filip Niemczyk, Hanna Odziemska, Artur Olesch, Małgorzata Solecka, Paweł Walewski, Małgorzata Wódz

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
Olga Rostkowska WICEPREZES ORL
Jakub Zakrzewski WICEPREZES ORL
Dariusz Paluszek WICEPREZES ORL DS. LEKARZY DENTYSTÓW
Karol Stępniewski WICEPREZES ORL, PRZEWODNICZĄCY DELEGATURY RADOMSKIEJ
Magdalena Flaga-Łuczkiwicz PEŁNOMOCNIK OIL DS. ZDROWIA LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW
Piotr Wincianas PEŁNOMOCNIK PREZESA ORL DS. OPERACYJNYCH
Agnieszka Skoczylas PEŁNOMOCNIK OIL DS. OPIEKI SENIORALNEJ I GERIATRII
Robert Madejek PEŁNOMOCNIK OIL DS. PRZECIWDZIAŁANIA DYSKRYMINACJI
Michał Gontkiewicz SKARBNIK
Jacek Sowiński SEKRETARZ ORL
Zuzanna Wojdyńska ZASTĘPCA SEKRETARZA ORL
Krzysztof Jankowski OKRĘGOWY RZECZNIK ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ
Arkadiusz Bogucki PRZEWODNICZĄCY OKRĘGOWEGO SĄDU LEKARSKIEGO
Elżbieta Latoszek-Banasiak PRZEWODNICZĄCA OKRĘGOWEJ KOMISJI REWIZYJNEJ

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
SPRAWY 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 DOSKONAŁENIA ZAWODOWEGO LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW tel. 22 542 83 76
| odz@oilwaw.org.pl
RADA FUNDUSZU SAMOPOMOCY tel. 22 542 83 33
DZIAŁ KOMUNIKACJI tel. 22 542 83 83 | 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



02-512 Warszawa | ul. Puławska 18 | tel. 22 542 83 48
biuro@oilwaw.org.pl
NIP 522-00-02-357

izba-lekarska.pl



Okręgowa
Izba Lekarska
w Warszawie

Klub Lekarza Przedsiębiorcy

Dla lekarzy i lekarzy dentystów
prowadzących własną działalność



Szkolenia menadżerskie,
prawne i księgowe



Preferencyjne usługi
księgowe, podatkowe,
ubezpieczeniowe i bankowe



Dostęp do wiedzy na temat
zakładania i prowadzenia
własnej praktyki – od JDG
po większe firmy



Networking podczas spotkań
lekarzy przedsiębiorców
służący wymianie doświadczeń
i budowaniu kontaktów

Dołącz już dzisiaj!

Zeskanuj kod QR i wyślij swoje zgłoszenie

