





# PZU Wojażer na szkolenia i odpoczynek

Specjalna oferta ubezpieczeń dla członków  
Okręgowej Izby Lekarskiej



**PZU Wojażer to ubezpieczenie podróżne, które pozwala spokojnie wyjechać – służbowo lub na wakacje – bez obaw o dodatkowe koszty.** W razie jakichkolwiek nieprzewidzianych zdarzeń podczas wyjazdu, takich jak problemy zdrowotne czy kradzież, **organizujemy fachowe wsparcie i pokrywamy związane z tym obciążenia finansowe.**

## Wygodne rozwiązanie

Raz wykupione ubezpieczenie PZU Wojażer dla lekarzy zapewnia ochronę przez cały rok. Nie trzeba pamiętać przy każdym wyjeździe o zakupie ubezpieczenia podróżnego.

Maksymalny okres ochrony ubezpieczeniowej podczas jednorazowego pobytu może jednak trwać **niedłużej niż 21 dni**, a długość wszystkich pobytów **w ciągu jednego roku nie może przekroczyć 45 dni.**

## Dla siebie lub dla całej rodziny

Każdy lekarz może wykupić ubezpieczenie **dla siebie** (ubezpieczenie indywidualne) albo **dla całej rodziny** (ubezpieczenie rodzinne).



Nasza ochrona obejmuje **cały świat**.  
Działa także **podczas wyjazdów szkoleniowych oraz naukowych.**

Zakres ubezpieczenia	Suma ubezpieczenia
Koszty leczenia	250 000 zł
Od następstw nieszczęśliwych wypadków	50 000 zł
Odpowiedzialność cywilna	250 000 zł
Bagaż podróży	1000 zł (indywidualne) 2000 zł (rodzinne)

W ramach przygotowanego pakietu oferujemy również ochronę ubezpieczeniową w zakresie:



kontynuacji leczenia po podróży,



uprawiania sportów wysokiego ryzyka,



szkód związanych ze sprzętem sportowym  
(w ramach ubezpieczenia bagażu).



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

- dzwoniąc pod numer: 22 494 36 50  
(opłata zgodna z taryfą operatora),
- pisząc na adres: [biuro@ins-med.pl](mailto:biuro@ins-med.pl),
- za pośrednictwem strony: [ins-med.pl](http://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](http://ins-med.pl) w zakładce „Ubezpieczenia dla lekarzy”.



# Spis treści

## MEDYCYNA

- 4 | Pora na dziecko**  
Aleksandra Sokalska
- 5 | Rodzina w czasie zmian**  
Artur Drobniak
- 6 | Zagubiony instynkt**  
Rozmowa z dr. n. med. i n. o zdr. Łukaszem Pydysiem, specjalistą położnictwa i ginekologii oraz perinatologii, ordynatorem położnictwa w Centrum Medycznym Żelazna
- 10 | Żółte światło dla zdrowia kobiet**  
Wywiad z prof. dr. n. med. Aleksandrem Prejbiszem z Narodowego Instytutu Kardiologii i prof. dr. hab. n. med. Przemysławem Kosińskim z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
- 14 | Co tu łyknąć?**  
Paweł Walewski
- 16 | Trudne początki**  
Magdalena Flaga-Łuczkiwicz
- 18 | Lekarzu, nie uleczysz się sam**  
Rozmowa z dr. n. med. Bohdanem Woronowiczem, psychiatrą, seksuologiem
- 20 | Żyłaki powrózka nasiennego: istotny element diagnostyki niepłodności i obniżonego testosteronu**  
Jan Świercz, Michał Wysocki

## SPRAWY LEKARZY DENTYSTÓW

- 22 | Samorząd ma pomagać, a nie szkodzić**  
Rozmowa z lek. dentystą Grzegorzem Kwitkiewiczem, wiceprezesem ORL, przewodniczącym Komisji ds. Lekarzy Dentystów
- 24 | Samorządowi wystarczy sił?**  
Anna Prawdzik
- 25 | Medycyna bez granic**  
Konferencja Zachód–Wschód

## ZDROWIE PUBLICZNE

- 29 | Między zarządzaniem a misją – czyli gdzie kończy się Excel, a zaczyna pacjent**  
Małgorzata Terlecka-Maciejewska
- 30 | Demografia bez znieczulenia**  
Artur Białoszewski
- 32 | Grójec stawia na młodych lekarzy**  
Dorota Lebedzińska, Aleksandra Sokalska
- 36 | Internetowe Konto Pacjenta ma być pierwszym punktem kontaktu pacjenta z systemem zdrowia**  
Artur Olesch

## PRAWO

- 38 | Dobra osobiste lekarza i lekarza dentystry – co warto wiedzieć**  
Wojciech Koźmiński

- 40 | Wypowiedzenie umowy o pracę**  
Gabriela Pacek

## IZBA BLIŻEJ LEKARZY

- 44 | Nowy rzecznik praw lekarza w OIL w Warszawie: „Jestem w izbie dla Was”**
- 46 | Aktualności Komisji ds. Kultury**
- 48 | Aktualności Komisji ds. Sportu**

## WYDARZENIA

- 42 | Briefing prasowy – System ochrony zdrowia odporny na wyzwania przyszłości**
- 50 | AIMed 2026 w Krakowie: o przyszłości medycyny**
- 50 | I Ogólnopolska Konferencja Kardiochirurgiczno-Kardiologiczna „HeartCore”**

## PO DYŻURZE

- 52 | Ślady dawnej medycyny – nowa wystawa ze zbiorów Głównej Biblioteki Lekarskiej**
- 54 | Kwitnące kasztany u Freuda**  
Monika Miłośz



Pobierz  
PDF lub e-book!

# Pora na dziecko



**ALEKSANDRA SOKALSKA**  
redaktor naczelna

**M**iesiące maj i czerwiec obfitują w dni związane z rodziną: świętujemy Dzień Matki, Dziecka i Ojca. Te okazje zainspirowały nas do rozważań na temat zmian demograficznych, które dotyczą Polskę. Dlatego w tym numerze „Pulsu” przyglądamy się zjawisku coraz późniejszego macierzyństwa. Dane Głównego Urzędu Statystycznego dobitnie pokazują, że od 1990 r. najwyższa płodność przesunęła się z grupy 20–24 lata do 25–29 lat, a nawet do grupy 30–34 lata. Obecnie decyzję o posiadaniu dziecka podejmujemy coraz później, dlatego pytamy specjalistę położnictwa i ginekologii oraz perinatologii dr. n. med. i n. o zdr. Łukasza Pydysia o ryzyka związane z zajściem w ciążę około czterdziestki. – *Dane naukowe jednoznacznie pokazują, że wiek matki jest jednym z czynników wpływających na ryzyko okołoporodowe* – mówi doktor. Podkreśla także, że *edukacja o płodności powinna zaczynać się stosunkowo wcześnie, nie po to, by kogokolwiek nakłaniać do rodzicielstwa, lecz po to, by młodzi ludzie rozumieli biologiczne ograniczenia i mogli podejmować decyzje świadomie.*

Odkładanie decyzji o macierzyństwie oznacza, że część kobiet w ciąży w ogóle nie zajdzie, płodność przecież wiąże się

z wiekiem. Co prawda w tym aspekcie rynek suplementów i niekonwencjonalnych metod próbuje przekonać, że płodność można bez żadnego problemu zwiększyć, jednak – jak pisze Paweł Walewski – *wbrew marketingowym narracjom płodność nie poddaje się łatwym skrótom. W przypadku kobiet najważniejszym czynnikiem pozostaje wiek – niepopularna prawda w epoce, która lubi wierzyć w nieograniczoną plastyczność biologii.*

Choć odkładanie decyzji o dziecku to tylko jedna z przyczyn starzenia się społeczeństwa, trzeba brać ją pod uwagę. O skutkach demograficznego tsunami pisze Artur Białoszewski, dyrektor Ośrodka Strategii i Analiz OIL w Warszawie. Jego zdaniem *ochrona zdrowia znajdzie się w najtrudniejszym miejscu tej układanki. Z jednej strony będzie musiała obsłużyć rosnącą liczbę pacjentów starszych, z drugiej – sama będzie traciła część doświadczonych kadr.* Serdecznie polecam tę analizę, bo pokazuje w sposób wieloaspektowy, z jak ogromnym wyzwaniem będą musieli wkrótce zmierzyć się lekarze. Czy system to wytrzyma? Artur Białoszewski trafnie komentuje to jednym zdaniem: *Warunek jest jeden: trzeba zacząć przed kryzysem, nie po nim...*

fot. Zuzanna Sokalska

## Przeciążenie pracą? Wypalenie zawodowe?



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

**Termin najbliższego spotkania: 26 czerwca | godz. 18.00–20.30**

Spotkania stacjonarne w siedzibie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie przy ul. Puławskiej 18.



Szczegółowe informacje  
i zapisy na stronie

# Rodzina w czasie zmian



**ARTUR DROBNIAK**  
prezes ORL w Warszawie

**K**iedy rozmawiam z koleżankami i kolegami po fachu, coraz częściej wraca temat zmieniającego się modelu rodziny. Zmieniają się tempo życia, priorytety i momenty podejmowania najważniejszych decyzji z punktu widzenia rodziny: związek, formalizacja, relacje z rodzicami i dziadkami, w tym także decyzja o rodzicielstwie.

Jeszcze w końcówce XX w. urodzenie pierwszego dziecka przed trzydziestką było normą. Dziś coraz częściej pojawia się ono po 35. roku życia, a nawet później. Dotyczy to także środowiska lekarskiego. Wiele lekarek odkłada decyzję o macierzyństwie (a lekarzy o tacierzyństwie), najpierw kończąc wymagające studia, potem specjalizację czy jeszcze zdobywanie stopni naukowych. To naturalny wybór w świecie, który stawia przed młodymi ludźmi coraz więcej wymagań edukacyjnych i zawodowych.

Medycyna jednak przypomina nam, że biologii nie da się całkowicie podporządkować planom zawodowym. Późne macierzyństwo częściej wiąże się z problemem niepłodności czy trudnościami z zajściem w ciążę. Rośnie też częstość powikłań ciąży oraz większego ryzyka zaostrzenia chorób współistniejących. Z roku na rok wzrasta liczba par zmagających się z niepłodnością, a jej leczenie staje się coraz ważniejszym obszarem współczesnej medycyny.

Wszystko to wpisuje się w szerszy obraz zmian demograficznych w Polsce. Rodzi się mniej dzieci, a społeczeństwo starzeje się w tempie, które jeszcze niedawno wydawało się trudne do wyobrażenia. Coraz wyraźniej widać, że w jednej

rodzinie spotykają się dziś cztery pokolenia – a jednocześnie tych najmłodszych jest coraz mniej.

Dla nas, lekarzy, oznacza to podwójną odpowiedzialność. Z jednej strony, musimy być przygotowani na opiekę nad rosnącą populacją osób starszych – pacjentów z chorobami przewlekłymi, wielochorobowością, często opuszczonych przez najbliższą rodzinę, wymagających nie tylko wiedzy medycznej, ale również empatii i systemowej organizacji opieki.

Z drugiej strony, naszym zadaniem pozostaje wspieranie zdrowia prokreacyjnego społeczeństwa. Oznacza to edukację, wczesną diagnostykę problemów z płodnością, nowoczesną opiekę nad kobietą w ciąży oraz zapewnienie maksymalnego bezpieczeństwa matce i dziecku. Każda dobrze poprowadzona ciąża i każdy bezpieczny poród to nie tylko sukces medyczny – to także inwestycja w przyszłość naszego społeczeństwa.

Lekarze od zawsze byli świadkami najważniejszych momentów ludzkiego życia: narodzin, choroby, starzenia się. Dziś te momenty coraz wyraźniej splatają się ze sobą w zmieniającej się strukturze rodziny. Naszym obowiązkiem jest nie tylko reagować na te zmiany, ale również pomagać społeczeństwu przejść przez nie mądrze i bezpiecznie.

Bo przyszłość demograficzna kraju nie jest jedynie statystyką. To konkretne historie rodzin – tych, które dopiero planują dziecko, i tych, które uczą się godnie przeżywać długie życie swoich najstarszych członków. A w obu tych momentach obok pacjentów stoją lekarze. I to jest odpowiedzialność, którą nosimy na co dzień, nawet jeśli nie jest w pełni uświadomiona. ●

# Zagubiony instynkt

Coraz częściej rodzicielstwo odkładamy na (trochę) później, mamieni pokusami dostatniego życia i braku barier medycznych. Czy naprawdę późne macierzyństwo to dla medycyny i kobiety bułka z masłem, pytam **dr. n. med. i n. o zdr. Łukasza Pydysia**, specjalistę położnictwa i ginekologii oraz perinatologii, ordynatora położnictwa w Centrum Medycznym Żelazna.

rozmawiała **ALEKSANDRA SOKALSKA**



**K**iedyś mówiono o późnym macierzyństwie w kontekście kobiet po 30. roku życia. Jakiś czas temu granica przesunęła się do 35 lat. Czy to znaczy, że medycyna poszła do przodu i kobieta zyskała te pięć dodatkowych lat na ciążę nieobarczoną ryzykiem związanym ze starszym wiekiem? Czy też raczej przesunięcie granicy wynika po prostu ze zmian społecznych, a biologii nadal – mimo nowoczesnych technik medycznych – nie da się oszukać?

Granica 35. roku życia ma w dużej mierze charakter umowny. Została utrwalona przede wszystkim w kontekście oceny ryzyka wad genetycznych i potrzeby stosowania w badaniach naukowych

konkretnych punktów odcięcia. Gdy kilkadziesiąt lat temu zaczęto szerzej wprowadzać programy badań prenatalnych, zauważono, że po 35. roku życia ryzyko urodzenia dziecka z zespołem Downa istotnie się zwiększa. Z czasem ten wiek zaczął funkcjonować w powszechnym przekazie jako symboliczna granica późnego macierzyństwa. Trzeba jednak podkreślić, że biologia nie działa skokowo. Związek wieku z ryzykiem powikłań ciąży jest raczej procesem ciągłym, a nie nagłą zmianą zachodzącą w dniu 35. urodzin.

Dane naukowe jednoznacznie pokazują, że wiek matki jest jednym z czynników wpływających na ryzyko okołoporodowe. Wynika to m.in. z częstszego występowania wraz z wiekiem chorób przewlekłych, takich jak nadciśnienie tętnicze, cukrzyca czy inne schorzenia metaboliczne. Warto jednak zaznaczyć, że sam wiek również ma znaczenie. Nawet u kobiety zdrowej, szczupłej, aktywnej fizycznie i dobrze przygotowanej do ciąży ryzyko pewnych niekorzystnych zdarzeń, takich jak nagłe cięcie cesarskie czy gorszy stan noworodka po porodzie, stopniowo rośnie wraz z kolejnymi latami życia. Nie oznacza to oczywiście, że każda późniejsza ciąża musi być powikłana, ale wymaga bardziej świadomego planowania i uważniejszej opieki.

**A jak wiek pacjentki przekłada się na ryzyko innych wad genetycznych u dziecka?**

Ryzyko wielu nieprawidłowości genetycznych również zwiększa się wraz z wiekiem kobiety. Wynika to przede wszystkim z biologii komórek jajowych,

które powstają jeszcze w jej życiu płodowym i starzeją się razem z kobietą. Im starsze komórki jajowe, tym większe prawdopodobieństwo zaburzeń w materiale genetycznym. Ten wzrost ryzyka przez długi czas ma charakter stopniowy, choć w przypadku niektórych wad po określonym wieku staje się wyraźniejszy. Dla wielu nieprawidłowości obserwuje się istotniejsze nasilenie ryzyka ok. 37. roku życia, choć oczywiście zależy to od rodzaju wady i indywidualnej sytuacji pacjentki.

### **Ważna zatem jest diagnostyka prenatalna. Czy cały czas to te same badania diagnostyczne?**

Zakres podstawowych metod diagnostycznych jest od lat podobny, natomiast zmieniła się dostępność badań przesiewowych. Od 2025 r. program badań prenatalnych został rozszerzony na wszystkie kobiety ciężarne, a nie tylko na pacjentki z podwyższonym ryzykiem wynikającym np. z wieku powyżej 35 lat albo wcześniejszego urodzenia dziecka z wadą. Oznacza to, że obecnie każda ciężarna może skorzystać z podstawowej diagnostyki przesiewowej w kierunku wad genetycznych. W zależności od wyniku i wskazań klinicznych diagnostyka może być następnie uzupełniona o badanie wolnego DNA płodowego albo o badania inwazyjne, takie jak amniopunkcja.

### **Jakie jeszcze ryzyka związane ze zdrowiem dziecka wynikają z późnego zajścia w ciążę?**

Jeśli mówimy wyłącznie o bezpośrednim wpływie wieku matki na zdrowie dziecka, poza ryzykiem wad genetycznych trudno wskazać jedno izolowane ryzyko dotyczące tylko płodu. W praktyce ciąży nie da się jednak oddzielić od stanu zdrowia kobiety. Kondycja dziecka jest ściśle związana z kondycją matki. U starszych ciężarnych częściej występują nadciśnienie tętnicze, cukrzyca ciążowa czy inne powikłania, które mogą wpływać na rozwój płodu. Częściej obserwuje się również porody przedwczesne, a wcześniactwo samo w sobie wiąże się z określoną pulą możliwych konsekwencji zdrowotnych. O porównywalnym przebiegu ciąży u kobiety starszej i młodszej możemy mówić przede wszystkim wtedy, gdy starsza pacjentka jest zdrowa, ciąża przebiega bez powikłań, a u dziecka nie stwierdza się wad genetycznych ani wrodzonych.

### **Rozumiem, że wraz z wiekiem matki wzrasta nie tylko ryzyko dla zdrowia dziecka, ale także ryzyko powikłań położniczych takich jak już wspomniany poród przedwczesny.**

Tak. W zasadzie wiele powikłań opisanych w podręcznikach położnictwa występuje częściej u pacjentek w starszym wieku reprodukcyjnym. Skala tego

wzrostu jest różna w zależności od konkretnego powikłania, ale ogólny kierunek jest dość dobrze udokumentowany.

Warto przy tym pamiętać, że ryzyko okołoporodowe rzadko wynika z jednego czynnika. Często nakładają się na siebie kilka elementów: wiek pacjentki, sposób zajścia w ciążę, choroby współistniejące, wcześniejsze niepowodzenia położnicze czy przebieg obecnej ciąży. Ich łączny wpływ może być większy niż prosta suma pojedynczych czynników. Inaczej oceniamy więc ryzyko u 40-letniej pacjentki po leczeniu niepłodności, z nadciśnieniem i obciążonym wywiadem położniczym, a inaczej u zdrowej 40-latk, która wcześniej urodziła kilkoro dzieci drogami natury i zachodzi w ciążę spontanicznie. Sam wiek jest ważny, ale zawsze należy go interpretować w szerszym kontekście klinicznym.

### **A jakie są konsekwencje zdrowotne dla matki związane z późnym macierzyństwem?**

Starsza ciężarna ma większe ryzyko cukrzycy ciążowej i nadciśnienia tętniczego niż pacjentka młodsza. U części kobiet powikłania ujawniające się w ciąży mogą być także sygnałem większej podatności na problemy zdrowotne w przyszłości, w tym nadciśnienie, zaburzenia gospodarki węglowodanowej, cukrzycę typu 2 czy choroby sercowo-naczyniowe. Warto również wspomnieć, że



**dialog**  
CENTRUM TERAPII

**PSYCHOTERAPIA**

**Centrum Terapii Dialog** to nagradzany ośrodek psychoterapii, w którym zapewniamy kompleksową opiekę psychoterapeutyczną:

- ✓ Psychoterapię prowadzoną przez psychoterapeutów z atestowanych szkół psychoterapii – ekspertów od depresji, zaburzeń osobowości, lęków, zaburzeń snu i innych trudności.
- ✓ Metody EBM o udokumentowanej skuteczności w leczeniu takie jak: CBT, MBT – terapia oparta o mentalizację, terapia schematów, terapia systemowa.
- ✓ Terapię w Warszawie i online, indywidualną i grupową.



**SZCZEGÓŁY:**  
[www.terapiadialog.pl](http://www.terapiadialog.pl)

zapłodnienie pozaustrojowe, które częściej dotyczy kobiet w bardziej zaawansowanym wieku reprodukcyjnym, wiąże się ze zwiększoną częstością niektórych powikłań położniczych. Nie oznacza to, że jest to metoda niebezpieczna, ale wymaga właściwej kwalifikacji, przygotowania pacjentki i uważnego prowadzenia ciąży.

Jest jeszcze jedna istotna kwestia. Poród u kobiety po 40. roku życia, która rodzi pierwsze dziecko, może przebiegać inaczej niż u młodszej pacjentki. Wraz z wiekiem zmienia się odpowiedź tkanek na bodźce hormonalne, w tym na oksytocynę, a czynność skurczowa macicy może być mniej efektywna. Dlatego u pacjentek po 40. roku życia rekomendacje często wskazują na rozważenie indukcji porodu przed terminem, zwykle ok. tygodnia wcześniej. Wynika to z bilansu ryzyka: w tej grupie kontynuacja ciąży po określonym czasie może wiązać się z większym ryzykiem niż samo wywołanie porodu.

Część kobiet po 40. roku życia, zwłaszcza rodzących po raz pierwszy, rozważa planowe cięcie cesarskie. Warto jednak jasno mówić, że cięcie cesarskie jest operacją, a nie jedynie alternatywnym sposobem zakończenia ciąży. Jak każda operacja może wiązać się z powikłaniami krótko- i długoterminowymi, takimi jak zrosty, przewlekłe dolegliwości bólowe, przepukliny czy większe ryzyko w kolejnych ciążach. Każda następna ciąża po cięciu cesarskim wymaga już innej kwalifikacji i bardziej uważnej oceny ryzyka. Dlatego decyzja o sposobie porodu powinna wynikać z przesłanek medycznych, rozmowy z pacjentką i rzetelnego przedstawienia korzyści oraz ograniczeń każdej opcji.

W praktyce klinicznej widzimy również, że późne macierzyństwo bywa związane z innymi wyzwaniami adaptacyjnymi. Nie chodzi o to, by oceniać kobiety ani zakładać, że wiek osłabia więź z dzieckiem. Raczej o to, że u części pacjentek późna pierwsza ciąża pojawia się po wielu latach samodzielnej funkcjonowania, stabilnej pozycji zawodowej i jasno ukształtowanego stylu życia. Wejście w rolę matki, szczególnie bezpośrednio po porodzie, może być wtedy dużą zmianą psychiczną i organizacyjną. Niektóre kobiety potrzebują więcej

wsparcia, spokojnego prowadzenia i czasu na odnalezienie się w nowej sytuacji.

Dojrzałe pacjentki często są bardzo świadome, dobrze przygotowane i mają jasno określone oczekiwania wobec porodu. To może być ogromna wartość, ponieważ sprzyja partnerskiej rozmowie i podejmowaniu świadomych decyzji. Czasami jednak szczegółowy plan porodu zderza się z dynamiczną sytuacją kliniczną, w której konieczna jest szybka zmiana postępowania. W takich momentach mogą pojawiać się konflikty, a ich częstość nierzadko koreluje z wiekiem pacjentki. Dlatego szczególnie ważne są zaufanie, wcześniejsza edukacja i dobra komunikacja. Lekarz powinien jasno tłumaczyć, dlaczego proponuje określoną interwencję, a pacjentka powinna mieć poczucie, że jej zdanie jest słyszane, nawet jeśli względy bezpieczeństwa wymagają odejścia od wcześniejszego planu.

**Czy zatem ginekolodzy jasno informują bezdzietne starsze pacjentki, że zwlekanie z ciążą będzie się wiązać z wyższym ryzykiem, a w związku z tym warto jednak rozważyć zajście w ciążę już teraz? Czy też raczej takie mówienie wprost nie jest praktykowane, bo każda kobieta ma prawo sama decydować, kiedy poczęcie nastąpi?**

Mam poczucie, że w tym obszarze rzeczywiście brakuje spójnego języka. Z jednej strony są lekarze, którzy mówią pacjentkom bardzo wprost, czasem wręcz zbyt dosadnie, że z wiekiem ciąża może być trudniejsza, bardziej ryzykowna albo mniej prawdopodobna. Z drugiej część lekarzy unika tego tematu, ponieważ obawia się, że taka rozmowa zostanie odebrana jako oceniająca. Tymczasem naszym zadaniem nie jest ocenianie decyzji życiowych pacjentek, ale rzetelne przekazywanie informacji medycznych. Wiek, podobnie jak masa ciała, choroby przewlekłe czy styl życia, wpływa na płodność, przebieg ciąży i ryzyko powikłań. Nie powinniśmy tego przemilczać, ale mówić o tym z szacunkiem, bez etykietowania i presji. Edukacja o płodności powinna zaczynać się stosunkowo wcześniej, nie po to, by kogokolwiek nakłaniać do rodzicielstwa, lecz po to, by młodzi ludzie

rozumieli biologiczne ograniczenia i mogli podejmować decyzje świadomie. Warto mówić, że odkładanie planów prokreacyjnych może mieć konsekwencje zdrowotne, ale jednocześnie pamiętać, że decyzja o dziecku zawsze zależy od wielu czynników: osobistych, rodzinnych i społecznych.

**Może wszyscy jesteśmy ofiarami zbytnej poprawności i nieograniczonego prawa do wolności?**

Myszę, że potrzebujemy w Polsce spokojniejszej i bardziej dojrzałej rozmowy o zdrowiu reprodukcyjnym, ciąży i porodzie. W niektórych krajach Europy Zachodniej częściej niż u nas prowadzi się porody w modelach opieki mniej zmedykalizowanej, oczywiście wtedy, gdy nie ma przeciwwskazań medycznych. Może to wynikać z większego nacisku na edukację zdrowotną, innego modelu opieki okołoporodowej i większego zaufania do fizjologii porodu. W Polsce odsetek cięć cesarskich jest bardzo wysoki, co pokazuje skalę medykalizacji położnictwa. Trzeba jednak uczciwie dodać, że stoją za tym różne czynniki: oczekiwania części pacjentek, praktyka kliniczna, obawa przed powikłaniami, uwarunkowania prawne oraz organizacja systemu. Dlatego nie sprwadzałbym tego problemu do prostego przeciwstawienia: pacjentki kontra lekarze. To raczej szersze wyzwanie dla całego systemu opieki.

**Pana zdaniem edukacja zdrowotna, która już wkrótce stanie się przedmiotem obowiązkowym, zmieni statystyki? Czy jednak w programie nie ma zbyt dużo materiału na ten temat?**

Materiału rzeczywiście jest dużo, przynajmniej w założeniach. Problemem może być jednak organizacja i przygotowanie osób, które mają go przekazywać. Nawet w szkołach niepublicznych nie zawsze łatwo znaleźć odpowiednio przygotowaną kadrę do prowadzenia edukacji zdrowotnej w sposób rzetelny, nowoczesny i dostosowany do wieku uczniów.

**Czyli podręcznik jest, kadry nie ma.** Tak, choć problem nie dotyczy wyłącznie szkoły. Podobne braki widzimy



fot. licencja OLiL w Warszawie

w podstawowej edukacji zdrowotnej całego społeczeństwa. Dobrym przykładem jest rola położnych. Dyskutuje się dziś o liczbie położnych w systemie i o tym, że przy spadającej liczbie porodów część z nich może mieć mniej pracy w tradycyjnie rozumianej opiece okołoporodowej. Tymczasem położne mają ogromny potencjał edukacyjny. Mogłyby prowadzić edukację zdrowotną dzieci, młodzieży, kobiet i rodzin, również w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. To zasób, którego moim zdaniem nie wykorzystujemy w pełni.

**Późne macierzyństwo może mieć jednak także plus – dojrzałe kobiety zwykle bardziej świadomie podchodzą do zajścia w ciążę.**

To prawda, że wiele dojrzałych kobiet podchodzi do ciąży bardzo świadomie i odpowiedzialnie. W praktyce jednak widzimy różne sytuacje. Zdarzają się pacjentki, które zgłaszają się do ginekologa dopiero po dodatnim teście ciążowym, mimo że wcześniej nie wykonywały regularnych badań profilaktycznych. Bywają też kobiety po leczeniu niepłodności, które są już w ciąży, ale jednocześnie mają nieprawidłową cytologię,

dawno niewykonywane badanie piersi albo znacznie podwyższone BMI. To pokazuje, że samo późniejsze macierzyństwo nie zawsze oznacza pełne przygotowanie zdrowotne do ciąży.

**Jak to możliwe? Przed zabiegiem *in vitro* nie wykonuje się badań?**

Zakres przygotowania bywa różny. Nie każda ścieżka diagnostyczna jest prowadzona równie kompleksowo, a część problemów, takich jak znacznie podwyższone BMI, wymaga czasu i długofalowego postępowania. W przypadku leczenia niepłodności pojawia się też presja czasu, zwłaszcza u pacjentek w starszym wieku reprodukcyjnym. Pacjentka chce zajść w ciążę możliwie szybko, a lekarze koncentrują się na osiągnięciu tego celu. Czasem jednak z perspektywy całościowej opieki należałoby najpierw powiedzieć: warto poprawić stan zdrowia, zmniejszyć masę ciała, uregulować choroby przewlekłe, a dopiero potem podejmować starania. U części kobiet taka strategia może nawet zwiększyć szanse na ciążę spontaniczną albo zmniejszyć ryzyko powikłań.

Współczesna medycyna coraz częściej działa w wysokospecjalistycznych

segmentach. Lekarz zajmujący się leczeniem niepłodności nie zawsze prowadzi później ciążę i nie zawsze uczestniczy w porodzie. Z kolei położnik spotyka pacjentkę na kolejnym etapie i musi zmierzyć się z ryzykiem, które wynika również z wcześniejszych decyzji. Nie chodzi o przerzucanie odpowiedzialności, ale o potrzebę lepszej koordynacji opieki. Pacjentka planująca ciążę, szczególnie w późniejszym wieku, powinna być prowadzona możliwie całościowo: od przygotowania prekonceptyjnego, przez leczenie niepłodności, aż po ciążę i poród.

Dlatego jeszcze raz podkreślę, że kluczowa jest edukacja. Decyzja o rodzicielstwie często jest odkładana z powodu studiów, rozwoju zawodowego, potrzeby stabilizacji finansowej czy mieszkaniowej. To społecznie zrozumiałe, ale z perspektywy biologii reprodukcji czas pozostaje istotnym czynnikiem. Odroczenie planów prokreacyjnych może wiązać się ze spadkiem płodności oraz wzrostem ryzyka niektórych powikłań położniczych. Rolą lekarzy i edukatorów nie jest ocenianie tych decyzji, lecz przekazywanie rzetelnej wiedzy, aby kobiety i pary mogły planować rodzicielstwo w sposób możliwie świadomy. ●

# Żółte światło dla zdrowia kobiet

Stan przedrzucawkowy (preeklampsja) dotyczy kilku procent ciąż, ale pozostaje jednym z najpoważniejszych powikłań położniczych. Jak podkreślają eksperci, jego znaczenie nie kończy się jednak wraz z porodem. To sygnał ostrzegawczy, który może zapowiadać rozwój chorób sercowo-naczyniowych nawet kilkadziesiąt lat później. O tym, dlaczego konieczna jest ścisła współpraca położników i kardiologów oraz jak skutecznie identyfikować i monitorować pacjentki z grupy ryzyka, rozmawiamy z **prof. dr. n. med. Aleksandrem Prejbiszem** z Narodowego Instytutu Kardiologii i **prof. dr. hab. n. med. Przemysławem Kosińskim** z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

rozmawiała **DOROTA LEBIEDZIŃSKA**



prof. dr n. med.  
Aleksander Prejbisz

**S**tan przedrzucawkowy przez lata był traktowany jako powikłanie ograniczone do okresu ciąży. Dziś coraz częściej mówi się o jego długofalowych konsekwencjach. **Jak powinniśmy to rozumieć?**

**Aleksander Prejbisz (AP):** Zdecydowanie jako coś znacznie więcej niż tylko powikłanie ciąży. Obecnie wiemy, że stan przedrzucawkowy jest markerem zwiększonego ryzyka sercowo-naczyniowego w przyszłości. Kobiety, u których wystąpił, częściej w kolejnych latach chorują na nadciśnienie tętnicze, mają większe ryzyko zawału serca, udaru mózgu czy niewydolności serca. Co istotne, nie mówimy tu o bardzo odległej przyszłości – to perspektywa 20–30 lat, czyli wciąż aktywnego życia.

**Przemysław Kosiński (PK):** I to jest właśnie pewna niesprawiedliwość natury. Kobieta przechodzi poważne powikłanie ciąży, które samo w sobie jest zagrożeniem dla niej i dla dziecka,

a jednocześnie zostaje obciążona na przyszłość. Można powiedzieć, że preklampsja „znakuje” pacjentkę – zwiększa jej ryzyko chorób metabolicznych, sercowo-naczyniowych, a nawet skracają długość życia.

### Co dzieje się z takimi pacjentkami po porodzie? Czy system opieki nad nimi się zmienia?

**AP:** Tak, i to bardzo konkretnie. Od ponad dwóch lat prowadzimy współpracę z oddziałem ginekologii i położnictwa szpitala przy ul. Żwirki i Wigury. Wszystkie pacjentki, u których w ciąży wystąpiło nadciśnienie lub stan przedrzucawkowy, są kierowane do naszej Poradni Kardiometabolicznej w Narodowym Instytucie Kardiologii. Oceniamy ich ryzyko sercowo-naczyniowe ok. trzech miesięcy po porodzie.

**PK:** My z kolei wystawiamy takie skierowanie już przy wypisie ze szpitala. To bardzo ważne, bo daje pacjentce jasny komunikat: to nie koniec leczenia, tylko jego kolejny etap. Badania wskazują, że u kobiet z nadciśnieniem tętniczym w ciąży podwyższone wartości ciśnienia tętniczego mogą utrzymywać się aż do trzech miesięcy po porodzie, a podwyższona kreatynina i obniżona funkcja nerek stanowią silne czynniki predykcyjne.

**AP:** Pierwsze podsumowania naszej współpracy są bardzo wymowne. Spośród ponad 100 przebadanych pacjentek tylko jedna na cztery nie miała żadnego czynnika ryzyka chorób układu krążenia. Najczęściej obserwujemy nadwagę, otyłość oraz nadciśnienie tętnicze, które u co trzeciej kobiety utrzymuje się także po ciąży. Dodatkowo u ok. 10 proc. stwierdzamy istotne zaburzenia lipidowe, w tym znacznie podwyższony poziom cholesterolu i lipoproteiny(a), a u części pacjentek – zwiększoną albuminurię. Zaletą naszej współpracy kardiologiczno-położniczej jest również to, że gdy pacjentka zachodzi w kolejną ciążę, pozostaje pod naszą wspólną opieką. Do tej pory objęliśmy nią już prawie 200 pacjentek po przebytych stanie przedrzucawkowym i kilkanaście z nich po raz kolejny było lub jest w ciąży.

### Skąd w ogóle bierze się stan przedrzucawkowy? Czy lekarze znają jego przyczyny?

prof. dr hab. n. med.  
Przemysław Kosiński



fot. archiwum prywatne

**AP:** To dość złożony problem. Mamy trzy główne elementy. Po pierwsze – predyspozycję genetyczną. Jeśli matka pacjentki miała stan przedrzucawkowy, ryzyko jest na pewno wyższe. Po drugie – czynniki sercowo-naczyniowe, takie jak otyłość, nadciśnienie czy wiek. I po trzecie – nieprawidłowe funkcjonowanie łożyska.

**PK:** Upraszczając, można powiedzieć, że problem zaczyna się od zbyt małego przepływu krwi przez łożysko. W efekcie dziecko otrzymuje mniej składników odżywczych, a organizm matki próbuje to kompensować poprzez podniesienie ciśnienia tętniczego. To mechanizm ochronny dla płodu, ale u części kobiet prowadzi do rozwoju choroby. Warto też podkreślić, że reakcja organizmu nie jest przypadkowa. Kobiety, u których rozwija się preklampsja, mają pewną „podatność” – ich układ krążenia reaguje silniej na bodźce hormonalne. To tłumaczy, dlaczego w przyszłości łatwiej rozwija się u nich nadciśnienie.

### Czy zmieniający się styl życia i model macierzyństwa wpływają na częstość tego powikłania?

**AP:** Zdecydowanie. Obecnie obserwujemy przesunięcie wieku, w którym kobiety rodzą pierwsze dziecko – ponad połowa rodzi po 30. roku życia. Sam wiek jest czynnikiem ryzyka, a po 40. roku życia ryzyko stanu przedrzucawkowego rośnie jeszcze bardziej. Do tego dochodzi coraz częściej również otyłość i inne obciążenia metaboliczne.

### Jak można zapobiegać stanowi przedrzucawkowemu?

**PK:** Najważniejsze jest tutaj wczesne rozpoznanie ryzyka. Już w pierwszym trymestrze, między 11. a 14. tygodniem ciąży, możemy bardzo skutecznie ocenić, czy pacjentka należy do grupy wysokiego ryzyka. Wykorzystujemy do tego wywiad, pomiary ciśnienia, badania laboratoryjne oraz ocenę przepływów w tętnicach macicznych w badaniu USG.



**AP:** Jeśli wiemy, że pacjentka znajduje się w grupie ryzyka, możemy wdrożyć skuteczną profilaktykę. Najlepiej udokumentowane działania to regularna aktywność fizyczna oraz stosowanie kwasu acetylosalicylowego przed 16. tygodniem ciąży. Bardzo ważna jest także kontrola ciśnienia tętniczego.

**PK:** Warto przy tym obalić pewien mit – kobieta w ciąży nie powinna leżeć bez potrzeby. Wręcz przeciwnie, umiarkowana aktywność fizyczna ma działanie ochronne.

#### **Czy rzeczywiście stan przedrzucawkowy częściej występuje w pierwszej ciąży?**

**PK:** Tak, największe ryzyko dotyczy pierworódek. Jednocześnie przebycie stanu przedrzucawkowego w poprzedniej ciąży znacząco zwiększa ryzyko jego nawrotu w kolejnej, przewyższając ryzyko populacyjne.

#### **Jak powinna wyglądać opieka nad pacjentką po takiej ciąży?**

**PK:** Przede wszystkim nie może się kończyć na wypisie ze szpitala. Pacjentka powinna zostać skierowana do kardiologa i objęta długofalową opieką. Oczywiście my wiemy, że nie zgłosi się od razu – musi odnaleźć się w nowej sytuacji, nauczyć się opieki nad dzieckiem. Ale jeśli trafi do specjalisty po trzech miesiącach, tak jak dzieje się to w wypracowanym przez nas modelu, to jest to w pełni wystarczające.

**AP:** A my, kardiolodzy i hipertensjology, mamy tutaj ogromną rolę. Powinniśmy monitorować takie pacjentki i wychwytywać nawet subtelne sygnały zwiększonego ryzyka. Na tym etapie kluczowa jest także edukacja i zmiana stylu życia.

#### **A jaką rolę odgrywa w rozpoznaniu tej choroby lekarz POZ?**

**PK:** To często pierwszy kontakt pacjentki z systemem ochrony zdrowia w ciąży. Lekarz POZ powinien skierować ją na badania pierwszego trymestru i uświadomić, że istnieje takie ryzyko jak stan przedrzucawkowy. Wczesna diagnostyka pozwala skutecznie zapobiegać chorobie.

#### **Czy można powiedzieć, że stan przedrzucawkowy to ostrzeżenie od organizmu?**

**AP:** Zdecydowanie. To sygnał: coś zaczyna się dziać, trzeba działać. Jeśli odpowiednio wcześnie wdrożymy profilaktykę i opiekę specjalistyczną, możemy znacząco zmniejszyć ryzyko poważnych chorób w przyszłości.

**PK:** A dla nas wszystkich – lekarzy – to ważne przypomnienie, że ciąża może ujawnić problemy zdrowotne, które będą miały znaczenie przez całe życie kobiety. ●

# Co tu łyknać?



**PAWEŁ WALEWSKI**  
autor jest publicystą „Polityki”

Płodność – ta najbardziej intymna i fundamentalna sfera ludzkiej egzystencji – stała się ostatnim bastionem, który próbujemy zdobyć nie tylko nauką, ale i czystą magią.

Niewiele jest sfer życia, które opierają się racjonalnemu porządkowi. Ta jest pierwotna, kapryśna i – co najważniejsze – ściśle związana z upływem czasu. Nic dziwnego, że gdy zawodzi, pacjenci sięgają po metody, które w innych dziedzinach medycyny nazwalibyśmy co najmniej optymistycznymi. Skoro ludzie potrafią sięgać po niekonwencjonalne metody leczenia alergii, nowotworów czy przewlekłych „korzonków”, to dlaczego mieliby nie szukać ich tam, gdzie stawką jest dziecko – najbardziej elementarne z ludzkich pragnień?

Rynek cudownych sposobów na płodność rozrósł się więc do rozmiarów niemal metafizycznych: od kapsulek z żeńszemieniem, przez korzeń macy, po mieszanki ziół, których nazwy brzmią jak fragmenty zaklęć z nie do końca

przetłumaczonego sanskrytu. *Ashwagandha, tribulus, vitex* (niepokalanek), *dong quai*, czerwona koniczyna – to tylko niektóre gwiazdy tego firmamentu. Fora, grupy na Facebooku i konta influencerów medycznych (lub udających takich) pełne są historii „przed i po”. Dwie tabletki dziennie, które poleciła żona, jedna od teściów wyczekujących niecierpliwie wnuków, trzecia „bo w reklamie mówili, że poprawia ruchliwość”. Internet, ten niezmordowany doradca, oferuje katalog obietnic: poprawę jakości nasienia w trzy tygodnie, zwiększenie liczby plemników, „rewitalizację” jajników czy nawet regulację cyklu hormonalnego przy pomocy naparów, które równie dobrze mogłyby służyć jako przyprawa do barszczu. W tle po-brzmiewa przekonanie, że skoro coś jest naturalne, to musi być bezpieczne – co

jest mniej więcej tak trafne jak twierdzenie, że każda roślina nadaje się do spożycia, bo przecież rośnie w naturze.

W gabinetach lekarskich ta wiara przybiera postać konkretną i policzalną. Coraz częściej pierwsza wizyta pary starającej się o dziecko przypomina przegląd apteczki: witamina D, cynk, selen, kwas foliowy, koenzym Q10. Ciało pacjenta staje się swoistą tablicą Mendelejewa, a wątroba – przeciążonym laborantem, który próbuje z tej chemicznej kakofonii stworzyć coś użytecznego. „Suple”, jak pieśzcotliwie nazywają je pary, stały się częścią rytuału starania się o dziecko na równi z pomiarem temperatury i aplikacjami do śledzenia owulacji.

Problem polega na tym, że organizm ludzki nie działa na zasadzie im więcej, tym lepiej. Współczesne przewitaminizowanie nie jest już abstrakcją z podręcznika toksykologii, lecz realnym zjawiskiem, które może zaburzać funkcjonowanie całej gospodarki metabolicznej. Z perspektywy klinicznej rozsądniej byłoby zastosować jeden, dobrze przebadany preparat, w którym składniki dobrano w odpowiednich proporcjach i którego działanie oceniano w konkretnych badaniach. Ale nawet wtedy mówimy o terapii wspomagającej – dodatku, nie rozwiązaniu. Tylko jak wytłumaczyć to pacjentom, którzy tuż przed czterdziestką przypomnieli sobie, że może warto założyć rodzinę?

Wbrew marketingowym narracjom płodność nie poddaje się łatwym skrótom. W przypadku kobiet najważniejszym czynnikiem pozostaje wiek – niepopularna prawda w epoce, która lubi wierzyć w nieograniczoną plastyczność biologii. Żadne smoothie z dodatkiem superfoods, polecane przez influencerki z TikToka, nie zatrzyma wskazówek zegara. U mężczyzn sytuacja jest bardziej rozproszona, ale nie mniej wymagająca. Jakość nasienia pogarsza się pod wpływem wielu czynników: przebytych infekcji, takich jak rzeżączka, żyłaków powrózka nasiennego, niezdiagnozowanych zaburzeń genetycznych i rozwojowych, stanów zapalnych, urazów, nowotworów jąder. Do tego dochodzi styl życia – otyłość, alkohol, papierosy, brak ruchu – oraz ekspozycja na chemikalia obecne w powietrzu i pożywie-

niu. To wszystko składa się na długoterminowy trend, który lekarze obserwują od dekad: spadek liczby plemników. Normy, które kiedyś wydawały się oczywiste, zmieniły się. Jeszcze kilkadziesiąt lat temu za prawidłową uznawano liczbę 20 mln plemników w 1 ml ejakulatu; dziś granica ta wynosi 16 mln. W całym ejakulacie – zamiast 60 mln wystarcza 39. To nie jest postęp, lecz dostosowanie oczekiwań do rzeczywistości. A nawet te liczby nie mówią wszystkiego: liczy się przecież morfologia i ruchliwość. Można mieć miliony żołnierzy, którzy – ujmując rzecz bez zbędnej metafory – nie wykazują większej inicjatywy.

W tym kontekście wiara w magiczne suplementy nabiera cech pewnej ironii. Preparaty z żeń-szeniem czy korzeniem

macy są przedstawiane jako remedium na wszystko – od zmęczenia po zaburzenia hormonalne – choć dowody naukowe na ich skuteczność pozostają ograniczone i niejednoznaczne. Podobnie rzecz ma się z popularnymi mieszankami ziół, które według internetowych poradników regulują gospodarkę hormonalną. Regulacja ta, jeśli w ogóle zachodzi, odbywa się raczej w sferze oczekiwań niż fizjologii. Nie oznacza to, że medycyna pozostaje bezradna, tylko jedynie, że jej narzędzia są bardziej złożone niż obietnice reklamowe. Diagnostyka przyczyn niepłodności – zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn – wymaga czasu, precyzji i często trudnych decyzji terapeutycznych. W tym sensie suplementy mogą pełnić rolę pomocniczą, ale nie zastąpią leczenia przyczynowego tam, gdzie jest ono możliwe.

Co ciekawe, internetowe porady brzmią jak echo szarlatanów sprzedających eliksiry młodości. Korzeń macy, peruwiańska roślina z wysokich Andów, jest promowany jako afrodyzjak i „naturalny booster” testosteronu oraz płodności. Niektóre małe badania sugerują pewną poprawę parametrów nasienia, ale dowody pozostają niejednoznaczne, a efekt – skromny. Żeń-szeń

(szczególnie *Panax*) bywa chwalony za wpływ na ruchliwość i liczbę plemników, *ashwagandha* – za redukcję stresu oksydacyjnego. Cynk i selen mają solidniejsze podstawy w badaniach dotyczących ruchliwości. Jednak żadna z tych substancji nie „obudzi” plemników do szybszego biegu, jeśli podstawowa przyczyna leży gdzie indziej.

Gorzej – niektóre popularne zioła niosą ryzyko. *Dong quai* („żeński żeń-szeń”) może powodować skurcze macicy. Czerwona koniczyna, bogata w związki estrogenopodobne, budzi obawy u kobiet z ryzykiem zmian w endometrium. *Black cohosh* bywał łączony z uszkodzeniem wątroby. Nawet pozornie niewinne herbatki ziołowe w nadmiarze potrafią wchodzić w interakcje z lekami stosowanymi w leczeniu niepłodności.

Może więc zamiast kolejnej kapsułki warto zaproponować pacjentom coś mniej spektakularnego, ale bardziej skutecznego: rzetelną informację. Uświadomienie, że biologia ma swoje granice, a upływ czasu – konsekwencje. Że styl życia nie jest dodatkiem do zdrowia reprodukcyjnego, lecz jego integralną częścią. I że wreszcie, w świecie, który oferuje natychmiastowe rozwiązania, płodność pozostaje jedną z tych dziedzin, które wy-

magają cierpliwości, pokory i – co być może najtrudniejsze – akceptacji faktu, że nie wszystko da się przyspieszyć.

Rynek cudów będzie istniał tak długo, jak długo istnieje potrzeba nadziei. Rolą medycyny nie jest jej odbieranie, lecz nadawanie jej właściwego kształtu. Nawet jeśli oznacza to powiedzenie pacjentowi, że zamiast egzotycznego korzenia lepiej zacząć od rzeczy mniej efektownych: diagnostyki, zmiany stylu życia i – czasem – pogodzenia się z biologią, która nie czyta reklam.

Wbrew roznieconej nadziei musimy z pewną dozą sarkazmu, ale i empatii, studzić ten zapał do samoleczenia. Nie zastąpi ono profilaktyki w dzieciństwie, nie cofnie dekad palenia papierosów i – co najważniejsze – nie zresetuje biologicznego zegara. Zamiast budować w sypialniach ołtarzyki z suplementów, może warto wrócić do podstaw: rzetelnej diagnostyki, chłodnej analizy faktów i pogodzenia się z tym, że w świecie zdominowanym przez algorytmy nasze ciała wciąż podlegają prawom, których nie da się zhakować? Czasem najlepszym sposobem na poprawę płodności nie jest kolejna tabletki, ale zdjęcie różowych okularów, które próbują sprzedać handlarze cudów. ●



foto. licencja Oll. w Warszawie

# Trudne początki



**MAGDALENA FLAGA-ŁUCZKIEWICZ**  
pełnomocniczka ds. zdrowia lekarzy

Z instagramowych zdjęć wyłania się wyidealizowany, cukierkowy obraz ciąży i początków macierzyństwa.

**M**amy sesje „brzuszkowe”, na których pięknie umalowane i ubrane przyszłe mamy są ujęte w pełnych natchnieniu pozach, gładkie, śliczne niczym posągowe boginie. Są przyjęcia *baby shower*, radosny czas z gromadą przyjaciół, designerskimi prezentami i kolorowymi balonami, a w centrum rozkwitająca bohaterka w stanie błogosławionym. Ujęcia po koiku dziecięcego prosto z katalogu, z pastelowymi mebelkami, kocykami i ekologicznymi zabawkami. Są nawet zdjęcia z sali porodowej, oczywiście tylko wysublimowane, artystyczne, pełne magii. Potem kaskada postów poporodowych: bobas słodko śpi lub się uśmiecha, dłoń bobasa i wypielęgnowana dłoń mamy, stópki bobasa, mama z bobasem przy piersi, mama nad bobasem z uśmiechem, mama z bobasem na tle wysprzątane na błysk domu, w luksusowej pościeli, z ekskluzywnym wózkiem. Na deser mama prezentuje nienaganą sylwetkę zaledwie miesiąc po porodzie, pozując w nowym outficie przed lustrem wprost z siłowni. Na wszystkich zdjęciach mama jest szczęśliwa, zadbana, pełna miłości. Idylla.

## TO, CZEGO NIE WIDAĆ

Na pięknych fotkach nie widać zmęczenia, niewyspania, rozstępów, rozdrażnienia, braku czasu na prysznic, bólu i niewygody; ciążowych mdłości ani opuchniętych nóg; niepewności, lęku, poczucia straty dawnego życia i obaw o przyszłość; urazów położniczych, dodatkowych kilogramów, walki o laktację, nieukojonego płaczu dziecka ani śmierdzących pieluch; chaosu, który towarzyszy wywróconej do góry nogami rzeczywistości świeżo upieczonych rodziców, ani codziennych frustracji typu brak windy, za mały bagażnik, wysoki krawężnik, problem z zapisem do przychodni. Czas ciąży, poród i pierwsze tygodnie po porodzie to okres fundamentalnych zmian: biologicznych, życiowych, społecznych, psychologicznych, zaskakujących, nawet jeśli planowanych. Zmian w każdym z wymiarów, od wyglądu i problemów zdrowotnych, przez trudności finansowe, do związanych z adaptacją w nowej roli.

W pierwszych dwóch tygodniach po porodzie u kobiety następują gwałtowne zmiany poziomu hormonów, które są jednym z głównych czynników

spustowych tzw. *baby blues*. Smutek, rozdrażnienie, labilność emocji dotyczą więcej niż połowy matek i zwykle mijają po kilkunastu dniach samoistnie, szczególnie jeśli kobieta ma zapewnić sobie wsparcie.

## DEPRESJA POPORODOWA

Niestety, nawet co piąta kobieta zachoruje na **depresję poporodową** (*post partum depression*, PPD). Według szacunków niemal 30 proc. kobiet w ciągu ośmiu miesięcy po porodzie rozwinię objawy depresyjne lub lękowe. Według ICD-10 PPD zaczyna się do sześciu tygodni po porodzie. Według Amerykanów depresja okołoporodowa może pojawić się już w ciąży i do czterech tygodni po porodzie. Wielu ekspertów stoi na stanowisku, że kryteria nie przystają do rzeczywistości, bo PPD występuje nawet do roku po porodzie. PPD różni się od „zwykłej” depresji: występuje labilność i reaktywność nastroju, nasilona płaczliwość, wysoki poziom lęku, myśli hipochondryczne (o zdrowiu dziecka), poczucie nieatrakcyjności i nieradzenia sobie w roli matki, trudności w okazywaniu ciepła emocjonalnego bliskim.

Większość kobiet z depresją w ciąży i duża część mam z PPD nie otrzymują adekwatnej pomocy. Objawy są nierozumiane przez otoczenie, umniejszane, a same matki często obwiniają się, że ich rzeczywistość nie wygląda jak lukrowany świat z Instagramu, że nie radzą sobie tak, jak by chciały, i tym bardziej nie zgłaszają się po pomoc. Bycie lekarzką zupełnie nie chroni przed zachorowaniem, a perfekcjonistyczne wymagania wobec samych siebie, które często są naszym udziałem, są dodatkowym przyczynkiem do przypisywania objawów „nieogarnięciu”, a nie chorobie.

## KTO JEST BARDZIEJ NARAŻONY NA ZACHOROWANIE?

Są trzy grupy czynników ryzyka: położnicze, psychospołeczne i psychiatryczne. Przebieg ciąży, porodu i pierwszych dni połogu może mieć znaczenie. PPD występuje częściej u bardzo młodych i u najstarszych matek, po zagrożonych ciążach, komplikacjach okołoporodowych (przedłużający się przebieg porodu, zakończenie porodu pilnym cięciem

cesarskim, urazy), przy chorobie i w sytuacji hospitalizacji noworodka. Czynniki psychospołeczne zwiększające ryzyko są: przewlekły stres, w tym związany z niskim statusem socjoekonomicznym i przemocą domową<sup>1</sup>, brak wsparcia, samotne macierzyństwo, konflikty w związku, niechciana ciąża, zaburzenia psychiczne partnera. Ważną grupą czynników ryzyka są wcześniejsze zaburzenia psychiczne. PPD często jest epizodem (kolejnym lub pierwszym) depresji nawracającej (jednobiegunowej) lub zaburzenia afektywnego dwubiegunowego (choroba afektywna dwubiegunowa, ChAD). Garść statystyk: zaostrzenia ChAD typu 1 lub depresji nawracającej występują najczęściej w pierwszym miesiącu po porodzie, a ChAD typu 2 później; wystąpienie jakiegokolwiek zespołu psychopatologicznego w okresie poporodowym trzy razy zwiększa prawdopodobieństwo rozpoznania ChAD w przyszłości; kobieta z ChAD ma 20 razy większe ryzyko wystąpienia epizodu poporodowego niż pozostałe kobiety! Na PPD bardziej narażone są osoby z wcześniejszymi problemami psychicznymi i także te z krewnymi z zaburzeniami nastroju (dziedziczna podatność).

## NASTĘPSTWA

Dziś wiemy z pewnością, że **ryzyko związane z nieleczoną depresją w ciąży i po porodzie** zdecydowanie przewyższa to związane z leczeniem, a większość leków ma dobry profil bezpieczeństwa. (Niestety, wciąż zdarzają się lekarze, którzy uważają, że kobiet w ciąży ani karmiących nie można leczyć farmakologicznie...). Nieleczona PPD prowadzi do zaburzenia więzi między matką a dzieckiem, a zła jakość tej więzi w pierwszych tygodniach życia może spowodować rozwój zaburzeń



psychicznych u dzieci. Badacze sugerują, że dzieci matek z PPD mogą rozwijać się wolniej, częściej chorują somatycznie, mają większe ryzyko rozwoju zaburzeń zachowania, opozycyjno-buntowniczych, lękowych, depresyjnych i ADHD. Dziecko może po prostu odziedziczyć po matce genetyczną predyspozycję, ale obecność i emocjonalna dostępność matki w pierwszych tygodniach życia mają kluczowe znaczenie.

Z przerażającą wyrazistością znaczenie relacji w pierwszym etapie życia pokazują wyniki „The Bucharest Early Intervention Project (BEIP)”: dzieci pozabawione emocjonalnej więzi rozwijały się wolniej, prezentowały opóźnienia rozwoju poznawczego i emocjonalnego, zahamowanie wzrostu, zmiany aktywności mózgu i ryzyko zaburzeń psychicznych. Dzieci adoptowane do drugiego roku życia „nadganiały” opóźnienia i ich dalszy rozwój przebiegał pomyślnie. W przypadku dzieci kobiet z PPD deprywacja emocjonalna nie jest aż tak skrajna, a skuteczne leczenie matki odwraca negatywne skutki u dziecka.

Najtragiczniejszym powikłaniem depresji poporodowej są rozszerzone samobójstwo i dzieciobójstwo. Według Komendy Głównej Policji w latach 1999-2023 w Polsce stwierdzono 225 przypadków dzieciobójstwa. Depresję poporodową można skutecznie,

bezpiecznie leczyć, także gdy matka chce karmić piersią. Im wcześniej kobieta trafi do kompetentnego psychiatry, tym mniejsze ryzyko dla niej i dla jej dziecka. W razie podejrzenia PPD – nie czekaj, reaguj!

## NA KONIEC: PANOWIE

Uzupełnienie: depresja poporodowa może także występować u świeżo upieczonych **ojców**, najczęściej między trzecim a szóstym miesiącem życia dziecka. Większe ryzyko depresji mają ojcowie, których partnerki miały depresję w ciąży, oraz osoby z wcześniejszym wywiadem zaburzeń psychicznych, trudną sytuacją socjoekonomiczną, konfliktami partnerskimi, bezrobociem, posiadającą więcej dzieci. Poza klasycznymi objawami depresji i tymi „męskimi” (drażliwość i sięganie po używki), depresja ojca objawia się wybuchami złości, agresywnymi zachowaniami wobec matki i dziecka, utratą zainteresowań rodzinną, wycofaniem się w pracę i hobby, wchodzeniem w związki pozamałżeńskie, dysfunkcjami seksualnymi oraz czynnościami kompulsywnymi (sport, seks, pornografia, hazard, gry komputerowe). Depresja ojca zwiększa ryzyko i ciężkość przebiegu PPD u matki, zaburza rozwój więzi ojca z dzieckiem, może także powodować częstsze występowanie depresji u dziecka w przyszłości. ●

<sup>1</sup> Szacuje się, że ok. 10 proc. przypadków depresji poporodowej może być bezpośrednim skutkiem doświadczania przemocy w domu!

# Lekarzu, nie uleczysz

Lekarz ma leczyć innych, ale sam często zostaje bez pomocy. Presja odpowiedzialności, chroniczny stres, kontakt z cierpieniem i łatwy dostęp do substancji psychoaktywnych sprawiają, że medycy należą do grup szczególnego ryzyka uzależnień. O skali problemu rozmawiam z **dr. n. med. Bohdanem Woronowiczem**, psychiatrą, seksuologiem, certyfikowanym specjalistą i superwizorem psychoterapii uzależnień, który od ponad 50 lat leczy osoby uzależnione od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych.

rozmawiała **HANNA ODZIEMSKA**



## Czy wykonywanie zawodu lekarza może być czynnikiem ryzyka rozwoju uzależnień?

Tak. Chyba nawet bardziej niż w wielu innych zawodach pomocowych. Stały kontakt z ludzkimi dramataми łączy poczucie misji z – nierzadko – poczuciem bezsilności wynikającym z ograniczeń natury lub systemu. To prowadzi do wyczerpującego przeżywania niepowodzeń i wypalenia. Problem polega też na tym, że osoby profesjonalnie udzielające pomocy same mają trudność z jej przyjmowaniem. U lekarzy występują dodatkowe przesłanki podwyższające ryzyko uzależnień – muszą zmagać się z wysokimi oczekiwaniami i niewystarczającym czasem na ich realizację, presją emocjonalną, ekspozycją na traumatyczne przeżycia, ciągłym narażeniem na stres z powodu złożoności klinicznej, sytuacjami kryzysowymi i stanami beznadziejnymi, konfrontacją z bólem, cierpieniem i śmiercią. Muszą też radzić sobie z nieprzespanymi nocami (dyżury) i zespołem przewlekłego

zmęczenia, zagrożeniami dla własnego zdrowia somatycznego, rosnącymi obciążeniami administracyjnymi, chronicznymi niedoborami kadrowymi, agresywnymi zachowaniami pacjentów i ich rodzin, przemocą i nękaniami, skargami i sporami sądowymi, częstym brakiem wsparcia społecznego i systemowego. Z drugiej strony, mogą swobodnie wystawiać dowolne recepty na swój użytek, a kiedy w miejscu pracy zmienione zachowanie lekarza będącego pod wpływem substancji uzależniającej zaczyna być dostrzegalne, inni lekarze, w tym funkcyjni, przez fałszywie pojętą solidarność zawodową, indolencję lub wygodę w niedostrzeganiu problemu „pomagają” uzależnionemu kole-dze czy koleżance unikać skutków społeczno-zawodowych jego choroby, czyli utrwalają ją i pogłębiają.

## Ilu lekarzy w Polsce może dotyczyć problem uzależnienia?

Według badań przeprowadzonych w ośrodkach zagranicznych od 8 do

15 proc. lekarzy ma w ciągu swojej kariery zawodowej problemy spowodowane pićm alkoholu lub przyjmowaniem innych substancji psychoaktywnych (leki, narkotyki). Jeśli przyjmiemy, że w Polsce ten wskaźnik wynosi ok. 10 proc., to daje nam liczbę co najmniej 20 tys. polskich lekarzy z takimi problemami, w odniesieniu do ponad 200 tys. lekarzy i lekarzy dentyistów wykazanych w NIL na koniec 2025 r.

## A jakie uzależnienia dotyczą polskich lekarzy?

W starszych pokoleniach przeważa uzależnienie od alkoholu, a często też od leków, w młodszych jest coraz większy udział stymulantów, ale nie ma tu sztywnych podziałów. W uzależnienie od alkoholu wpada się łatwo i nieopstrzeżenie. Alkohol jest legalny, każda osoba dorosła może go nabyć bez limitów. Akceptowany społecznie i kulturowo drink jako nagroda po ciężkim dniu pracy lub po wyczerpującym dyżurze z czasem staje się zwyczajem.

# się sam

Dużo czasu upływa, zanim człowiek uświadomi sobie, że ma problem. To nie jest prosta sprawa – tak jak u innego lekarza pacjent rozwija wielowątkową opowieść o swoich objawach, tak u mnie chory uzależniony długo zaprzecza i wypiera objawy. Chce usłyszeć, że nie jest uzależniony. Wypiera też długo, zanim trafi do specjalisty (od 2023 r. jest specjalizacja „psychoterapii uzależnień” dla lekarzy, ale także dla psychologów, socjologów, magistrów pielęgniarstwa i innych, używana w ramach CMKP). Wypiera, chociaż dostaje coraz więcej sygnałów od innych, że widzą jego problem alkoholowy czy lekowy – nawet wówczas, kiedy doszło do uszkodzenia kontroli sytuacyjnej, co świadczy już o poważnie zaawansowanym uzależnieniu.

## A po co lekarzowi stymulanty?

Stymulanty powodują przekraczanie ograniczeń wynikających z neurobiologii, ignorowanie deprywacji potrzeb, np. braku snu i głodu, myślenie i działanie na tzw. wysokich obrotach, fałszywe wsparcie farmakologiczne do sprośnięcia wysokim wymaganiom pracy w zawodzie lekarza i do „radzenia sobie” z przemęczeniem. A dalsza droga jest taka jak w przypadku alkoholu: zwiększanie dawek, ciągłe, ryzykowne zachowania – tyle że stymulanty szybciej potrafią wyniszczyć.

## Jakie zagrożenia dla pacjentów stwarza uzależniony lekarz?

Każda substancja psychoaktywna, w tym alkohol, działa na gospodarkę neuroprzekazników, zmienia świadomość, krytycyzm, szybkość reakcji, zdolność podejmowania adekwatnych decyzji. Lekarz powinien korzystać z zasobów swojej wiedzy, umiejętności i doświadczenia tylko w stanie niezmodyfikowanym przez substancje psychoaktywne. Będąc pod ich wpływem, zmienia się w osobę nieprzewidywalną, która może nawet zaszkodzić.

## Używa pan sformułowania „alkohol i inne substancje psychoaktywne” – czy alkohol jest narkotykiem?

Tak. Alkohol jest narkotykiem, czyli także SPA, działającą na nasz „układ nagrody”. Powszechnie znany podział na „alkohol i narkotyki” jest nie tylko sztuczny, ale i szkodliwy, bo sugeruje odrębność natury alkoholu od natury innych substancji psychoaktywnych, a przez to utrwała w świadomości społecznej fałszywe przekonanie, że alkohol jest mniej niebezpieczny.

## Czym różni się uzależniony pacjent, który jest lekarzem, od pacjentów nielekarzy?

Uzależniony lekarz jest bardzo trudnym pacjentem. Ma profesjonalną wiedzę, która daje mu możliwość długotrwałego ukrywania problemu, okłamywania siebie i innych lekarzy co do przyczyny obserwowanych objawów. Kiedy już nie może dłużej oszukiwać siebie, że ma problem, nie wie, co z tym zrobić, wstydi się, nie chce się narażać na konsekwencje ujawnienia uzależnienia, obawia się stygmatyzacji w środowisku. Lekarz to pacjent, który zwykle zgłasza się na leczenie uzależnienia późno albo wcale.

## Dlaczego inni lekarze, w tym funkcyjni, nie reagują, widząc objawy uzależnienia u kolegi czy koleżanki?

Po pierwsze, nie rozumieją wagi problemu. Po drugie, nie potrafią zareagować, bo nikt ich tego nie uczył, choć KEL w art. 72 i art. 62 ust. 3 daje pewne wytyczne. Po trzecie, fałszywie pojęta solidarność zawodowa, w kontekście świadomości penalizacji i stygmatyzacji lekarzy z ujawnionym problemem uzależnienia, skłania ich do przybierania postawy „współuzależnionych”, czyli cichego wspierania i krycia chorego kolegi zamiast skonfrontowania go z prawdą i skłonienia do poszukiwania pomocy. Zbyt często lekarze funkcyjni mają utrwalony nieprawidłowy

wzorec reagowania na problem z uzależnieniem u podwładnego lekarza – wolą „zamieść sprawę pod dywan”, nie dostrzegać, dopóki się da, a kiedy już się nie da nie dostrzegać, wolą rozwiązać umowę z lekarzem, zwykle nawet bez trybu dyscyplinarnego, byle pozbyć się problemu ze swojego obszaru zarządzania i udawać, że nic nie wiedzieli. Uzależniony lekarz, zwolniony w jednej placówce medycznej, niezwłocznie zatrudnia się w innej – i tak wielokrotnie. Znane są przypadki zmiany pięciu-sześciu miejsc pracy w krótkim czasie. A uzależnienie postępuje.

## Dlaczego, pana zdaniem, politycy i rządzący nie zajmują się bardziej aktywnie problemem uzależnień, szczególnie od alkoholu?

Myślę, że nie rozumieją i nie postrzegają właściwie tego problemu. Poza tym lobby producentów i handlarzy alkoholem jest silne i bezwzględne, dopóki nie przeprowadzimy odpowiednich regulacji prawnych w tej kwestii, zyski ze sprzedaży legalnego narkotyku, czyli alkoholu, będą ważniejsze niż zdrowie publiczne.

## Jakie przesłanie chciałby pan przekazać lekarzom w aspekcie uzależnionych kolegów i koleżanek?

Nie bądźcie bierni, reagujcie. Robiąc to, możecie uratować zdrowie i życie swoich uzależnionych kolegów i ich pacjentów. Zwróćcie uwagę na tych lekarzy, spróbujcie przekonać do leczenia, połóżcie na szali nawet dobre relacje z nimi, bo stawka jest bardzo wysoka. Oni są często wspaniałymi, zdolnymi, ciężko pracującymi specjalistami, uwielbianymi przez pacjentów, a w ukryciu niszczeni przez substancje, od których się uzależnili.

Warto pamiętać, że „uzależnienie to wędrówka w poszukiwaniu ulgi, która zawsze prowadzi do jeszcze większego cierpienia”, a osoba zdrowiejąca z uzależnienia staje się szczęśliwym i jeszcze lepszym człowiekiem. Mam na to setki dowodów.

Odsyłam do mojej nieodpłatnej broszury pt. „Dostrzegajmy i ostrzegajmy. Jak zauważyć, zrozumieć i ratować osoby z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych?”.

# Żyłaki powrózka nasiennego: istotny element diagnostyki niepłodności i obniżonego testosteronu



**JAN ŚWIERCZ**  
specjalista chirurgii naczyniowej,  
dyr. medyczny Doppler Instytut



**MICHAŁ WYSOCKI**  
flebolog

Żyłaki powrózka nasiennego są jedną z najczęstszych patologii naczyniowych u mężczyzn i jedną z najlepiej poznanych, odwracalnych przyczyn obniżenia płodności. To poszerzenie i kręty przebieg żył splotu wiciowatego, odpowiedzialnego za odpływ krwi z jądra i utrzymanie właściwej temperatury gonady. Zaburzenie tego mechanizmu może pogarszać spermatogenezę, jakość nasienia i funkcję hormonalną jądra.

**Ż**yłaki powrózka stwierdza się u ok. 15–20 proc. mężczyzn, a znacznie częściej u pacjentów z niepłodnością. W niepłodności pierwotnej ich częstość szacuje się na 35 proc., a we wtórnej może dochodzić do 80 proc.

## ANATOMIA I PATOFIZJOLOGIA

Żyłaki powrózka występują najczęściej po stronie lewej. Wynika to z anatomii odpływu żylnego: lewa żyła jądrowa uchodzi zwykle do lewej żyły nerkowej pod kątem prostym, a prawa bezpośrednio do żyły głównej dolnej. Znaczenie mogą mieć także niewydol-

ność lub brak zastawek, refluks w żyłę jądrową oraz mechanizmy kompresyjne, w tym fenomen *nutcracker*.

Coraz większą uwagę zwraca się też na niewydolność żylną miednicy u mężczyzn. U części chorych źródłem refluksu są nie tylko żyły jądrowe, lecz także niewydolne żyły biodrowe wewnętrzne i ich dopływy. Ma to znaczenie w przypadkach nawrotowych lub nietypowych, gdy izolowane leczenie żyły jądrowej może nie usuwać całej patologii.

Wpływ żyłaków na funkcję jądra jest wieloczynnikowy. Obejmuje wzrost temperatury moszny, zastój żylny, niedotle-

nienie, stres oksydacyjny i zaburzenia mikrokrążenia. Mechanizmy te mogą pogarszać parametry nasienia, zwiększać fragmentację DNA plemników i zaburzać funkcję komórek Leydiga.

## OBJAWY TO NIE TYLKO BÓL MOSZNY

Przebieg kliniczny jest zróżnicowany. Wielu pacjentów nie ma objawów, a rozpoznanie pojawia się dopiero podczas diagnostyki niepłodności lub po nieprawidłowym wyniku badania nasienia. U części chorych występują tępe dolegliwości w mosznie lub pachwinie, uczucie ciężkości i dyskomfort nasilający się po długim staniu, siedzeniu lub wysiłku.

W praktyce lekarza rodzinnego szczególnie istotna jest czujność diagnostyczna, choć problem dotyczy także lekarzy innych specjalności. Mężczyzna z dyskomfortem moszny, pogorszeniem płodności, obniżonymi parametrami nasienia lub objawami hipogonadyzmu powinien być kierowany do dalszej oceny pod kątem żyłaków powrózka oraz niewydolności żylny miednicy i żył jądrowych.

## DIAGNOSTYKA OBRAZOWA

Podstawowym badaniem pozostaje USG Doppler moszny z oceną żył splotu

tu wiciowatego i refluksu, najlepiej z próbą Valsalvy. Diagnostyka nie powinna jednak ograniczać się wyłącznie do moszny. Ocena żył pachwiny, jamy brzusznej i miednicy może wykryć zaburzenia odpływu żylnego, szczególnie u pacjentów z objawami nawrotowymi, obustronnymi lub nietypowymi.

Jedną z najbardziej zaawansowanych metod staje się dynamiczny VenomR. Badanie pozwala ocenić anatomię układu żylnego i częściowo odwzorować hemodynamikę przepływu. Dzięki temu może sugerować miejsce refluksu oraz identyfikować niewydolność żylną odpowiedzialną za żylaki powrózka i inne formy niewydolności żylny miednicy.

### ŻYLAKI POWRÓZKA A PŁODNOŚĆ

Znaczenie kliniczne żylaków rośnie wraz ze zmianami demograficznymi. Coraz późniejsze planowanie pierwszego dziecka powoduje, że nawet umiarkowane pogorszenie płodności męskiej może mieć istotne konsekwencje dla pary. W dobie *in vitro* nie należy pomijać możliwych do leczenia czynników męskich.

Zgodnie z aktualnymi wytycznymi AUA (American Urological Association) leczenie żylaków powrózka należy rozważać u mężczyzn starających się o potomstwo, u których stwierdza się klinicznie wyczuwalne żylaki, niepłodność oraz nieprawidłowe parametry nasienia. Poprawa nasienia nie jest natychmiastowa, zwykle ocenia się ją po trzech–sześciu miesiącach. U odpowiednio dobranych pacjentów leczenie może poprawiać koncentrację, ruchliwość i całkowitą liczbę plemników.

### LECZENIE ZABIEGOWE I ROLA EMBOLIZACJI

Leczenie zabiegowe obejmuje metody chirurgiczne klasyczne, laparoskopowe i mikrochirurgiczne oraz leczenie wewnątrznaczyniowe, czyli embolizację. W embolizacji stosuje się m.in. spirale, sklerozanty i kleje tkankowe, czasem w technikach łączonych.

W dobie technik mało inwazyjnych embolizacja zyskuje popularność ze względu na brak cięcia chirurgicznego, tryb jednodniowy i szybki powrót do aktywności. Procedura wykonywana jest zwykle w znieczuleniu miejscowym, przez dostęp żylny.



Istota embolizacji różni się od klasycznej operacji. Zamiast chirurgicznego podwiązania naczyń przez dostęp wewnątrznaczyniowy zamyka się żyłę jądrową pod kontrolą angiografii i promieni rentgenowskich. Technika pozwala zweryfikować połączenia między żyłami biodrowymi wewnętrznymi a żylakami powrózka i w razie potrzeby zaopatrzyć je jednocześnie.

Przeglądy systematyczne wskazują, że embolizacja jest skuteczna i bezpieczna, a w porównaniach z mikrochirurgiczną warikocektomią wyniki reprodukcyjne są często zbliżone. Profil rekonwalescencji może jednak przemawiać za metodą wewnątrznaczyniową.

### WNIOSKI PRAKTYCZNE

Żylaki powrózka nasiennego nie są wyłącznie problemem urologicznym ani jedynie przyczyną bólu moszny. U części mężczyzn stanowią element szerszej niewydolności żylny miednicy i mogą współuczestniczyć w obniżeniu płodności, zaburzeniach parametrów nasienia oraz dolegliwościach przewlekłych.

Ma to znaczenie w kontekście rosnącej popularności TRT (*Testosterone Replacement Therapy* – terapia zastępcza testosteronem). Żylaki powrózka i niewydolność żylna miednicy mogą być jedną z odwracalnych przyczyn obniżonego testosteronu przez zaburzenie funkcji komórek Leydiga. Dlatego przed terapią testosteronem warto rozważyć diagnostykę niewydolności żylny jąder i miednicy, zwłaszcza u młodszych pacjentów oraz mężczyzn z zaburzeniami płodności, bólem moszny lub cechami żylaków powrózka.

Nowoczesna embolizacja nie zastępuje wszystkich metod leczenia, ale stanowi ważną, mało inwazyjną opcję terapeutyczną. W niektórych przypadkach może poprawić parametry nasienia, ograniczyć dolegliwości i potencjalnie zmniejszyć potrzebę kierowania części par wyłącznie na procedury wspomaganego rozrodu.

\* źródła podane są na stronie internetowej „Pulsu”



# Samorząd ma pomagać, a nie szkodzić

Nowy wiceprezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie i przewodniczący Komisji ds. Lekarzy Dentystów to praktyk z wieloletnim doświadczeniem i samorządowiec „z krwi i kości”. Swoją drogę zaczynał jako delegat na zjazd w latach 90. Dziś współtworzy kierunki rozwoju największej izby lekarskiej w Polsce. O pierwszych tygodniach w nowej roli, problemach środowiska i potrzebie realnego wsparcia dla lekarzy dentystów rozmawiamy na początku kadencji z lek. dentystą **Grzegorzem Kwitkiewiczem**.

rozmawiała **DOROTA LEBIEDZIŃSKA**



fot. Marcin Faliński

**O**dnalazł się pan w nowej roli wiceprezesa ORL i przewodniczącego Komisji ds. Lekarzy Dentystów?

Odnajduję się, choć trzeba uczciwie powiedzieć, że jest to zupełnie inny poziom odpowiedzialności. Przez lata byłem zaangażowany w działalność samorządową jako członek różnych struktur – można powiedzieć „szeregowy działacz”. Natomiast funkcja wiceprezesa zmienia perspektywę. To już nie tylko uczestnictwo w pracach, ale współodpowiedzialność za ich kierunek. Wymaga to wdrożenia się w funkcjonowanie biura, poznania obiegu dokumentów, procedur, ale też zbudowania relacji roboczych. Na szczęście trafiam na bardzo życzliwy zespół i to zdecydowanie ułatwia start.

**Cofnijmy się do początku.**

**Jak zaczęła się pana działalność w samorządzie?**

Trochę przez przypadek, jak to często bywa. Pracowałem w ZOZ w Grodzisku Mazowieckim, kiedy moja przełożona poprosiła mnie, żebym pojechał na zebranie, bo sama nie mogła. Pojechałem jako jeden z młodszych lekarzy i zostałem delegatem. To był początek lat 90., czas odbudowy samorządu lekarskiego. Ten moment miał swoją energię, poczucie, że tworzy się coś ważnego. Z czasem zacząłem angażować się bardziej: najpierw jako delegat na Okręgowy Zjazd Lekarzy, potem członek Rady, uczestnik prac Komisji Stomatologicznej. Dziś to już siódma kadencja mojej obecności w samorządzie.

**Co sprawiło, że został pan na tak długo?**

Myślę, że z jednej strony ludzie, których spotkałem, a z drugiej – poczucie sensu. Samorząd to przestrzeń, w której można realnie wpływać na warunki wykony-

wania zawodu. Poza tym chyba zawsze miałem pewną skłonność do działania: harcerstwo, aktywność studencka. To się po prostu naturalnie połączyło.

### **Co w pracy samorządowej daje największą satysfakcję?**

Zdecydowanie moment, kiedy wspólny wysiłek przynosi efekt. Kiedy zespół działa sprawnie, ma jasno określony cel i go realizuje. Dobrym przykładem są Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne. To inicjatywa, którą współtworzyliśmy i która z czasem stała się największym wydarzeniem samorządowym w stomatologii w Polsce. To pokazuje, że jeśli jest pomysł i determinacja, można zbudować coś trwałego.

### **A co jest najtrudniejsze?**

Najtrudniejsza jest zawsze praca z ludźmi, a właściwie z różnorodnością opinii, interesów i oczekiwań. Trzeba umieć słuchać, szukać kompromisu, czasem godzić sprzeczne stanowiska. To proces wymagający cierpliwości i pokory.

### **Jakie cele stawia pan sobie na pierwsze miesiące kadencji?**

Pierwszym krokiem jest ułożenie pracy w Komisji ds. Lekarzy Dentystów – zarówno od strony formalnej, jak i organizacyjnej. Chcemy, żeby działała sprawnie, przewidywalnie i była realnym wsparciem dla środowiska. Drugim ważnym zadaniem jest przygotowanie kolejnej edycji Mazowieckich Spotkań Stomatologicznych. To wydarzenie ma już swoją markę i zobowiązuje. Równolegle chcemy rozwijać działalność szkoleniową oraz współpracę z Warszawskim Uniwersytem Medycznym i towarzystwami naukowymi.

### **Czy planuje pan zmiany w samej komisji?**

Największą zmianą jest już skład. Mamy rekordową liczbę delegatów lekarzy dentystów, w tym bardzo wielu młodych. To niezwykłe budujące, bo pokazuje rosnącą świadomość znaczenia samorządu. Naszym zadaniem będzie stworzyć im warunki do działania i dobrze wykorzystać ten potencjał.

### **Jakie są dziś najważniejsze problemy lekarzy dentystów?**

Lista jest długa. Mamy problem nielegalnych praktyk i podmiotów działających poza systemem. Mamy rosnącą biurokrację i obciążenia administracyjne. Dochodzą kwestie kadrowe – dostępność personelu pomocniczego. Wielu lekarzy wskazuje na nadmiar kontroli i obowiązków administracyjnych. I mają rację. Dentystę może dziś kontrolować kilkadziesiąt instytucji. Do tego dochodzą systemy raportowania, wymogi sanitarne, dokumentacja. To wszystko zabiera czas i energię. Oczywiście część regulacji jest potrzebna, ale skala obciążeń jest zdecydowanie zbyt duża. Bardzo istotnym problemem jest też brak planowania w zakresie rozmieszczenia gabinetów, czyli tzw. mapowanie.

### **Dlaczego mapowanie jest tak ważne?**

Bo brak planowania prowadzi do chaosu. W jednym miejscu mamy nadmiar gabinetów i ostrą konkurencję, w innym – brak dostępu do leczenia. To szkodzi wszystkim. Sam pracowałem w małej miejscowości i widziałem, jak wygląda sytuacja, gdy dentysty brakuje: kolejki, przeciążenie, trudne decyzje. System powinien dążyć do równowagi.

### **Jak ocenia pan relacje lekarzy z NFZ?**

Są trudne i wymagające. Umowy są skomplikowane i często niekorzystne dla lekarzy. Dlatego zawsze podkreślałem: trzeba je dokładnie analizować przed podpisaniem. Problem w tym, że po podpisaniu pole manewru jest bardzo ograniczone. Fundusz działa według swoich procedur i jest w tym bardzo konsekwentny.

### **Czy sytuacja ekonomiczna dentystów się poprawia?**

W pewnych aspektach tak – część świadczeń została lepiej wyceniona. Ale nadal mamy ogromne obciążenia administracyjne i ograniczenia wynikające z kontraktów. Lekarz dosyć często nie czuje się w pełni gospodarzem we własnym gabinecie.

### **A sektor prywatny?**

Rozwija się dynamicznie, ale nierównomiernie. W dużych miastach pacjenci

częściej korzystają z zaawansowanych procedur, w mniejszych – ograniczają się do podstawowych świadczeń. To pokazuje, że sytuacja w zawodzie jest bardzo zróżnicowana. Nie można więc mówić o jednolitym obrazie.

### **Czy stomatologia jest dziś kosztowną dziedziną?**

Zdecydowanie tak. Zarówno sprzęt, jak i materiały generują ogromne koszty. Do tego dochodzi konieczność serwisowania urządzeń oraz stosowania jednorazowych narzędzi. Wciąż jednak mamy problem z właściwą wyceną pracy lekarza – często skupiamy się na koszcie materiału, zapominając o wartości samej pracy.

### **Jakie kompetencje będą kluczowe dla dentystów w najbliższych latach?**

Na pewno znajomość nowych technologii i cyfryzacji, ale równie ważne jest zachowanie podstawowych zasad zawodu. Jesteśmy lekarzami, naszym zadaniem jest ratowanie zębów, a nie ich pochopne usuwanie. Medycyna nie może być traktowana jak supermarket.

### **Czy zmienia się relacja lekarz – pacjent?**

Zdecydowanie. Pacjenci są bardziej świadomi, ale też często opierają się na niesprawdzonych informacjach, zaczerpniętych choćby z internetu. To rodzi napięcia i wymaga od lekarza większej umiejętności komunikacji. Jednocześnie brakuje spójnej polityki zdrowotnej państwa w zakresie profilaktyki.

### **Po czym poznamy, że ta kadencja była udana?**

Po tym, że środowisko lekarzy dentystów będzie silniejsze, bardziej zintegrowane i lepiej reprezentowane. Jeśli uda się usprawnić pracę komisji, wesprzeć młodych lekarzy i skuteczniej reagować na problemy – to będzie sukces.

### **Co jest dla pana najważniejsze w tej funkcji?**

Odpowiedzialność i poczucie sensu. Samorząd powinien być dla lekarzy realnym wsparciem. Pomagać, a nie szkodzić – i to jest najważniejsza zasada, której chcę się trzymać. ●

# Samorządowi wystarczy sił?



**ANNA PRAWDZIK**  
Zespół Młodych Lekarzy Dentystów  
Komisji ds. Lekarzy Dentystów

**W**ymóg znajomości języka polskiego w pracy z pacjentami w Polsce to postulat izb lekarskich nadal powracający w dyskusji w kontekście WPWZ i ustawy dotyczącej pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terenie tego państwa.

Samorząd lekarski widzi ten aspekt jako absolutnie fundamentalny i niezbędny, podczas gdy kolejne rozwiązania legislacyjne pokazują, że granice kompromisu w tym zakresie wciąż się przesuują.

Początkowo uproszczony tryb dopuszczania do zawodu nie zakładał żadnej weryfikacji znajomości języka polskiego. W praktyce nasz zawód wykonywali w Polsce także lekarze zupełnie nieznający języka polskiego, co generowało istotne problemy w kontakcie z pacjentami, jak również z innymi członkami personelu. Apele samorządu lekarskiego doprowadziły do zmiany ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy w maju 2024 r. Nowe regulacje objęły wprowadzenie wymogu przedstawienia stosownego dokumentu potwierdzającego znajomość języka polskiego już przy ubieganiu się o PWZ dla lekarzy i lekarzy dentystów składających wniosek po 24 października 2024 r., natomiast w kontekście lekarzy składających wnioski do tego dnia wprowadzono wymóg przedłożenia właściwego dokumentu potwierdzającego znajomość

języka polskiego na poziomie B1 do 1 maja 2026 r. pod rygorem utraty prawa wykonywania zawodu.

Konieczność wykazania się znajomością języka polskiego na poziomie B1, choć jest zmianą w odniesieniu do zupełnego braku wymogów w tym zakresie, nadal stanowi bardzo niski próg w kontekście standardów europejskich. Naczelna Izba Lekarska podkreślała, jakie następstwa praktyczne w zakresie komunikacji ma przyjęty poziom językowy, oraz wskazywała, że dopiero poziom B2 pozwala na m.in. dyskusje dotyczące tematów technicznych związanych ze specjalnością zawodową, a docelowo wymaganym poziomem językowym powinien być C1.

Po 1 maja 2026 r. izby lekarskie rozpoczęły wygaszanie WPWZ lekarzom i lekarzom dentystom, którzy nie potwierdzili znajomości języka polskiego na poziomie co najmniej B1 poprzez przedstawienie właściwego dokumentu. Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej wskazuje, że certyfikatu znajomości języka polskiego nie przedstawiło ok. 1 tys. z 3 tys. pracujących w Polsce lekarzy narodowości ukraińskiej. Niewywiązanie się z obowiązku językowego w przewidzianym na to czasie dwóch lat budzi poważne wątpliwości co do faktycznej znajomości języka polskiego tych lekarzy.

28 kwietnia 2026 r. Komisja Zdrowia przyjęła natomiast poprawkę poselską, która przewiduje wydłużenie terminu

na złożenie dokumentów do 1 maja 2027 r. Pomimo że poprawka jest na początku ścieżki legislacyjnej, Ministerstwo Zdrowia zwróciło się do samorządu lekarskiego o wzięcie jej pod uwagę w kontekście wygaszania warunkowego prawa wykonywania zawodu, a więc o potencjalne nieegzekwowanie na rzecz dopiero procedowanej poprawki już obowiązujących przepisów prawa. Argumenty zwolenników wydłużenia terminu na złożenie dokumentów dotyczą m.in. opóźnień w wydawaniu certyfikatów znajomości języka polskiego przez Państwową Komisję ds. Poświadczania Znajomości Języka Polskiego jako Obcego, w związku z czym izby lekarskie miałyby też nie wygaszać prawa wykonywania zawodu lekarzom, którzy przedstawili wyłącznie zaświadczenie, a nie certyfikat, o pozytywnie zdanym egzaminie.

Polska stanowiła wyjątek na mapie UE pod kątem możliwości wykonywania zawodu lekarza bez potwierdzenia znajomości obowiązującego języka. Podstawą przyjęcia przepisów była szczególna sytuacja konfliktu zbrojnego w Ukrainie i napływ uchodźców, mimo wszystko upływ lat wydaje się wskazywać na to, że utrzymywanie ich w mocy wynika z ogólnych problemów w organizacji ochrony zdrowia w Polsce. Lekarze z WPWZ uzupełnili częściowo braki kadrowe w szpitalach i przychodniach, szczególnie w mniejszych miejscowościach. Samorząd lekarski nie ustaje w walce o jakość i bezpieczeństwo wykonywania zawodu zarówno w odniesieniu do pacjentów, jak i lekarzy. Aspekt konieczności znajomości języka polskiego w kontekście leczenia pacjentów w Polsce jako przedmiot negocjacji wydaje się aż nazbyt obrazowo diagnozować zarządzanie problemami systemowymi w opiece zdrowotnej. ●

# Medycyna bez granic

W Centrum Dydaktycznym WUM w Warszawie 17 kwietnia odbyła się XIX Międzynarodowa Konferencja Zachód–Wschód pt. „Granice i możliwości współczesnej medycyny – interdyscyplinarne perspektywy”.



foto: Julia Jurkiewicz (2)

**W**ydarzenie, które objął honorowym patronatem rektor WUM prof. dr hab. Rafał Krenke, zgromadziło ekspertów z renomowanych ośrodków akademickich i klinicznych Europy, m.in. z University of Bergen, University of Belgrade oraz Bogomolets National Medical University. Partnerami konferencji były Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie, Komisja ds. Lekarzy Dentystów oraz Polskie Towarzystwo Stomatologiczne.

Konferencję otworzyła prof. dr hab. Agnieszka Mielczarek, podkreślając znaczenie międzynarodowej współpracy oraz integracji różnych dziedzin medycyny. Tegoroczna edycja, podobnie zresztą jak poprzednie, stanowiła platformę wymiany doświadczeń pomiędzy specjalistami z zakresu stomatologii, medycyny ogólnej, fizjoterapii, radiologii oraz nowych technologii.



Głos zabrał również dr n. med. Artur Drobnik, prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, który zwrócił uwagę na znaczenie współpracy środowiska medycznego w obliczu dynamicznych zmian współczesnej medycyny.

*– Współczesna medycyna wymaga nie tylko specjalistycznej wiedzy, ale także ścisłej współpracy między różnymi dziedzinami oraz odpowiedzialności za wspólne standardy leczenia. Konferencje takie jak Zachód–Wschód są niezwykle potrzebne, ponieważ są miejscem dialogu, wymiany doświadczeń i budowania rozwiązań służących bezpieczeństwu pacjentów – podkreślił.*

Program naukowy konferencji obejmował zagadnienia łączące wiedzę teoretyczną z praktyką kliniczną. Wśród najważniejszych tematów znalazły się m.in. zastosowanie biomateriałów i komórek macierzystych w terapiach regeneracyjnych, nowoczesne metody planowania leczenia endodontycznego oraz diagnostyka i leczenie urazów szczękowo-twarzowych. Uczestnicy mieli także okazję wysłuchać wykładów poświęconych kompleksowemu leczeniu dzieci z chorobami współistniejącymi.

Duże zainteresowanie wzbudziły wystąpienia dotyczące codziennej praktyki lekarskiej, w tym zagadnienia związane z leczeniem przeciwrzepliwym i przeciwpłytkowym w kontekście zabiegów stomatologicznych. Omówiono również zastosowanie kwasu hialuronowego w leczeniu recesji dziąseł, a także rolę aparatu żucia jako elementu łańcucha kinematycznego, co pod-

kreśla znaczenie podejścia interdyscyplinarnego w terapii pacjentów.

Istotnym elementem konferencji była refleksja nad rosnącą rolą nowych technologii w medycynie. Wykład Artura Białoszewskiego, dyrektora Ośrodka Strategii i Analiz OIL w Warszawie, poświęcony wykorzystaniu sztucznej inteligencji w ścieżce pacjenta – od podejmowania decyzji zdrowotnych po ocenę długoterminowych efektów terapii – pokazał, jak dynamicznie zmienia się współczesna praktyka kliniczna i jakie możliwości otwierają się przed lekarzami.

Ważnym akcentem wydarzenia była obecność młodych naukowców. Zaprezentowano wyniki badań studentów i doktorantów, obejmujące m.in. zastosowanie narzędzi AI w diagnostyce, analizę trendów zdrowotnych czy ocenę skuteczności różnych metod leczenia. Nie zabrakło również tematów związanych z organizacją systemu ochrony zdrowia i dostępnością świadczeń. Prezentacje oparte na analizie danych internetowych pokazały nowe możliwości wykorzystania narzędzi cyfrowych w monitorowaniu potrzeb zdrowotnych społeczeństwa i planowaniu działań profilaktycznych.

Konferencja Zachód–Wschód od lat buduje most między środowiskami naukowymi Europy Środkowo-Wschodniej i Zachodniej. Tegoroczna edycja potwierdziła, że interdyscyplinarność, współpraca międzynarodowa oraz otwartość na nowe technologie stanowią fundament dalszego rozwoju medycyny. Wydarzenie zakończyło się podsumowaniem oraz zaproszeniem do udziału w kolejnych edycjach. ●

# X Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne

19-21.06.2026 | Serock, Hotel Narvil

## Program konferencji

**Piątek, 19.06.2026**

### Sala Missisipi

9.00-10.00 **Wykład przedkonferencyjny:  
Biomimetyczna odbudowa rozległych ubytków  
z wykorzystaniem dedykowanych materiałów  
odtwórczych**

dr n. med. Marcin Aluchna

10.00-10.15 **UROCZYSTE OTWARCIE**

**Sesja Polskiego Towarzystwa Stomatologii Dziecięcej**  
pod kierownictwem prof. dr hab. Doroty Olczak-Kowalczyk

10.15-11.00 **Jama ustna dziecka pod lupą, czyli diagnostyka  
zmian patologicznych błony śluzowej**

dr n. med. Ewa Krasuska-Sławińska IP CZD

11.00-12.00 **Adaptacja sensoryczna wizyty stomatologicznej  
na potrzeby dziecka w spektrum autyzmu**

prof. dr hab. n. med. Iwona Gregorczyk-Maga  
Katedra Stomatologii Wieku Rozwojowego IS UJ CM

12.00-13.00 **Praktyka, praktyka, czyli z jakimi przypadkami  
spotykamy się w stomatologii dziecięcej  
(urazy, MIH, przedwczesna utrata zębów  
mlecznych)**

prof. dr hab. n. med. Dorota Olczak-Kowalczyk  
z zespołem: lek. dent. Renata Węgrzyn,  
lek. dent. Wiktoria Mól, lek. dent. Kamila Mochocka

**Sesja Polskiego Towarzystwa Stomatologii Geriatrycznej**  
pod kierownictwem prof. dr hab. n. med. Agnieszki Mielczarek

15.00-15.15 **Quo vadis gerostomatologio?**

prof. dr hab. n. med. Agnieszka Mielczarek

15.15-15.45 **Złote Damy, Srebrne Lisy: szturm do gabinetów  
stomatologicznych**

dr n. med. Marcin Aluchna

15.45-16.15 **Mikro i nanoplastik jako akcelerator procesów  
starzenia**

prof. dr hab. n. med. Mariusz Szuta

16.15-16.45 **Uśmiech w jesieni życia – wpływ zdrowia jamy  
ustnej na jakość życia pacjentów senioralnych**

dr hab. n. med. Magdalena Nowosielska

16.45-17.15 **Minimalnie inwazyjne korekty estetyki i funkcji  
uzębienia osób w wieku senioralnym**

dr n. med. Juliusz Kosewski

17.15-18.00 **„Gerostomatologia w Polsce – nisza czy pilna  
potrzeba systemowa?”**

Panel dyskusyjny

### Sala Narew

**Kurs radiologiczny – Polskie Towarzystwo Radiologii  
Stomatologicznej i Szczękowo-Twarzowej**

pod kierownictwem prof. dr. hab. n. med. Kazimierza Szopińskiego

10.15-11.00 **Obraz radiologiczny odmian anatomicznych  
i nieprawidłowości zębowych**

prof. dr hab. n. med. Kazimierz Szopiński

11.00-11.45 **RTG, CBCT i co dalej? Radiologiczna  
diagnostyka w codziennej praktyce  
stomatologicznej i szczękowo-twarzowej**

dr n. med. Aldona Chloupek

11.45-12.30 **Radiologia w stomatologii dziecięcej: jak, kiedy  
i dlaczego?**

dr n. med. Anna Pantelewicz

12.30-13.15 **Od punktów referencyjnych do decyzji  
klinicznych: AI w analizie cefalometrycznej**

lek. dent. Anna Bromka

13.15-14.00 **Ciekawe przypadki – quiz**

lek. Patrycja Bielska

**Sesja Polskiego Towarzystwa Periodontologicznego**  
pod kierownictwem prof. dr hab. n. med. Elżbiety Dembowskiej

16.00-16.45 **Wydłużanie koron klinicznych  
z wykorzystaniem laserów erbowych: zasady,  
metody i porównanie z metodami tradycyjnymi**

prof. dr hab. n. med. Elżbieta Dembowska

16.45-17.30 **Recesje dziąseł w praktyce lekarza dentysty –  
podejmowanie właściwych decyzji klinicznych**

prof. dr hab. n. med. Bartłomiej Górski

17.30-18.15 **Wpływ chorób przyzębia na zdrowie ogólne  
człowieka – markery ogólnoustrojowe chorób  
przyzębia**

dr n. med. Maciej Nowak

Sobota, 20.06.2025

## Sala Missisipi

**Sesja Polskiego Towarzystwa Ortodontycznego**  
pod kierownictwem prof. dr hab. n. med. Ewy Czochrowskiej

- 10.00-11.00 **Leczenie ortodontyczne pacjentów dorosłych w kompleksowej rehabilitacji stomatologicznej**  
prof. dr hab. n. med. Ewa Czochrowska
- 11.00-12.00 **Alignery w ortodencji: możliwości i ograniczenia**  
dr n. med. Anna Widmańska-Grzywaczewska
- 12.00-13.00 **Technologie cyfrowe w ortodencji: rewolucja czy ewolucja**  
dr hab. n. med. Katarzyna Mańka-Malara
- 13.00-14.00 **Zabiegi chirurgiczne wspomagające leczenie ortodontyczne**  
prof. dr hab. n. med. Paweł Plakwicz
- 14.00-15.00 **Przerwa obiadowa**

## Sesja Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Implantologii Stomatologicznej (OSIS)

pod kierownictwem dr. hab. n. med. Kornela Krasnego

- 15.00-15.30 **Implantologia dla nie-implantologów: co warto wiedzieć**  
dr hab. n. med. Kornel Krasny
- 15.30-16.00 **Cyfrowa stomatologia bez fotografii – postęp czy ślepa uliczka?**  
dr n. med. Krzysztof Majchrzak
- 16.00-16.30 **Profilaktyka w implantologii – jak wszczepiać, żeby nie leczyć powikłań**  
dr n. med. Klaudia Mastowska
- 16.30-17.00 **Protokół postępowania w przypadku pacjenta z zaburzeniami skroniowo-żuchwowymi: co możesz zrobić sam, a kiedy potrzebne będzie wsparcie?**  
dr hab. n. med. Aleksandra Nitecka-Buchta
- 17.00-17.30 **Psychologia pięknego uśmiechu. Jak zrozumieć pacjenta, by leczyć skuteczniej?**  
dr n. med. Maria Sidoruk-Grymuza
- 17.30-18.00 **Jak doświadczenia ostatnich 25 lat ukształtowały możliwości współczesnej implantoprotetyki?**  
dr n. med. Piotr Stendera
- 18.00-19.00 **Przyszłość implantologii w kontekście rozwoju technologii, długowieczności oraz rosnących czynników ryzyka dla pacjentów i dentystów**  
prof. dr hab. n. med. Andrzej Wojtowicz

## Sala Narew

**Sesja Polskiego Towarzystwa Protetyki Stomatologicznej**  
pod kierownictwem prof. dr hab. n. med. Teresy Sierpińskiej

- 10.00-11.00 **Współpraca lekarza dentysty i technika dentystycznego**  
prof. dr hab. n. med. Teresa Sierpińska
- 11.00-12.00 **Nowe podejście do leczenia zaburzeń skroniowo-żuchwowych**  
dr hab. n. med. Aneta Wiecezorek,  
prof. UJ (Kraków)
- 12.00-13.00 **Protetyka cyfrowa: stres czy euforia?**  
dr n. med. Marcin Chorzewski
- 13.00-14.00 **Licówki porcelanowe „no-preparation” i minimalnie inwazyjne – aspekty kliniczne i laboratoryjne**  
dr hab. n. med. Beata Śmielak, prof. UM (Łódź)

## Sesja – Sukces leczenia stomatologicznego w aspekcie prawidłowej profilaktyki, higieny i kontroli, m.in.:

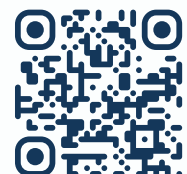
- 15.00-16.30 **Warsztaty interaktywne z kompozytów**  
lek. dent. Dawid Pisuk
- 16.45-17.30 **Farmakoterapia w profilaktyce i leczeniu chorób przyzębia**  
dr hab. n. med. Małgorzata Nędzy-Góra
- 17.45-18.30 **Wykłady sponsorowane**

## PARTNERZY I SPONSORZY – KONTAKT

**Łukasz Motyka-Radłowski**

[l.motyka-radlowski@oilwaw.org.pl](mailto:l.motyka-radlowski@oilwaw.org.pl)  
+48 693 781 116

Dowiedz się  
więcej





Okręgowa  
Izba Lekarska  
w Warszawie

# Klub Lekarza Przedsiębiorcy

Dla lekarzy i lekarzy dentystów  
prowadzących własną działalność



Szkolenia menadżerskie,  
prawne i księgowo



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



# Między zarządzaniem a misją – czyli gdzie kończy się Excel, a zaczyna pacjent



**MAŁGORZATA TERLECKA-MACIEJEWSKA**  
wiceprezes ORL w Warszawie

**B**yć lekarzem w Polsce już od bardzo dawna nie jest zajęciem jednowymiarowym. Dzisiaj to raczej wielobój niż jedna dyscyplina – trochę klinicysty, trochę menedżera, czasem także mediatora, a bywa, że i strażaka gaszącego nagłe pożary, których absolutnie nikt nie przewidział, choć wszyscy powinni.

Z perspektywy osoby zarządzającej ochroną zdrowia widać szczególnie wyraźnie, jak bardzo system próbuje nas wtłoczyć w tabelki. Excel stał się współczesnym stetoskopem – tyle że zamiast osłuchiwać pacjenta, osłuchujemy wskaźniki. I o ile liczby są potrzebne, o tyle ich absolutyzowanie zaczyna przypominać leczenie człowieka wyłącznie na podstawie wyników badań laboratoryjnych, bez spojrzenia mu w oczy.

Paradoks polega na tym, że im więcej mamy danych, tym łatwiej zgubić sens. Optymalizacja kosztów, skracanie hospitalizacji, wskaźniki efektywności – wszystko to brzmi racjonalnie, dopóki nie zderzy się z konkretnym pacjentem. Bo pacjent, w przeciwieństwie do arkusza kalkulacyjnego, nie działa według algorytmu. Ma swoje lęki, ograniczenia, czasem brak wsparcia, a bywa, że zwyczajnie jest w takim stanie klinicznym, którego nie da się sprowadzić do statystyki.

Zarządzanie w ochronie zdrowia wymaga dziś odwagi innego rodzaju niż kiedyś. To nie tylko decyzje kliniczne, ale również te organizacyjne, często podejmowane w warunkach niedoboru: kadry, czasu, pieniędzy, a bywa, że i zdrowego rozsądku w otoczeniu systemowym. Trudno budować stabilność, gdy reguły gry zmieniają się częściej niż dyżurny grafik.

Nie oznacza to jednak, że jesteśmy skazani na dryf. Przeciwnie – to właśnie środowisko lekarskie powinno być jed-

nym z głównych architektów zmian. Nie tylko reagować, ale także projektować. Nie tylko krytykować, ale również proponować. Bo przecież jeśli my tego nie zrobimy, zrobią to za nas ci, dla których pacjent jest wyłącznie pozycją w budżecie, a nie człowiekiem.

Warto też uczciwie powiedzieć: nie nauczono nas tego na studiach. Nikt nie przygotowywał lekarzy do zarządzania zespołami, budżetami czy konfliktami. A jednak coraz częściej to właśnie te kompetencje decydują o tym, czy oddział działa sprawnie, czy pogrąża się w chaosie. Medycyna to dziś nie tylko wiedza i doświadczenie, to także umiejętność poruszania się w skomplikowanym systemie zależności.

Największym wyzwaniem pozostaje jednak zachowanie równowagi. Bo bardzo łatwo wpaść w jedną z dwóch pułapek: albo całkowicie oddać się zarządzaniu i stracić kontakt z pacjentem, albo – przeciwnie – ignorować realia systemowe i działać w oderwaniu od nich. Tymczasem prawdziwa sztuka polega na tym, by nie zgubić sensu w procedurach i nie zagnieć procedur w emocjach.

Być może brzmi to jak truizm, ale fundamentem ochrony zdrowia nadal jest relacja lekarz – pacjent. Wszystko inne – kontrakty, wskaźniki, struktury – powinno ją wspierać, a nie zastępować. Jeśli zaczniemy o tym zapominać, system stanie się wydajny, ale nieludzki. A to trochę tak, jakbyśmy stworzyli idealnie działający organizm... bez duszy.

Dlatego zamiast pytać wyłącznie „ile” i „jak szybko”, warto częściej zadawać pytanie „po co”. Bo odpowiedź na nie przypomina, że medycyna to nie tylko zawód. To zobowiązanie.

I tego – w żadnym Excelu – nie da się dobrze policzyć. ●

# Demografia bez znieczulenia



**ARTUR BIAŁOSZEWSKI**  
dyrektor Ośrodka Strategii  
i Analiz OIL w Warszawie

Prognozy demograficzne nie są futurologią, tylko opisem realnych warunków, w których będą pracować dzisiejsi studenci medycyny, rezydenci, lekarze i lekarze dentyści.

**K**to pamięta pluskwę milenijną, wejście Polski do NATO czy pierwsze lata Polski w Unii Europejskiej, ten może mieć poczucie, że to wciąż niedawna historia. Dla nowych członków samorządu to jednak przeszłość sprzed epoki. A kto oglądał „Misia Uszatka” jako dobranockę, może już sprawdzić, czy zbliża się do kryteriów refundacyjnych kolonoskopii przesiewowej. Do 2050 r. jest nam dziś bliżej niż do lat 90. XX w.

## TO JUŻ NIE JEST SYMULACJA

Według danych GUS w 2050 r. liczba ludności rezydującej Polski spadnie do ok. 34,2 mln. Osób w wieku 65+ będzie 9,6 mln, 80+ – ok. 2,9 mln. Liczba osób w wieku produkcyjnym zmniejszy się do 17,8 mln – przy 10,9 mln osób w wieku poprodukcyjnym i 5,5 mln w wieku przedprodukcyjnym.

To zmienia proporcje między uczącymi się, pracującymi, korzystającymi ze świadczeń a finansującymi system. W 2024 r. współczynnik dzietności wy-

niósł 1,099, a liczba urodzeń żywych spadła do ok. 252 tys. GUS pokazał eksperymentalną symulację, w której utrzymanie bardzo niskiej dzietności prowadziłoby do jeszcze głębszego spadku populacji. Scenariusze różnią się liczbami, ale nie kierunkiem.

## DEMOGRAFICZNE TSUNAMI

Demografia uderza falami. Najpierw widać ją w żłobkach i przedszkolach, potem w szkołach podstawowych, następnie w średnich, a na końcu na uczelniach. Dzieci, które się nie urodziły, nie pojawią się za kilka lat w pierwszej klasie, a kilkanaście lat później nie zasila uczelni ani rynku pracy.

W roku szkolnym 2024/2025 GUS wskazywał 1,5 mln przedszkolaków, 3,2 mln uczniów szkół podstawowych i 1,7 mln ponadpodstawowych. Jeśli populacja w wieku przedprodukcyjnym ma spaść z 6,9 mln w 2025 r. do 5,5 mln w 2050 r., sieć edukacyjna będzie musiała zostać radykalnie przebudowana: organizacyjnie, finansowo i kadrowo.



W mniejszych miejscowościach pojawi się presja na łączenie oddziałów, dowozy i konsolidację placówek. Samorządy będą musiały utrzymać dostępność edukacji także tam, gdzie arkusz kalkulacyjny zacznie podpowiadać coś innego. Nauczyciele odczują zmiany zatrudnienia, a uczelnie – konkurencję o studentów i konieczność obrony jakości kształcenia.

To, co zaczyna się w edukacji, po kilku latach będzie widoczne na rynku pracy. Duże roczniki będą wychodziły z aktywności zawodowej, a mniejsze wchodziły na ich miejsce. Pomogą technologie, migracje i lepsza organizacja pracy. Nie unieważnia to jednak faktu, że państwo, samorządy i rynek będą konkurowały o tego samego człowieka.

Będzie brakować nie tylko pracowników „na etatach”, ale i doświadczonych specjalistów, kierowników, mentorów i osób zdolnych do uczenia innych. To szczególnie ważne w ochronie zdrowia, gdzie kompetencje dojrzewają latami. Problem nie sprowadza się do liczby lekarzy, lecz również pielęgniarek, położnych, diagnostów, fizjoterapeutów, farmaceutów, opiekunów medycznych, administracji medycznej i kadry zarządzającej.



foto: licencja OIL w Warszawie

## OCHRONA ZDROWIA W OPALACH

Ochrona zdrowia znajdzie się w najtrudniejszym miejscu tej układanki. Z jednej strony będzie musiała obsłużyć rosnącą liczbę pacjentów starszych, z drugiej – sama będzie traciła część doświadczonych kadr.

Starzenie się populacji przyniesie więcej pacjentów z wielochorobowością, otępieniami, udarami, niewydolnością serca, cukrzycą, nowotworami, depresją, samotnością i utratą samodzielności. Potrzebna jest opieka koordynowana: geriatria, interna, neurologia, rehabilitacja, psychiatria, opieka długoterminowa, paliatywna i środowiskowa muszą działać jak system, nie jak kolejka do osobnych drzwi.

Najbardziej oczywisty przykład to geriatria. Według NIL na koniec 2025 r. specjalizację z geriatricznymi miało 607 lekarzy, z czego 594 wykonywało zawód. To ok. 1,6 geriatry na 100 tys. mieszkańców. Przy populacji prawie 10 mln osób 65+ w połowie wieku sama arytmetyka pokazuje, że geriatria nie może pozostać niszową specjalizacją.

Jednocześnie niż demograficzny nie oznacza końca pediatrii. Profil wyzwań przesunie się w stronę jakości opieki,

chorób przewlekłych, psychiatrii dzieci i młodzieży, zaburzeń rozwoju, szczepień, profilaktyki otyłości i dostępności diagnostyki. Niż demograficzny nie rozwiązuje kolejek – zmienia ich przyczynę.

Osobnym ryzykiem jest luka szkoleniowa. Centralny Rejestr Lekarzy pokazuje, że ponad 208 tys. lekarzy i lekarzy dentyków wykonuje zawód, ale znacząca część środowiska jest już w wieku emerytalnym lub około-emerytalnym. Wzrost liczby młodych lekarzy nie wystarczy, jeśli zabraknie kierowników specjalizacji, miejsc szkoleniowych, opiekunów i czasu na uczenie. System może mieć więcej absolwentów, a jednocześnie za mało ludzi zdolnych do kierowania specjalizacją.

## WIĘCEJ POTRZEB, MNIJ PIENIĘDZY

Na demografię wpływa też coraz późniejsze rodzicielstwo. Decyzje prokreacyjne zależą od stabilności pracy, mieszkania, relacji partnerskiej, dostępności opieki nad dziećmi, bezpieczeństwa ekonomicznego i zdrowia. GUS pokazuje, że po 1990 r. najwyższa płodność przesunęła się z grupy 20–24 lata do 25–29 lat, a obecnie także do grupy 30–34 lata. W 2024 r. matki w wieku co najmniej 30 lat stanowią 58 proc. kobiet, które urodziły dziecko. Średni wiek urodzenia pierwszego dziecka wzrósł o ok. sześć lat – do 29 lat. To przesunięcie ogranicza czas na decyzję o drugim i kolejnym dziecku. Potrzebna jest realna polityka wspierająca rodzicielstwo: stabilne mieszkanie, przewidywalne prace, dostępność leczenia niepłodności i dobra opieka prenatalna i perinatalna.

Starzenie się populacji to problem finansów publicznych jako całości. Mniej osób aktywnych zawodowo oznacza węższą podstawę podatków i składek. Więcej osób starszych to większe zapotrzebowanie na emerytury, ochronę zdrowia, opiekę długoterminową i świadczenia społeczne. ZUS wskazuje, że procesy demograficzne bezpośrednio wpływają na liczbę emerytów i ubezpieczonych, a więc na sytuację funduszu emerytalnego. Dochodzi do tego mecha-

nizm, który rzadko przebija się do debaty publicznej: pracownik wchodzący na rynek zwykle zarabia mniej niż doświadczony pracownik odchodzący z rynku. Sama wymiana pokoleń nie daje więc automatycznie równoważnych wpływów z PIT, składek społecznych i składki zdrowotnej. System traci nie tylko osoby, ale także część produktywności, doświadczenia i podstawy danin.

Konsekwencje wyjdą daleko poza ochronę zdrowia. Budownictwo i mieszkalnictwo będą musiały łączyć potrzeby młodych rodzin z adaptacją mieszkań do starości. Transport publiczny stanie się warunkiem samodzielności seniorów. Farmacja, wyroby medyczne, ubezpieczenia i usługi opiekuńcze będą rosły pod presją kosztów i niedoboru kadr. Rolnictwo, przemysł i logistyka odczują odpływ pracowników fizycznych. Uczelnie i szkoły zawodowe będą kształcić mniej liczne, ale bardziej poszukiwane roczniki.

## PRZYGOTOWANIA CZAS ZACZAĆ

Na końcu tej układanki jest bezpieczeństwo. Wojna w Ukrainie i niestabilność na wschodzie pokazują, że odporność państwa nie jest pojęciem abstrakcyjnym. W 2025 r. premier Donald Tusk mówił w Sejmie o potrzebie posiadania ok. 500 tys. żołnierzy, licząc z rezerwistami. W 2026 r. minister obrony Władysław Kosiniak-Kamysz doprecyzował cel strategiczny: do 2030 r. armia licząca 500 tys. osób, w tym 300 tys. żołnierzy zawodowych i 200 tys. rezerwy wysokiej gotowości.

To ważne również dla ochrony zdrowia, bo wojsko nie będzie rekrutowało z innej populacji niż szpitale, szkoły, przemysł, administracja, opieka społeczna i samorządy. Wszystkie te sektory będą zabiegały o tych samych ludzi: sprawnych, wykształconych, dyspozycyjnych i gotowych do uczenia się.

Polska w 2050 r. może być państwem lepiej zorganizowanym, zdrowszym i uczciwiej planującym kadry. Warunek jest jeden: trzeba zacząć przed kryzysem, nie po nim. Zmiana demograficzna już się zaczęła. Jest jedną z niewielu rzeczy, których możemy być pewni. Pytanie nie brzmi, czy nadejdzie, lecz czy przygotujemy się do niej wystarczająco wcześniej. ●

# Grójec stawia na młodych lekarzy

Zapraszamy do nowego cyklu **Szpitala powiatowe**, w którym będziemy przybliżać szpitale naszego regionu. Na pierwszy ogień „Puls” wzięło **Powiatowe Centrum Medyczne w Grójcu**, które przystąpiło do przygotowanego przez OIL w Warszawie Programu Wsparcia Szkolenia Specjalizacyjnego.

**DOROTA LEBIEDZIŃSKA  
ALEKSANDRA SOKALSKA**



Lek. Michał Burczy, prezes PCM w Grójcu (z prawej), w rozmowie z pomysłodawcą Programu Wsparcia Szkolenia Specjalizacyjnego lek. Marcinem Matuszewskim



**D**roga bez korków, więc do Grójca dojeżdżamy punktualnie. To ponaddwudziestotysięczne miasto położone ok. 40 km od Warszawy od lat kojarzy się przede wszystkim z produkcją jabłek. Bliskość stolicy jednak sprawia, że Grójec dynamicznie się rozwija i przyciąga nowych mieszkańców. Dobra komunikacja z Warszawą, spokojniejsze tempo życia i coraz nowocześniejsza infrastruktura powodują, że miasto może stać się także atrakcyjnym miejscem dla młodych lekarzy rozpoczynających specjalizację.

## MAPA, KTÓRA UŁATWIA WYBÓR

Bez problemu odnajdujemy szpital – już z daleka widać nowe karetki, które, jak się potem okaże, kryją wyjątkowo nowoczesny sprzęt. Powiatowe Centrum Medyczne w Grójcu składa się z kilku budynków. My swoje kroki najpierw kierujemy do dyrekcji, by porozmawiać z prezesem PCM Grójec lek. ortopedą Michałem Burczy.

Razem z nami do szpitala przyjechał pomysłodawca Programu Wsparcia Szkolenia Specjalizacyjnego lek. Marcin Matuszewski, członek ORL w Warszawie. Pewnie dlatego nasza rozmowa



Wyposażona w najnowocześniejszy sprzęt sala operacyjna szpitala w Grójcu

fot. PCM Grójec sp. z o.o.

wa zaczyna się od programu, w ramach którego od 1 kwietnia 2026 r. lekarze mogą korzystać z mapy wsparcia szkolenia specjalizacyjnego dla lekarzy. Interaktywna mapa dostępna na stronie OIL porządkuje informacje o rezydenturach w placówkach województwa mazowieckiego i ułatwia porównywanie ofert szpitali. Znajdują się tam dane dotyczące m.in. dopłat do wynagrodzeń, oddziałów, które poszukują rezydentów, i liczby wolnych miejsc na rezydenturę.

Na mapie widnieje także Powiatowe Centrum Medyczne w Grójcu. Placówka od kilku lat intensywnie inwestuje w rozwój oddziałów, sprzętu oraz kadry. Dyrekcja nie ukrywa, że chce przyciągać młodych lekarzy i budować lekarski zespół na lata.

– *Każdy sposób dotarcia do młodego lekarza, który pomoże mu wybrać miejsce odpowiednie do rozwoju zawodowego, jest bardzo cenny. Dla szpitala powiatowego program to także szansa, by pozyskać lekarzy na początku ich drogi zawodowej i związać ich z naszym ośrodkiem na wiele lat* – podkreśla prezes Michał Burczy.

Te słowa cieszą Marcina Matuszewskiego, który szybko wyjaśnia: – *Infor-*

*macje dotyczące warunków rezydentur były dotąd bardzo rozproszone. Młodzi lekarze często zdobywali je pocztą pantoflową. Chcieliśmy stworzyć miejsce, w którym można szybko porównać oferty szpitali i zobaczyć, jakie możliwości daje dana placówka. Coraz więcej młodych lekarzy zwraca uwagę nie tylko na sam program specjalizacji, ale również na atmosferę pracy, możliwość realnej nauki zawodu czy komfort codziennego funkcjonowania. Docelowo chcemy, żeby mogli podejmować decyzje na podstawie konkretnych danych – dodaje Matuszewski.*

### **SZPITAL PO MODERNIZACJI I Z NOWOCZESNYM SPRZĘTEM**

Powiatowe Centrum Medyczne w Grójcu w ostatnim czasie przeszło ogromne zmiany infrastrukturalne. Większość oddziałów została wyremontowana, a pla-

cówka pozyskała wielomilionowe dofinansowanie na zakup nowoczesnego sprzętu medycznego.

– *Pod koniec zeszłego roku otrzymaliśmy ponad 32 mln zł dotacji w ramach Programu Ochrony Ludności i Obrony Cywilnej. Dzięki temu mogliśmy wyposażyć szpital w sprzęt najwyższej klasy. Kupiliśmy nowe łóżka, aparaty USG, gastroskopy, kolonoskopy, mobilne rentgeny, wyposażenie bloku operacyjnego, poszczególnych oddziałów i nowoczesne karetki – wylicza prezes szpitala.*

Chcemy zobaczyć na własne oczy nowości, więc prezes zaprasza nas na zwiedzanie placówki. Zaczynamy od nowoczesnego wyposażenia, które trafiło do zespołów ratownictwa medycznego. To cztery karetki zaopatrzone m.in. w mobilne aparaty USG, nowoczesne kardiomonytory i systemy dozorujące funkcje życiowe pacjentów. Ambulansy zostały przygotowane do pracy w najtrudniejszych warunkach i spełniają najwyższe standardy bezpieczeństwa. Do jednego z nich możemy wejść i zapoznać się z wyposażeniem.

– *W naszych karetkach znajduje się najwyższej klasy sprzęt ratujący życie. Wspomnę choćby o mobilnych respiratorach transportowych. Mają również ekwipunek zwiększający bezpieczeń-*



Dr n. med. Wojciech Gackowski, ordynator oddziału chirurgii ogólnej, opowiada o szkoleniu młodych lekarzy

stwo ratowników w sytuacjach kryzysowych – mówi ratownik i na dowód pokazuje nam kamizelkę kuloodporną i hełm.

Po obejrzeniu naprawdę imponujących karettek wchodzimy do holu głównego budynku szpitala. Tu nie było jeszcze remontu, więc trudno się domyślić, że wkrótce czeka nas miłe zaskoczenie. Na razie idziemy korytarzem, gdzie jest spory ruch: dużo pacjentów, rozmawiający z rodziną lekarz, salowa zmierzająca gdzieś szybkim krokiem... Szpitalny dzień jak co dzień.

Po drodze na oddział neurologiczny, bo okazuje się, że właśnie tam prowadzi nas prezes, dowiadujemy się, że placówka dysponuje obecnie jednymi z najnowszych rozwiązań w regionie. Oddziały zostały wyposażone w nowe łóżka z zaawansowanymi systemami monitorowania pacjentów, a blok operacyjny zyskał sprzęt porównywalny z wyposażeniem dużych warszawskich szpitali (ma chociażby dwie najnowszej generacji wieże laparoskopowe, urządzenia do nawigacji, nowo-



Wyposażenie nowoczesnej karetki zespołu ratownictwa medycznego

czesny stół operacyjny i inne medyczne sprzęty). – *Nasz szpital bardzo zmienił się w ostatnim czasie. Możemy śmiało konkurować pod względem wyposażenia z największymi klinikami stolicy* – zaznacza prezes.

Modernizacja objęła również neurologię, która została oddana po remoncie w ubiegłym roku. Kiedy do niej docieramy, efekt ostatnich działań widać gołym okiem. – *To nasza perłka. Oddział jest nowoczesny, bardzo dobrze wyposażony i świetnie prowadzony. A ponieważ mamy duży odcinek udarowy, SOR i lądowisko dla śmigłowców, trafiają do nas pacjenci wymagający natychmiastowej pomocy* – mówi prezes Burczy.

Oddział neurologii, który po modernizacji zyskał nowoczesną bazę diagnostyczną i terapeutyczną, cieszy się szczególnie zainteresowaniem. Szefuje mu lek. Urszula Maciejewska i podkreśla, że u niej na oddziale młodzi lekarze mają możliwość pracy z szerokim spektrum przypadków. – *To oddział bardzo intensywny i nowoczesny. Trafiają do nas pacjenci z udarami, przypadkami neurologicznymi wymagającymi szyb-*

*kiej diagnostyki i leczenia. Rezydenci uczestniczą w całym procesie terapeutycznym i mają realny kontakt z nowoczesną neurologią* – mówi.

Szpital nie zamierza kończyć inwestycji. Trwają także prace modernizacyjne na oddziale ginekologiczno-położniaczym. – *Chcemy stworzyć pacjentkom naprawdę dobre warunki. Wyremontujemy sale porodowe i sale poporodowe. To są małe kroki, ale bardzo ważne, bo komfort pacjentów ma ogromne znaczenie* – dodaje prezes.

Nowocześnie ma być również w strefie recepcyjnej: w planach są nowe wejście i punkt obsługi pacjentów.

#### REZYDENT NIE JEST ANONIMOWY

W Grójcu młodzi lekarze szkolą się obecnie m.in. na neurologii, chirurgii, ginekologii, medycynie ratunkowej i internie. Dyrekcja szpitala otwarcie mówi o potrzebie pozyskiwania kolejnych rezydentów i oferuje dopłaty do specjalizacji. Największym wyzwaniem jest oddział chorób wewnętrznych. Podobnie jak we wszystkich szpitalach powiatowych w Polsce (a pewnie i w kraju), to właśnie interna najbardziej odczuwa braki kadrowe.

– *Tam, gdzie chętnych jest mniej, jesteśmy gotowi mocniej wspierać finansowo rezydentów. Dla nas to inwestycja*



Lek. Katarzyna Rączkowska, rezydentka neurologii

w ludzi i w przyszłość szpitala – podkreśla prezes placówki.

Jego zdaniem największą przewagą szpitala powiatowego nad dużymi klinikami jest możliwość szybkiego zdobywania praktycznych umiejętności: – *W dużych ośrodkach młody lekarz zazwyczaj staje się jednym z wielu, bywa niezauważony, niedoceniony. Tutaj od początku jest realnym członkiem zespołu. Ma swoich pacjentów, pracuje pod nadzorem specjalistów i bardzo szybko zdobywa samodzielność.*

Podobnego zdania jest ordynator oddziału chirurgii ogólnej dr n. med. Wojciech Gackowski, do którego gabinetu zostajemy zaproszeni. Podczas krótkiego spotkania opowiada nam m.in. o tym, jak od lat szkoli młodych lekarzy i jak po kilkuletniej przerwie postanowił wrócić do grójeckiego szpitala. W jego wypowiedziach co chwila przewijają się stwierdzenia podkreślające wagę praktyki. – *Rezydenci przychodzą do nas dlatego, że od początku mogą zdobywać doświadczenie. Nie stoją z boku i nie zajmują się wyłącznie dokumentacją. Operują, asystują i uczą się podejmować decyzje. Tego nie da się wynieść z uczelni ani wyczytać z książek* – podsumowuje ordynator.

Jak dodaje, właśnie możliwość nabycia doświadczenia sprawia, że szpitale powiatowe stają się coraz bardziej

atrakcyjne dla młodych medyków. W tej chwili na oddziale chirurgii jest trzech rezydentów, ale z otwartymi rękami czekają jeszcze na co najmniej jednego.

– *Rezydenci zaczynają rozumieć, że specjalizacja to przede wszystkim nauka zawodu. Tutaj od początku pracują z pacjentami w realnych warunkach* – zaznacza Gackowski.

Jego słowa potwierdzają wypowiedzi lek. Katarzyny Rączkowskiej, jednej z trojga rezydentów neurologii, która przyznaje, że wybór Grójca okazał się bardzo dobrą decyzją. – *Najbardziej zaskoczyło mnie to, jak szybko zostałam włączona do pracy zespołu. Tutaj naprawdę można się uczyć. Mamy nowoczesny sprzęt, wsparcie specjalistów i bardzo dobrą atmosferę. Nie jesteśmy anonimowi, każdy może liczyć na pomoc i rozwój* – podkreśla lekarka.

Dodaje, że ogromnym atutem jest również bliskość Warszawy. – *Dojazd jest bardzo wygodny, więc można łączyć pracę z kursami i szkoleniami organizowanymi w stolicy* – wyjaśnia młoda pani doktor.

#### SZPITAL Z HISTORIA I PLANAMI NA PRZYSZŁOŚĆ

Historia grójeckiego szpitala sięga XIX w. Dzisiejsza placówka rozwinęła się z dawnego szpitala przy ulicy Piotra Skargi (Grójeżanina z urodzenia)

i przez lata była systematycznie rozbudowywana. Obecnie działa tu dziewięć oddziałów: chirurgia, neurologia, interna, pediatria, neonatologia, ginekologia i położnictwo, rehabilitacja neurologiczna oraz oddział intensywnej terapii i SOR. Każdego roku z pomocy szpitala korzystają dziesiątki tysięcy pacjentów z Grójca i okolicznych miejscowości.

Dyrekcja podkreśla, że rozwój placówki nie byłby możliwy bez inwestowania w ludzi. – *Szpital powiatowy daje młodemu lekarzowi coś bardzo ważnego: możliwość realnej pracy i odpowiedzialności, ale w bezpiecznych warunkach i pod opieką doświadczonych specjalistów. Chcemy tworzyć miejsce nowoczesne, dobrze wyposażone i przyjazne zarówno pacjentom, jak i lekarzom* – podsumowuje prezes szpitala.

Właśnie dlatego Powiatowe Centrum Medyczne w Grójcu aktywnie angażuje się w Program Wsparcia Szkolenia Specjalizacyjnego. Placówka chce pokazać młodym lekarzom, że rozwój zawodu można budować nie tylko w wielkich klinikach akademickich, ale również w nowoczesnym szpitalu powiatowym, gdzie od pierwszych miesięcy specjalizacji zdobywa się praktyczne doświadczenie i staje się częścią zgranego zespołu. Może zatem warto spróbować? ●

# medlex.

## BENEFITY MOTORYZACYJNE DLA GRUP ZAWODOWYCH

- Doradztwo
- Finansowanie
- Ubezpieczenie



ZESKANUJ I ZAPISZ  
KONTAKT

WWW.MEDLEX.CARE

# Internetowe Konto Pacjenta ma być pierwszym punktem kontaktu pacjenta z systemem zdrowia



**ARTUR OLESCH**  
dziennikarz

Internetowe Konto Pacjenta (IKP) ma już 20 mln użytkowników, a jego mobilny odpowiednik – czyli mojeIKP – 5 mln. Dziś to jeden z najnowocześniejszych portali e-zdrowia w Europie. Pomaga znaleźć wolny termin u lekarza, zapisać się na badania profilaktyczne, a wkrótce wytłumaczy wyniki badań laboratoryjnych. Czy IKP stanie się nowoczesną wersją apteczki domowej, niezbędnym narzędziem do zarządzania zdrowiem i koordynacji opieki?

**K**iedy w maju 2018 r. Centrum e-Zdrowia udostępniło Internetowe Konto Pacjenta, jego głównym zadaniem było wsparcie wdrażania e-recepty i e-skierowania. Przez IKP pacjenci mogli co najwyżej podejrzeć (bardzo szcążkowe) informacje o zrealizowanych usługach albo otrzymać kod QR e-recepty i zeskanować go w aptece.

## TRUDNE POCZĄTKI I 100-KROTNY WZROST UŻYTKOWNIKÓW W OSIEM LAT

Po kilku tygodniach od premiery IKP miało zaledwie 22 000 aktywnych użytkowników. Do końca 2019 r. ich liczba wzrosła do prawie 850 000, ale nadal było to rozwiązanie niszowe dla największych fanów cyfryzacji. Jednym

z ważnych powodów była skąpa funkcjonalność – e-receptę i tak można było dostać w postaci kodu przez telefon albo jako wydruk.

Wszystko zmieniło się w czasie pandemii COVID-19, kiedy to przez IKP można było najszybciej umówić się na szczepienia, gabinety lekarskie zostały zamknięte, zaś IKP stało się najwygodniejszą formą odbioru e-recepty po telekonsultacji. W efekcie w grudniu 2020 r. liczba użytkowników przekroczyła 4,6 mln osób, a rok później – 14 mln. W maju 2021 r. Centrum e-Zdrowia udostępniło wersję IKP na smartfona, czyli mojeIKP. Dzisiaj z IKP korzysta ponad 50 proc. Polaków (20 mln), a jej mobilna wersja ma 5 mln użytkowników.



To sporo, ale do pełnego sukcesu brakuje jeszcze dużo – osoby niekorzystające z IKP są coraz bardziej wykluczone cyfrowo i nie mają dostępu do nowoczesnych usług systemu zdrowia. To właśnie zbliżenie się do 100 proc. użytkowników będzie największym wyzwaniem dla Centrum e-Zdrowia.

## CO DZIŚ POTRAFI IKP?

Dzisiejsze IKP nie ma nic wspólnego z tym, które powstało osiem lat temu, a ostatnie dwa lata to okres szybkiego rozwoju nowych funkcji, które zawdzięczamy dojrzałości infrastruktury e-zdrowia w Polsce opartej na systemie P1 i kolejnym reformom systemu zdrowia.

W październiku 2022 r. weszła opieka koordynowana w POZ i do IKP włączono Indywidualny Plan Opieki Medycznej (IPOM) wraz z harmonogramem. W efekcie w ciągu jednego roku liczba użytkowników wzrosła o prawie 2,5 mln osób, do 16,5 mln. Ale prawdziwe przyspieszenie rozwoju IKP zawdzięczamy inwestycjom z Krajowego Planu Odbudowy.

W kwietniu br. na IKP pojawiły się dane spływające z elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM). Do informacji o wykonanych świadczeniach doszły opisy badań diagnostycznych, wyniki badań laboratoryjnych, informacje o diagnozie i leczeniu od lekarza specjalisty, wypisy ze szpitala, a także



foto: licencja OIL w Warszawie

dokumenty z SOR, w tym informacje o przyczynach nieprzyjęcia do hospitalizacji. Dane przez lata zamknięte w szufladach przychodni i systemach IT różnych firm nagle stały się dostępne dla każdego pacjenta. Przynajmniej w teorii, bo wdrażanie EDM nadal jest w powijkach i dane widoczne na IKP są niepełne, przez co mają ograniczoną wartość.

Od 1 lipca dojdzie kolejny mocny argument za korzystaniem z IKP. Chodzi o wyszukiwanie wolnych terminów na pierwszą wizytę u kardiologa oraz badania cytologiczne i mammograficzne poprzez Centralną e-Rejestrację (system już działa, ale nie wszystkie placówki są podłączone). Pacjent nie musi już dzwonić od przychodni do przychodni. W jednym miejscu widzi wszystkie wolne terminy pasujące do indywidualnych preferencji (np. czas wizyty, miejsce), a jeśli takich nie ma – trafia do wirtualnej poczekalni. W 2027 r. do obecnych usług specjalistycznych dojdzie osiem kolejnych. Brak terminów wizyt u specjalistów to jedna z największych bolączek polskiego systemu zdrowia, a IKP oferuje najłatwiejszy sposób zarządzania terminami (przypomnienia SMS, e-maile albo powiadomienia typu „push” w apce mojeIKP).

## IKP JAKO CYFROWE DRZWI DO PROFILAKTYKI

Centralny model rejestracji jest jednym z elementów Krajowego Planu Trans-

formacji na lata 2027–2031. Oprócz umawiania wizyt u lekarza IKP ma też pomagać w profilaktyce. Przykładowo w ramach realizowanego programu „Moje zdrowie” (wcześniej „Profilaktyka 40+”) pacjenci mogą wypełniać ankiety zdrowotne, na podstawie których system identyfikuje ryzyka zdrowotne i kieruje na odpowiednie badania. Według ostatnich danych ankietę wypełniło 3,7 mln Polaków. Z kolei 217 tys. osób skorzystało z oceny zdrowia serca w ramach ankiety „10 dla Serca” przygotowanej przez lekarzy z Instytutu Kardiologii w Warszawie.

O takim kierunku rozwoju narzędzi wspomina też Krajowy Plan Transformacji. Ministerstwo Zdrowia chce, aby narzędzia cyfrowe, w tym IKP, zwiększały zgłaszalność na badania profilaktyczne oraz wspierały działania POZ w zakresie identyfikacji pacjentów z grup ryzyka. Plan zakłada m.in. wykorzystanie kanałów elektronicznych do aktywnego zapraszania pacjentów oraz monitorowania realizacji programów zdrowotnych.

Więcej konkretów dotyczących dalszego rozwoju IKP znajdziemy w uchwalonej w kwietniu br. ustawie o rozwoju usług e-zdrowia. Przewiduje ona m.in. możliwość zamawiania e-recept na kontynuację leczenia przez pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego za pośrednictwem IKP. Dużą nowością będzie możliwość dodawania przez pacjenta danych dotyczących stanu zdrowia, w tym informacji z urządzeń monitorujących parametry zdrowotne. Będą one „integrowane z systemem e-zdrowia”. W efekcie lekarz zobaczy w EDM zanotowane przez pacjenta – i specjalnie oznaczone w EDM – dane, a tych przybywa wraz z upowszechnianiem się inteligentnych zegarków i opasek fitness mierzących coraz więcej parametrów zdrowia.

## ZDALNE MONITOROWANIE ZDROWIA I CZATBOT DO OCENY STANU ZDROWIA

W najbliższych miesiącach możemy spodziewać się też reaktywacji Domojej Opieki Medycznej (DOM). Program, który w czasie pandemii pozwalał kontrolować stan pacjentów z COVID-19 leczących się w domu, ma

teraz umożliwić zdalne monitorowanie stanu zdrowia pacjentów chorych przewlekłe bezpośrednio przez IKP. W pierwszym etapie rozwiązanie obejmie pacjentów z cukrzycą oraz współistniejącymi chorobami kardiologicznymi. Centrum e-Zdrowia przeprowadziło już badania UX (doświadczenia użytkownika) nowej funkcjonalności.

W planach jest też nowe podsumowanie najważniejszych danych o zdrowiu pacjenta. Nie jest to jednak pomysł MZ ani Centrum e-Zdrowia, ale obowiązek, który wprowadza Europejska Przestrzeń Danych dotyczących Zdrowia (EHDS). Każdy lekarz zobaczy w systemie gabinetowym tzw. skróconą kartę pacjenta. Będzie też dostępna przez IKP, a znajdą się na niej takie informacje, jak grupa krwi, alergię, stosowane leki, choroby przewlekłe, wykonane zabiegi oraz informacje o wszczepionych wyrobach medycznych (implanty).

Rośnie liczba funkcji, a wraz z tym – danych. Ale pacjenci nie bardzo wiedzą, co z nich wynika. To też ma się zmienić, odkąd sztuczna inteligencja z dużą precyzją potrafi analizować dane i wyszukiwać trendy. Jednym z pierwszych narzędzi AI na IKP ma być tzw. Interpreter Badań Laboratoryjnych, czyli narzędzie tłumaczące pacjentom wyniki badań laboratoryjnych wpływających do IKP. Jego uruchomienie planowano na czerwiec br. Nadal mało konkretne są wielokrotnie wspomniane podczas debat propozycje czatbota, który pełniłby rolę e-triażu i pierwszego punktu kontaktu z systemem zdrowia. Takie rozwiązania już funkcjonują m.in. w brytyjskiej służbie zdrowia (NHS).

Niedobory lekarzy, konieczność koordynacji opieki oraz działania na rzecz zwiększenia roli profilaktyki będą nadawały ton rozwojowi IKP i mojeIKP. Można się spodziewać, że za kilka lat będzie to pierwsze narzędzie, do którego pacjent sięgnie, gdy pojawią się problemy ze zdrowiem albo gdy będzie chciał zadbać o swoje zdrowie. Centrum e-Zdrowia i MZ muszą szybko wprowadzać nowe, sprawdzone i bezpieczne funkcje idące za rozwojem technologii i AI. W przeciwnym przypadku komercyjne rozwiązania AI, takie jak ChatGPT, wygrają wyścig o zaufanie pacjentów. ●

# Dobra osobiste lekarza i lekarza dentystry – co warto wiedzieć



**WOJCIECH KOŹMIŃSKI**  
radca prawny

Reputacja budowana latami może runąć nagle – wystarczy jeden wpis w internecie, złośliwy komentarz w mediach społecznościowych albo plotka w miejscu pracy. Lekarze i lekarze dentyści są na takie sytuacje szczególnie narażeni: pracują w przestrzeni publicznej, podejmują decyzje oraz działania bezpośrednio wpływające na życie lub wybory innych ludzi. Dlatego warto wiedzieć, czym są dobra osobiste, gdzie przebiega granica między dozwoloną krytyką a naruszeniem prawa i jak skutecznie się bronić.

## CZYM SĄ Dобра OSOBISTE W ROZUMIENIU PRAWNYM?

Kodeks cywilny (k.c.) w art. 23 zawiera przykładowy – a więc otwarty – katalog dóbr osobistych. Wśród nich są zdrowie, wolność, cześć, swoboda sumienia, nazwisko, wizerunek, tajemnica korespondencji, nietykalność mieszkania, twórczość naukowa i artystyczna. Otwarty charakter tego katalogu jest tu jednak kluczowy, uznaje się, że ochrona obejmuje każdą wartość niemajątkową związaną z osobowością człowieka, którą społeczeństwo traktuje jako obiektywnie godną ochrony (tzw. koncepcja obiektywna). Oczywiście zgodnie z art. 43 k.c. przepisy o ochronie dóbr osobistych osób fizycznych stosuje się odpowiednio do osób prawnych.

Co do zasady dla lekarzy szczególne znaczenie mają: **dobrze imię i cześć zawodowa** (np. reputacja jako specjalisty), **wizerunek** (w tym prawo do decydowania o tym, jak i gdzie jesteśmy przedstawiani) oraz **prywatność** (w tym również ochrona informacji o życiu osobistym, które nie mają związku z wykonywanym zawodem).

## GRANICA MIĘDZY KRYTYKĄ A NARUSZENIEM PRAWA – KIEDY PLOTKA STAJE SIĘ BEZPRAWIEM

Należy podkreślić, że prawo nie chroni przed każdą nieprzyjemną opinią. Krytyka jest dopuszczalna, a nawet pożądana (chroniona prawnie choćby jako element wolności słowa) – pod warunkiem że jest rzetelna, oparta na faktach i słu-

ży uzasadnionemu celowi. Często kłopoty zaczynają się tam, gdzie kończy się merytoryka, a zaczyna personalny atak.

### Trzy warunki legalnej krytyki:

1. oparcie na faktach, 2. zachowanie formy – bez obelg i inwektyw, 3. działanie w interesie publicznym lub w obronie własnych praw. Co do zasady więc opinia pacjenta, że „leczenie było nieskuteczne”, mieści się w granicach wolności słowa. Natomiast pójdzie „o krok dalej” i np. stwierdzenie, że lekarz „celowo zaszkodził pacjentowi dla zysku”, bez poparcia tego jakimikolwiek dowodami, już może stanowić naruszenie dóbr osobistych.

**Plotka** stanowi szczególną formę naruszenia dóbr osobistych, zagrożenie, bo rozprzestrzenia się szybko i jest trudna do „odwołania”. Jeśli nieprawdziwa informacja (np. o uzależnieniu, popełnionych błędach medycznych, braku wiedzy czy nawet ekscesach w życiu osobistym lekarza) krąży w środowisku lub trafia do internetu, mamy do czynienia z naruszeniem choćby czci lub prywatności – do bezprawnego naruszenia dojdzie w takiej sytuacji, nawet jeśli plotkujący działał, nie mając złych intencji.

## NAJCZĘSTSZE PRZYKŁADY DÓBR OSOBISTYCH LEKARZY

Biorąc pod uwagę doświadczenie życiowe i zawodowe, wyodrębniłbym trzy podstawowe grupy dóbr osobistych, które najczęściej są naruszane w kontekście lekarzy oraz lekarzy dentystry:

**Renoma zawodowa.** Naruszenia najczęściej związane są z nieprawdziwymi zarzutami o błędach w sztuce lekarskiej, braku wiedzy lub staranności. Popularnymi formami naruszeń są nierzetelne opinie w portalach oceniających lekarzy czy fałszywe posty w gru-

pach pacjentów. Subiektywne niezadowolone pacjenta nie wystarczy – naruszenie następuje, gdy treść wykracza poza rzetelną ocenę.

**Wizerunek.** Publikacja zdjęcia lub nagrania bez zgody – nawet jeśli zostało wykonane w gabinecie czy na konferencji – narusza może prawa lekarza. Coraz częstszym problemem są pacjenci nagrywający wizyty i publikujący materiały w sieci. Dodatkowo zdarzają się sytuacje, w których bez zgody (a nawet bez świadomości) lekarza podmioty trzecie publikują jego zdjęcia lub opisy praktyki czy nawet przypisują lekarzowi konkretne wypowiedzi/opinie (w tym fałszywe/zmyślane treści).

**Prywatność i tajemnica.** Ujawnianie informacji o stanie zdrowia, sytuacji finansowej czy życiu rodzinnym lekarza – bez jego zgody – stanowi odrębne naruszenie, niezależne od ochrony danych osobowych.

Oczywiście to tylko przykłady dóbr, które mogą być bezprawnie naruszone – jak wyżej wskazano, wyodrębnienie wszystkich dóbr osobistych z racji katalogu otwartego jest w zasadzie niemożliwe (może okazać się bowiem, że nienazwane wcześniej dobro osobiste zostanie zidentyfikowane w konkretnej sprawie).

## JAK DOCHODZIĆ ROSZCZEŃ – NAJWAŻNIEJSZE KROKI

Kodeks cywilny przewiduje kilka narzędzi ochrony. Poszkodowany może żądać przede wszystkim: **zaniechania naruszenia** (np. usunięcia wpisu w internecie), **usunięcia skutków** (np. opublikowania sprostowania lub przeprosin), **zadośćuczynienia pieniężnego** za krzywdę, **odszkodowania** za szkodę majątkową (np. utratę pacjentów w związku z kampanią oczerniającą).

Pierwszym krokiem powinno być zebranie i zabezpieczenie dowodów naruszeń – następnie wezwanie do zaprzestania naruszeń i usunięcia ich skutków (np. e-mailem lub listem poleconym). Daje to szansę na pozasądowe rozwiązanie i stanowi ważny dowód w razie postępowania sądowego. Przy braku reakcji lub niesatysfakcjonującej odpowiedzi warto rozważyć pozew cywilny lub – gdy naruszenie ma charakter znieważenia lub zniesławienia – podjęcie kroków karnych wobec sprawcy.

## SZTUCZNA INTELIGENCJA – ZAGROŻENIA W KONTEKŚCIE DÓBR OSOBISTYCH

Rozwój AI otwiera zupełnie nowy rozdział w zakresie naruszeń dóbr osobi-

stych. Kilka zjawisk zasługuje na szczególną uwagę środowiska medycznego.

**Deepfake i syntetyczny wizerunek.** Narzędzia generatywne pozwalają na stworzenie realistycznych nagrań lub zdjęć, na których lekarz wypowiada słowa, których nigdy nie powiedział. Polskie prawo – mimo braku przepisów wprost dotyczących deepfake'ów – pozwala takie działania zakwalifikować jako naruszenie wizerunku lub czci.

**Halucynacje modeli językowych.** Chatboty AI mogą „wymyślać” nieprawdziwe informacje o konkretnych lekarzach: fałszywe biogramy, nieistniejące wyroki sądowe czy zmyślane skandale. Odpowiedzialność za takie treści – dostawcy narzędzia czy podmiotu je wdrażającego – to jeszcze nierozstrzygnięta kwestia prawna, ale pokrzywdzony lekarz co do zasady ma prawo żądać usunięcia treści i naprawienia szkody/zadośćuczynienia.

**Automatyczna agregacja opinii.** Algorytmy zbierające i promujące negatywne recenzje mogą działać jak wzmacniacz naruszeń – nawet jeśli każda z opinii z osobna nie przekraczała granic krytyki, ich selektywne zestawienie może stworzyć fałszywy obraz. ●



## Zapraszamy na szkolenia!

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

CZERWIEC 2026

**9.06 | godz. 19.00–21.00** – Ochrona dóbr osobistych lekarza i lekarza dentysty – r. pr. Wojciech Koźmiński (online)

**11.06 | godz. 19.00–20.00** – Żywnienie kliniczne – prof. Jacek Sobocki (online)

**16.06 | godz. 19.00–21.00** – Błąd medyczny – istota, procedura, obrona – adw. dr Łukasz Wydra (online)

**18.06 | godz. 19.00–21.00** – Edukacja pacjenta i sprawdzenie zrozumienia zaleceń – Małgorzata Wywrot (online)

**20.06 | godz. 9.00–15.00** – Lekarz, którego polecają – jak budować zaufanie, widoczność i silną markę gabinetu – Maciej Kuźma (stacjonarnie w Warszawie)



Więcej informacji i zapisy:



# Wypowiedzenie umowy o pracę



**GABRIELA PACEK**  
aplikant radcowski

Wypowiedzenie umowy o pracę to jedna z najczęstszych form zakończenia zatrudnienia. Może je złożyć zarówno pracownik, jak i pracodawca. Choć sama procedura wydaje się prosta, w praktyce wiąże się z wieloma obowiązkami i terminami, których należy przestrzegać.

**W**yowiedzenie umowy o pracę to jednostronne oświadczenie woli jednej ze stron stosunku pracy, które prowadzi do rozwiązania umowy po upływie określonego czasu, zwanego okresem wypowiedzenia. Oznacza to, że umowa nie kończy się natychmiast, lecz dopiero po zakończeniu ustalonego okresu.

Takie rozwiązanie chroni interesy obu stron. Po pierwsze, umożliwia pracodawcy dostosowanie zatrudnienia do potrzeb organizacyjnych przedsiębiorstwa, po drugie zaś, zapewnia pracownikowi minimalny poziom ochrony przed arbitralnym rozwiązaniem umowy.

Wypowiedzenie może dotyczyć różnych umów: na czas nieokreślony, na czas określony, na okres próbny. Umowę o pracę może wypowiedzieć zarówno pracownik, jak i pracodawca.

Zgodnie z art. 30 ust. 1 Kodeksu pracy (k.p.)\* umowę o pracę można rozwiązać:

- na mocy porozumienia stron;
- przez oświadczenie jednej ze stron

z zachowaniem okresu wypowiedzenia (rozwiązanie umowy o pracę za wypowiedzeniem);

- przez oświadczenie jednej ze stron bez zachowania okresu wypowiedzenia (rozwiązanie umowy o pracę bez wypowiedzenia);
- z upływem czasu, na który była zawarta.

Okres wypowiedzenia umowy o pracę obejmujący tydzień, miesiąc albo ich wielokrotność kończy się odpowiednio w sobotę lub w ostatnim dniu miesiąca.

W przypadku wypowiedzenia dokonanego przez pracodawcę konieczne jest wskazanie przyczyny rozwiązania umowy – dotyczy to zarówno umów na czas określony, jak i nieokreślony, a także rozwiązania umowy bez wypowiedzenia. Pracownik otrzymujący wypowiedzenie powinien również dostać od pracodawcy informację o prawie odwołania się do sądu pracy.

W czasie okresu wypowiedzenia pracownik ma prawo do wykorzystania całego, jak i bieżącego urlopu.

Długość okresu wypowiedzenia zależy od rodzaju umowy i stażu pracy. W przypadku umowy na okres próbny okres wypowiedzenia wynosi:

- trzy dni robocze, jeżeli okres próbny nie przekracza dwóch tygodni;
- tydzień, jeżeli okres próbny jest dłuższy niż dwa tygodnie;
- dwa tygodnie, jeżeli okres próbny wynosi trzy miesiące.

Przy umowie na czas określony i nieokreślony okres wypowiedzenia wynosi:

- dwa tygodnie, jeżeli pracownik był zatrudniony krócej niż sześć miesięcy;
- miesiąc, jeżeli pracownik był zatrudniony co najmniej sześć miesięcy;
- trzy miesiące, jeżeli pracownik był zatrudniony co najmniej trzy lata.

Po złożeniu wypowiedzenia strony mogą ustalić wcześniejszy termin zakończenia umowy. Nie zmienia to jednak trybu rozwiązania umowy o pracę.

Kodeks pracy przewiduje również szczególną ochronę niektórych pracowników. Zgodnie z art. 39 k.p. pracodawca nie może wypowiedzieć umowy o pracę pracownikowi, któremu brakuje nie więcej niż cztery lata do osiągnięcia wieku emerytalnego, jeżeli okres zatrudnienia umożliwia mu uzyskanie prawa do emerytury po osiągnięciu tego wieku.

Jak wyraźnie wskazuje postanowienie Sądu Najwyższego z 23 września 2022 r. (III PSK 241/21\*): *Ochrona przed wypowiedzeniem umowy o pracę wynikająca z art. 39 k.p. jest wyłączona tylko w stosunku do takiej osoby, której prawo do renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy zostało potwierdzone decyzją organu rentowego.*

Zgodnie z art. 52 ust. 1 k.p. pracodawca może rozwiązać umowę bez wypowiedzenia z winy pracownika, jeżeli:

- dojdzie do ciężkiego naruszenia podstawowych obowiązków pracowniczych przez pracownika;
- w czasie trwania umowy o pracę pracownik popełni przestępstwo uniemożliwiające dalsze zatrudnianie go na zajmowanym stanowisku, jeżeli jest ono oczywiste lub zostało potwierdzone prawomocnym wyrokiem;
- pracownik z własnej winy utraci uprawnienia konieczne do wykonywania pracy na danym stanowisku.

Pracodawca ma na podjęcie takiej decyzji miesiąc od momentu uzyskania informacji o okoliczności uzasadniającej rozwiązanie umowy o pracę bez wypowiedzenia z winy pracownika.

Jak wskazuje art. 55 k.p., pracownik również może rozwiązać umowę bez wypowiedzenia. Jest to możliwe, jeżeli otrzyma orzeczenie lekarskie stwierdzające, że wykonywana praca ma szkodliwy wpływ na jego zdrowie, a pracodawca nie przeniesie go w terminie wskazanym przez lekarza do innej pracy, zgodnej z jego stanem zdrowia i kwalifikacjami zawodowymi. Rozwiązanie umowy o pracę bez wypowiedzenia przez pracownika jest możliwe również wtedy, gdy pracodawca dopuszcza się ciężkiego naruszenia podstawowych obowiązków wobec pracownika. Oświadczenie pracownika o rozwiązaniu umowy o pracę bez wypowiedzenia powinno mieć formę pisemną i zawierać uzasadnienie.

Sąd Najwyższy w postanowieniu z 22 maja 2024 r. (II PSK 69/23\*) podkreślił, że przesłanką rozwiązania umowy o pracę w trybie art. 55 § 1 k.p. jest zarówno całkowite zaprzestanie przez pracodawcę wypłaty wynagrodzenia, jak i wypłacanie wynagrodzenia nieterminowo lub w zaniżonej wysokości (przez np. dokonywanie nieuprawnionych potrąceń z wynagrodzenia). Ocena „ciężkości” takiego naruszenia przez pracodawcę terminowej wypłaty wynagrodzenia na rzecz pracownika zależy jednak, z jednej strony – od powtarzalności i uporczywości zachowania pracodawcy, z drugiej zaś – od stwierdzenia, czy nieterminowa wypłata wynagrodzenia stanowiła realne zagrożenie lub uszczerbek dla istotnego interesu pracownika.



fot. licencja Oil w Warszawie

W związku z wypowiedzeniem umowy o pracę pracodawca może zwolnić pracownika z obowiązku świadczenia pracy do końca okresu wypowiedzenia. W takim przypadku pracownik zachowuje prawo do wynagrodzenia.

Jeśli pracownik uważa, że wypowiedzenie było nieuzasadnione, może odwołać się do sądu pracy. W przypadku ustalenia, że wypowiedzenie umowy zawartej na czas określony lub nieokreślony jest nieuzasadnione lub narusza przepisy o wypowiedzaniu umów o pracę, sąd pracy – w zależności od żądań pracownika – orzeka o bezskuteczności wypowiedzenia, może przywrócić

pracownika do pracy na wcześniejszych warunkach albo przyznać mu odszkodowanie.

Wypowiedzenie umowy o pracę to jeden z najważniejszych elementów prawa pracy. Regulacje prawne dotyczące wypowiedzenia umożliwiają zachowanie równowagi pomiędzy swobodą prowadzenia działalności gospodarczej a ochroną trwałości zatrudnienia pracowników.

\* Źródła podane są na stronie internetowej „Pulsu”



# System ochrony zdrowia odporny na wyzwania przyszłości



patrzeć na system ochrony zdrowia szerzej niż dotychczas, łącząc perspektywy lekarzy, pacjentów, ekonomistów i ekspertów różnych dziedzin. – *To nie jest tylko punkt widzenia lekarza czy pacjenta, ale próba pokazania, jak powinien wyglądać system, który nie pozostawi starzejącego się społeczeństwa samemu sobie* – podkreślił dr n. med. Artur Drobniań.

Przed właściwą dyskusją o założeniach raportu mówiła Maria Libura, która zwróciła uwagę, że debata o ochronie zdrowia od lat koncentruje się wokół tych samych problemów, pomijając fundamentalne zmiany zachodzące w światowej gospodarce.

– *Musimy w końcu zacząć remontować dach* – mówiła obrazowo Libura. – *Narodowy Fundusz Zdrowia nie jest dziurawym wiadrem, jest domem, który ma dziurawy dach, a my od lat podstawiamy kolejne kubelki i mamy nadzieję, że to wystarczy, żebyśmy przeżyli na parterze.*

Ekspertka podkreślała, że system ochrony zdrowia należy traktować jako element infrastruktury krytycznej państwa i inwestycję wzmacniającą bezpieczeństwo społeczne oraz konkurencyjność gospodarki. Zwróciła również uwagę na postępującą *erozję solidarności* w polskim systemie zdrowotnym, objawiającą się rosnącym udziałem prywatnych wydatków ponoszonych bezpośrednio przez pacjentów.

**P**rzyszłość finansowania systemu ochrony zdrowia była tematem briefingu prasowego zorganizowanego 20 maja 2026 r. w siedzibie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie. Spotkanie zatytułowane „System ochrony zdrowia odporny na wyzwania przyszłości” zgromadziło przedstawicieli mediów oraz ekspertów zajmujących się systemem ochrony zdrowia.

Podczas briefingu zaprezentowano najważniejsze wnioski raportu „Solidarność, która się opłaca. Nowy model finansowania ochrony zdrowia w Polsce”, przygotowanego przez Zespół Studiów Strategicznych przy OIL w Warszawie pod redakcją dr n. med. i n. o zdr. Marii Libury, dr n. med. Tomasza Imie-

li oraz dr Dagmary Głód-Słowińskiej. Dokument jest efektem trzech lat analiz i konsultacji prowadzonych z przedstawicielami administracji publicznej, środowisk medycznych oraz menedżerami ochrony zdrowia.

– *Katastrofa demograficzna, której na pewno będziemy uczestnikami za lat kilkanaście, różne priorytety finansowania w szybko zmieniającym się świecie czy wreszcie to, czego nadal nie wiemy – jak automatyzacja i sztuczna inteligencja wpłyną na nasze życie – to wyzwania, przed którymi stanie także system opieki zdrowotnej* – mówił prezes ORL w Warszawie Artur Drobniań, witając gości.

Jak zaznaczył, Zespół Studiów Strategicznych OIL w Warszawie stara się



Dyskusję moderowali Maria Libura i Tomasz Imiela, a udział w niej wzięli autorzy raportu: dr Michał Zabdry-Jamróz z Instytutu Zdrowia Publicznego Collegium Medicum UJ, prof. ucz. dr hab. Sebastian Sikorski z UKSW, dr Jan Oleszczuk-Zygmuntowski z Polskiej Sieci Ekonomii, dr Tomasz Rowiński z SGH, prezes HTA Consulting Robert Plisko oraz Jakub Wierzbicki z Polskiej Sieci Ekonomii.

Eksperci odpowiadali na pytania dotyczące odporności obecnego systemu ochrony zdrowia na zmiany technologiczne, możliwości finansowania ochrony zdrowia w erze AI, a także potencjalnych skutków dalszej erozji wpływów składkowych.

Raport analizuje konsekwencje automatyzacji i robotyzacji gospodarki dla systemów finansowania ochrony zdrowia, zwłaszcza tych opartych głównie na składkach od pracy. Autorzy wskazują, że rozwój sztucznej inteligencji, platform cyfrowych i nowych modeli zatrudnienia prowadzi do erozji bazy składkowej, ponieważ maleje udział pracy ludzkiej w tworzeniu wartości gospodarczej.

W dokumencie przedstawiono różne scenariusze finansowania ochrony zdrowia, w tym model podatkowy

jako alternatywę dla obecnego systemu składkowego. Zdaniem autorów sama wysokość nakładów nie gwarantuje stabilności systemu – kluczowe znaczenie mają mechanizmy gromadzenia środków oraz sposób ich wydatkowania.

Podczas spotkania podkreślano również potrzebę odejścia od „medycyny proceduralnej”, skoncentrowanej na

społecznej. Dokument jest zarazem apelem o rozpoczęcie strategicznej debaty dotyczącej przyszłości finansowania ochrony zdrowia w Polsce. ●

Pełna treść raportu dostępna jest na stronie OIL w Warszawie:



# Nowy rzecznik praw lekarza w OIL w Warszawie: „Jestem w izbie dla Was”

Funkcję rzecznika praw lekarza Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie w obecnej kadencji objął **Paweł Doczekalski**. Jak podkreśla, jego rolą jest wspieranie lekarzy i lekarzy dentyistów w problemach związanych z wykonywaniem zawodu – zarówno na etapie szkolenia, jak i późniejszej praktyki zawodowej.

**R**zecznik praw lekarza działa przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie i zajmuje się sprawami dotyczącymi ochrony praw lekarzy oraz lekarzy dentyistów. Chodzi przede wszystkim o sytuacje konfliktowe i spory pojawiające się w codziennej pracy zawodowej. Zakres wsparcia obejmuje m.in. problemy na linii lekarz – pracodawca, kwestie związane z prawem pracy, a także sprawy dotyczące relacji z pacjentami.

– To m.in. spory pomiędzy lekarzem a pracodawcą na różnym etapie kariery, począwszy od rezydentury czy później już jako lekarza specjalisty – mówi rzecznik praw lekarza Paweł Doczekalski. Jak zaznacza, do biura rzecznika można zgłaszać się również w sprawach związanych z negatywnymi opiniami i komentarzami publikowanymi w internecie, które coraz częściej stają się źródłem napięć i problemów zawodowych.

Działalność rzecznika obejmuje także wsparcie lekarzy w sprawach cywilnych, karnych oraz pracowniczych.

W praktyce oznacza to pomoc w sytuacjach, w których lekarz potrzebuje konsultacji prawnej, interwencji lub wskazania możliwych ścieżek działania. Rzecznik współpracuje przy tym z zespołem radców prawnych oraz pracownikami biura obsługi.

– *Jeżeli macie jakikolwiek problem związany z Waszym życiem zawodowym, z wykonywaniem zawodu lekarza, lekarza dentyisty, jeżeli potrzebujecie pomocy, proszę o to, żebyście się zwracali o taką pomoc do mnie jako rzecznika praw lekarza. Jestem w izbie dla Was i chciałbym Wam pomóc tę sprawę rozwiązać* – podkreśla Paweł Doczekalski.

Jednym z priorytetów nowej kadencji ma być poprawa dostępności kontaktu z biurem rzecznika. Oprócz dotychczasowych form komunikacji – telefonu i formularza kontaktowego – OIL w Warszawie planuje uruchomienie możliwości konsultacji online w formie wideorozmów. Lekarze będą mogli umawiać terminy spotkań za pośrednictwem internetowego kalendarza.

To odpowiedź na zmieniające się potrzeby środowiska lekarskiego, które coraz częściej oczekuje szybkiego i łatwo dostępnego wsparcia, także w formie zdalnej. Rozwiązanie może być szczególnie przydatne dla osób pracujących poza Warszawą lub mających trudności ze znalezieniem czasu na osobisty udział w spotkaniach.

Warto pamiętać, że rzecznik praw lekarza pełni funkcję, która dla wielu lekarzy może okazać się pierwszym miejscem kontaktu w sytuacjach konfliktowych i kryzysowych. W realiach rosnącej presji zawodowej, sporów pracowniczych oraz coraz częstszej obecności lekarzy w przestrzeni internetowej znaczenie tego rodzaju wsparcia systematycznie rośnie.

Więcej informacji o działalności rzecznika praw lekarza oraz dostępnych formach kontaktu można znaleźć na stronie:



fot. Marcin Fajlński



## Lekarzu, czujesz, że Twoje prawa są łamane?

### Skontaktuj się z Biurem Rzecznika Praw Lekarza

**Dyżury rzecznika praw lekarza**  
Pawła Doczekalskiego



wtorki 10.00–14.00 i środy 14.00–17.00



rzecznikprawlekarza@oilwaw.org.pl



22 542 83 28 | 691 224 246



## 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  
**30 czerwca 2026 r.**



## REHABILITACJA

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

Szczegóły na stronie Fundacji Pro Seniore

Termin składania wniosków mija  
**30 czerwca 2026 r.**

## DRUK RECEPT



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

drukujemy w Okręgowej Izbie Lekarskiej

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

Trzeba mieć PIN i hasło do druku recept z NFZ.



Okręgowa  
Izba Lekarska  
w Warszawie



## OBIADY w Klubie Lekarza

Komisja ds. Lekarzy Seniorów zaprasza seniorów lekarzy/lekarzy dentyistów

**w poniedziałki i czwartki**

w godz. **13.00–15.00**

**do Klubu Lekarza**

**przy ul. Raszyńskiej 54 w Warszawie**

na dofinansowane przez OIL w Warszawie obiady.

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

# V OGÓLNOPOLSKI PLENER FOTOGRAFICZNY za nami



**O**rganizowany przez Komisję ds. Kultury Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie i współfinansowany przez Naczelną Izbę Lekarską V Ogólnopolski Plener Fotograficzny dla lekarzy i lekarzy dentyistów odbył się 14–17 maja 2026 r. w Radomiu. W wydarzeniu uczestniczyli lekarze z różnych regionów Polski. Łączy ich pasja do fotografii oraz potrzeba twórczego spojrzenia na otaczającą rzeczywistość.

Tegoroczna edycja pleneru zgromadziła ok. 30 uczestników – stałych bywalców wydarzenia, a także osób bio-

rażących w nim udział po raz pierwszy. W tym roku artyści koncentrowali się na architekturze, fotografii industrialnej oraz próbie uchwycenia przemijającego czasu. Zmierzyli się również z fotografią jako formą plastycznej wypowiedzi artystycznej. Uczestnicy mieli okazję fotografować przestrzeń miejską Radomia, jego charakterystyczne miejsca, detale architektoniczne oraz elementy współczesnego krajobrazu miasta.

Program pleneru obejmował wspólne fotografowanie, spotkania i rozmowy poświęcone fotografii oraz wymianę

doświadczeń związanych z warsztatem i indywidualnym spojrzeniem na obraz. Uczestników pleneru odwiedzili Karol Stępniewski, wiceprezes ORL Delegatury Radomskiej, oraz Bartosz Bednarczyk, wiceprezydent Radomia.

*– Plener fotograficzny w Radomiu to okazja do zatrzymania się, uważnego spojrzenia na przestrzeń i człowieka, ale także do budowania relacji między ludźmi, których łączy wrażliwość i potrzeba twórczej ekspresji –* mówi Justyna Kwitkiewicz, przewodnicząca Komisji ds. Kultury ORL w Warszawie. *– Bardzo się cieszę, że lekarze z całej Polski mogli wspólnie odkrywać miasto poprzez fotografię i dzielić się swoim indywidualnym sposobem patrzenia na świat.*

Ważnym elementem wydarzenia była możliwość integracji środowiska lekarskiego wokół wspólnych zainteresowań artystycznych, m.in. poprzez udział w wernisażu wystawy Foto Medica 2025, zatytułowanej „Radom, jakiego nie znacie”. Na ekspozycji można było podziwiać prace, które powstały podczas ubiegłorocznego pleneru fotograficznego, nad którego artystyczną stroną czuwał wybitny fotograf Zbigniew Furman.

Wybrane fotografie z tegorocznego pleneru zostaną zaprezentowane na wystawach w Radomiu i Warszawie. O terminach poinformujemy wkrótce. ●



# Jubileusz 40-lecia wręczenia dyplomów Warszawskiej Akademii Medycznej



12 czerwca 2027 r. w Hotelu OSSA, ok. godziny drogi  
od Warszawy, odbędzie się jubileusz 40-lecia wręczenia  
dyplomów absolwentom Pierwszego i Drugiego Wydziału  
Lekarskiego Warszawskiej Akademii Medycznej.



W sobotę wieczorem odbędzie się impreza towarzyska. Oferta obejmuje nocleg ze śniadaniem z soboty na niedzielę oraz bezpłatne miejsca parkingowe na terenie obiektu. Do dyspozycji uczestników będą pokoje jedno- i dwuosobowe.

Osoby zainteresowane udziałem w wydarzeniu proszone są o kontakt z kolegą Dariuszem Kłosem: tel. 602 476 963, e-mail drklos@wp.pl. Ze względów organizacyjnych zgłoszenia uczestników przyjmujemy do 20 czerwca 2026 r.

Serdecznie zapraszamy wszystkich absolwentów i prosimy o przekazanie informacji koleżankom i kolegom z roku.

Komitet Organizacyjny Jubileuszu

prof. dr hab. n. med. Rafał Krenke  
prof. dr hab. n. med. Kazimierz Niemczyk  
prof. dr hab. n. med. Andrzej Cieszanowski  
prof. dr hab. n. med. Ireneusz Nawrot  
dr n. med. Katarzyna Kierul  
lek. med. lek. stom. Dariusz Kłos

 **CHERY | GRUPA PGD**

**SPECJALNA OFERTA**



dla członków  
**OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ**  
w Warszawie

Poznaj nową generację SUV-ów **CHERY**



**PIOTR GALARDA**  
T. 667 072 381  
E. salon.chery.warszawa@pgd.pl  
[www.chery.pgd.pl/oil/](http://www.chery.pgd.pl/oil/)

♀ **KRASNOBRODZKA 5 / WARSZAWA**

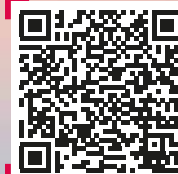
**OMODA | JAECCO | GRUPA PGD**

**SPECJALNA OFERTA**



dla członków  
**OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ**  
w Warszawie

Poznaj nową generację SUV-ów **OMODA | JAECCO**



**KAROLINA KUBIAK**  
T. 667 072 479  
E. salon.warszawa@oj.pgd.pl  
[www.oj.pgd.pl/oil/](http://www.oj.pgd.pl/oil/)

♀ **KRASNOBRODZKA 5 / WARSZAWA**

## XII Otwarte Mistrzostwa Mazowska Lekarzy w Półmaratonie i III Bieg Lekarzy na 5 km

Upamiętniający 50. rocznicę wydarzeń radomskiego Czerwca i walki o wolność Polski XIV Półmaraton Radomskiego Czerwca '76 odbędzie się 21 czerwca 2026 r. W ramach półmaratonu w Radomiu rozegrane będą także XII Otwarte Mistrzostwa Mazowska Lekarzy. Organizatorami zawodów są Delegatura Radomska OIL w Warszawie, Stowarzyszenie „Biegiem Radom!” oraz MOSiR Radom. Lekarze z całej Polski mogą rywalizować na dystansie półmaratonu (21 km), a także w biegu i nordic walking na 5 km. Dla członków OIL w Warszawie przewidziano 50 proc. zniżki na opłatę startową.

Zapisy online na XIV Półmaraton Radomskiego Czerwca '76 trwają do 19 czerwca br. do godziny 23.59.



fot. Miguel A. Amutio / Unsplash

## Mazowiecki Gravel 2026



fot. Markus Spiske / Unsplash

Szósta edycja Mazowieckiego Gravelu odbędzie się 20 czerwca 2026 r. w Warce. To ogólnopolskie wydarzenie kolarskie dla miłośników gravelu, szosy i MTB odbywa się pod patronatem Komisji ds. Sportu Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.

Uczestnicy zmierzą się z trasami o długości 120, 200 i 500 km, prowadzonymi głównie drogami szutrowymi i asfaltowymi o niskim natężeniu ruchu. Organizatorzy spodziewają się ok. 800 uczestników z całej Polski.

Podczas imprezy prowadzona będzie dodatkowa klasyfikacja dla lekarzy i lekarzy dentyistów na dystansie 120 km. Udział w niej możliwy jest poprzez zgłoszenie podczas rejestracji oraz podanie numeru prawa wykonywania zawodu.

Więcej informacji oraz zapisy:



## SPORTOWE NIEDZIELE

Komisja ds. Sportu ORL w Warszawie zaprasza członków naszej izby do udziału w **Sportowych Niedzielach**.

Najbliższe zajęcia:

**14 czerwca, 21 czerwca, 28 czerwca**

Spotkania odbywają się w godzinach **17.00–19.00** w Studium Wychowania Fizycznego WAT przy ul. Kartezjusza 1.

Rejestracja i więcej informacji: 22 54 28 333; d.jarosz@oilwaw.org.pl.



# 23. IGRZYSKA LEKARSKIE

CETNIEWO

26-30 sierpnia 2026



REJESTRACJA

539 840 527

IGRZYSKALEKARSKIE@NIL.ORG.PL



IGRZYSKA  
LEKARSKIE

**NIL**

Naczelna  
Izba Lekarska



Ministerstwo  
Sportu i Turystyki

**GAZETA**  
LEKARSKA

ORGANIZATOR

PATRONAT HONOROWY

PATRONAT MEDIALNY

Dołącz do reprezentacji naszej izby! • Dofinansowanie w ramach OIL Sport Start

# AIMed 2026 w Krakowie: o przyszłości medycyny

Pierwsza edycja międzynarodowej konferencji Artificial Intelligence in Medicine – AIMed 2026, poświęcona zastosowaniom sztucznej inteligencji w medycynie, nauce i ochronie zdrowia, odbyła się 7–9 maja w Krakowie. Wydarzenie objęte zostało patronatem medialnym miesięcznika „Puls”.

fot. Michał Tepecki



Talents in Internal Medicine World Contest 2026. Łącznie zgromadziły one ponad 2000 uczestników z 93 krajów na pięciu kontynentach. Gościem specjalnym AIMed była Emer Cooke, dyrektor European Medicines Agency.

Program konferencji AIMed obejmował ponad 35 wykładów eksperckich, sesji tematycznych i paneli dyskusyjnych z udziałem specjalistów z Polski i zagranicy. W pierwszym dniu konferencji prezentowano prace

naukowe i wdrożeniowe, a wykład inauguracyjny wygłosiła prof. Marta Kwiatkowska z University of Oxford. Drugi dzień poświęcono praktycznym zastosowaniom AI w medycynie, aspektem regulacyjnym, bezpieczeństwu danych i zagadnieniom etycznym. Trzeci dzień obejmował sesję dotyczącą wykorzystania AI w publikacjach medycznych oraz blok „From Startup to Scaleup”, poświęcony rozwojowi i komercjalizacji innowacyjnych technologii medycznych. Ważną częścią konferencji była też międzynarodowa sesja posterowa.

AIMed 2026 została zorganizowana przez Polski Instytut Evidence Based Medicine we współpracy z naukowcami z University of Oxford, McMaster University oraz Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego. Patronatów honorowych udzieliли Ministerstwo Cyfryzacji, Ministerstwo Zdrowia, prezydent Miasta Krakowa, a także Naczelna Rada Lekarska i prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie. ●

**R**ównoległe z AIMed 2026 odbywały się jeszcze dwa wydarzenia: MIRCIM 2026 oraz Young

paneli dyskusyjnych z udziałem specjalistów z Polski i zagranicy. W pierwszym dniu konferencji prezentowano prace

## I Ogólnopolska Konferencja Kardiochirurgiczno-Kardiologiczna HeartCore

Wydarzenie objęte patronatem Komisji Młodych Lekarzy oraz patronatem medialnym miesięcznika „Puls” odbyło się 16 maja na Uczelni Łazarskiego.

**K**onferencja zgromadziła studentów kierunków medycznych, młodych lekarzy, specjalistów kardiologii i kardiochirurgii oraz ekspertów medycyny zabiegowej i ratunkowej. Wśród prelegentów znaleźli się m.in. prof. dr hab. n. med. Krzysztof Wróbel, dr n. med. Dobromiła Dzwonkowska i dr n. med. Agata Bilewska.

Po oficjalnym otwarciu uczestnicy wysłuchali wykładu inauguracyjnego oraz wystąpień poświęconych współczesnym metodom leczenia chorób serca i naczyń, nowym technologiom stosowanym w kardiochirurgii i wy-

fot. Laura Tomann

zwaniom stojącym przed młodymi lekarzami. Podczas sesji naukowych dyskutowano o kierunkach rozwoju medycyny sercowo-naczyniowej i znaczeniu współpracy między specjalistami różnych dziedzin. Integralną częścią wydarzenia były warsztaty. Uczestnicy mogli doskonalić umiejętności szycia chirurgicznego na modelach tkankowych, brać udział w symulacjach stanów nagłych prowadzonych w warunkach przypominających SOR i rozwijać praktyczne kompetencje kliniczne



pod okiem specjalistów. Organizatorzy podkreślali, że rozwój kardiologii i kardiochirurgii wymaga współpracy środowisk medycznych i aktywnego włączania młodych lekarzy w dyskusję o przyszłości systemu ochrony zdrowia. Wydarzenie ma być początkiem cyklicznej inicjatywy integrującej środowisko młodych lekarzy z całej Polski. ●



# Lekarski Uniwersytet Trzeciego Wieku „Nestor”



## Tematy wykładów w II semestrze IV roku akademickiego (2025/2026)

**9.06.2026 r. „Józef Piłsudski”** – dr Michał Rybak

**7.07.2026 r. „Blaski i cienie współczesnej genetyki”** – prof. dr hab. Waldemar Marczewski

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



W każdy poniedziałek i czwartek (oprócz świąt) 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.

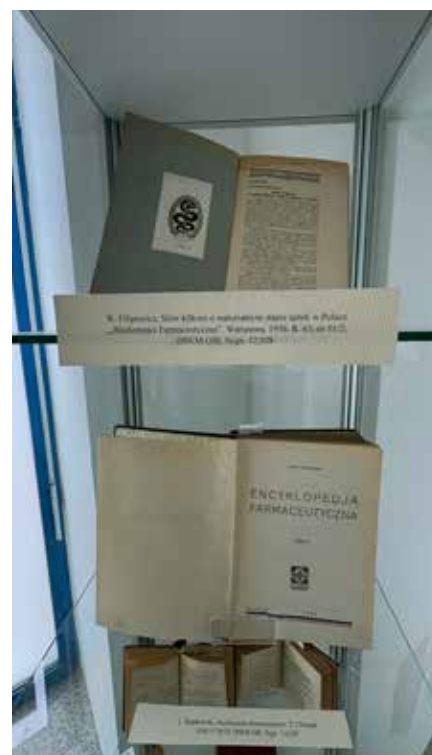
# Ślady dawnej medycyny – nowa wystawa ze zbiorów Głównej Biblioteki Lekarskiej

W siedzibie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, w przestrzeni Biura Obsługi Lekarza, można już oglądać nową odświeżoną ekspozycję muzealiów pochodzących ze zbiorów Głównej Biblioteki Lekarskiej. Wystawa to rezultat podpisanego rok temu w marcu porozumienia dotyczącego współpracy w zakresie wzajemnego promowania działalności.

**T**o już kolejna aranżacja, która tym razem zachęca do refleksji nad bogatą historią medycyny i farmacji – dziedzin nieustannie rozwijających się dzięki dorobkowi poprzednich pokoleń.

Wśród eksponatów znalazły się m.in. przedwojenne kalendarze farmaceutyczne, specjalistyczne czasopisma oraz unikatowe publikacje naukowe z XIX i początku XX w. Towarzyszą im foto-

grafie dokumentujące życie akademickie dawnych studentów farmacji, a także pamiątki związane z historią Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Warszawskiego. Całość uzupełniają recep-





ty, opakowania leków oraz materiały reklamowe, pokazujące, jak na przestrzeni dekad zmieniały się praktyki medyczne i sposoby komunikacji z pacjentem.

Ekspozycja została przygotowana tak, by nie tylko prezentować cenne zbiory, lecz także opowiadać historię ludzi, idei, które ukształtowały współczesną medycynę. To opowieść o czasach, gdy wiedza była przekazywana w opasłych tomach encyklopedii i atlasów, a farmaceuci ręcznie sporządzali leki według starannie zapisanych receptur.

– *W zasobach GBL posiadamy zbiory, które są arcydziełami i mają olbrzymią wartość. Wśród nich znajduje się m.in. ponad 4500 starodruków –*

podkreślał Feliks Orchowski, dyrektor Głównej Biblioteki Lekarskiej im. Stanisława Konopki w Warszawie, otwierając pierwszą wystawę.

Nowa ekspozycja przypomina, że współczesna medycyna – oparta na nowoczesnych technologiach i zaawansowanych badaniach – ma swoje korzenie w pracy wielu pokoleń lekarzy, farmaceutów i naukowców. To właśnie dzięki nim możliwy był rozwój metod leczenia, diagnostyki oraz edukacji medycznej.

Warto zatrzymać się na chwilę i spojrzeć na te świadectwa przeszłości. W świecie zdominowanym przez innowacje i technologie łatwo zapomnieć, jak ważna jest pamięć o historii, tak-

że tej medycznej. To ona pozwala lepiej rozumieć teraźniejszość i kształtować przyszłość.

Wystawa w Biurze Obsługi Lekarza jest dostępna dla odwiedzających i stanowi doskonałą okazję, by na moment zanurzyć się w fascynującym świecie dawnej farmacji, miejscu, w którym historia spotyka się ze współczesnością.

Przy okazji zwiedzania wystawy ekspozycji w GBL polecamy uwadze także obrazy i fotografie autorstwa lekarzy i lekarzy dentyistów – członków OIL w Warszawie, które można podziwiać w Galerii ART MEDICIS, zaaranżowanej w Biurze Obsługi Lekarza. Serdecznie zapraszamy na Puławską 18! ●



## PROGRAM STYPENDIALNY



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

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

# Kwitnące kasztany u Freuda



**MONIKA MIŁOSZ**  
humanistka medyczna

Czerwiec. Kasztan, na który patrzymy przez okno, powoli przekwita. Leżymy na kozetce – tylko my i nasze myśli. I oczywiście Sigmund Freud. Siedzi za nami i skrupulatnie notuje strumień naszej świadomości. Tak wyglądały narodziny psychoterapii, których cichym świadkiem był kasztan rosnący na dziedzińcu kamienicy przy Berggasse 19 w Wiedniu. Drzewo rośnie tam do dziś. A w dawnym mieszkaniu, które gościło tysiące pacjentów, mieści się **Muzeum Sigmunda Freuda**.

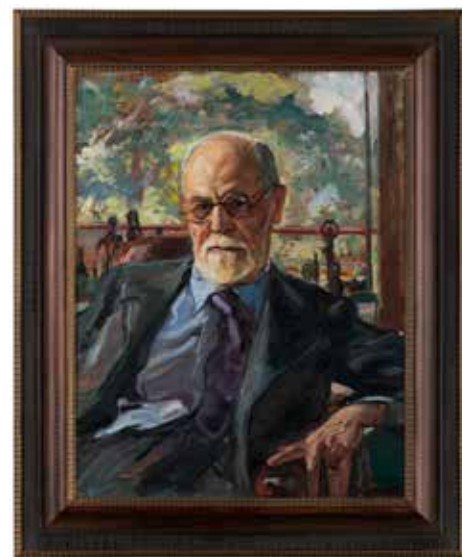
**Z**wiedzającym, którzy są tu po raz pierwszy, wejście do muzeum zajmuje chwilę. Kamienica – jak przystało na Wiedeń – piękna, klasycystyczna, dość wysoka (ok. czterech pięter). Na początku sklepik, kasa biletowa – tu jest łatwo. Schody zaczynają się dalej, na klatce schodowej. Pozornie zwyczajnej, z dwójgiem drzwi do mieszkań na każdym piętrze.

A gdzie muzeum? Nie od razu na drzwiach zauważa się tabliczki z nazwiskami mieszkańców. Po chwili poszukiwań dostrzegamy jednak, że na jednej widnieje kluczowe nazwisko: „Freud”. Ale drzwi są zamknięte... Turyści dopiero po jakimś czasie orientują się, że aby

wejść, trzeba zadzwonić dzwonkiem – i jest to chwila niemal magiczna, bo to dokładnie ten sam dzwonek, z którego przez lata korzystali pacjenci profesora, nieświadomi, że uczestniczą w przełomie psychiatrii.

## DOM BEZ MEBLI

Muzeum zajmuje całe mieszkanie oraz kilka przyległych pomieszczeń. To ponad 100 mkw. pokoi w układzie amfiladowym (przechodzących jeden w drugi), których Freud dorobił się ciężką pracą. W dzieciństwie obce były mu wiedeńskie salony, a jego droga do światowej rozpoznawalności była raczej historią awansu niż dziedzictwa.



Portret Sigmunda Freuda autorstwa Wilhelma Victora Krausza, 1936 / fot. David Peters

Ekspozycja muzeum jest oszczędna i nowoczesna. Dominują proste, szklane gabloty, a w nich: listy, rękopisy, fotografie i drobne przedmioty osobiste. Zastanawia brak mebli – i nie jest on przypadkowy. Po Anschlussie Austrii rodzina Freudów musiała uciekać z Wiednia. Zabrali ze sobą dobytek, w tym znaczną część wyposażenia mieszkania. Co ciekawe, w ucieczce, która prowadziła przez Paryż do Londynu, Freudom pomagała Maria Bonaparte – prawnuczka Napoleona, psychoanalityczka, a przede wszystkim uczennica Freuda.

## TERAPIA JAKO RYTM

Freudowi obce było dzisiejsze założenie *work-life balance*. Aby dostać się do jego gabinetu, trzeba było przejść przez mieszkanie. Granica między praktyką lekarską a przestrzenią prywatną była tu niemal niewidoczna. Freud pracował samodzielnie – nie było rejestracji w nowoczesnym sensie, a pacjenci umawiali się bezpośrednio z doktorem. Standardowa sesja trwała ok. 50 min, co było skrupulatnie pilnowane. To właśnie stąd wzięło się późniejsze pojęcie „godziny terapeutycznej”.

Rozmowa u Freuda miała swój rytm i reguły, które dziś wydają się znajome, ale wówczas były czymś radykalnie nowym. Pacjent kładł się na kozetce, poza zasięgiem wzroku lekarza, i otrzymywał pozornie proste polecenie: mówić wszystko, co przychodzi do głowy – bez selekcji, bez autocenzury. Freud słuchał,



Poczekalnia / fot. Hertha Hurnaus

nie przerywając, wychwytyjąc powracające motywy, przejęzyczenia i obrazy ze snów. Nie prowadził rozmowy w klasycznym sensie medycznym – nie zadawał serii pytań ani nie dążył do szybkiej diagnozy. Zamiast tego tworzył przestrzeń, w której znaczenie miało to, co ukryte i nieoczywiste.

Przełom polegał właśnie na tym odwróceniu perspektywy. Objaw przestał być tylko problemem do usunięcia, a stawał się wskazówką prowadzącą do głębszego rozumienia pacjenta.

## WIDZIMY SIĘ W ŚRODĘ

Chyba każdy kojarzy charakterystyczne emblematy Freuda: broda, okulary, cygaro. Mniej osób wie, że interesował się antykami – kolekcjonował figurki związane ze starożytnym Rzymem i z Grecją. Uważał, że mity i symbole mają głęboki związek z ludzką psychiką. W opowieściach, takich jak mit o Edypie, dostrzegał uniwersalne archetypy odzwierciedlające nieświadome pragnienia.

Cenił życie codzienne w Wiedniu: kawiarnie, spacer, operę. Praca była jednak jego największą pasją. W swoim mieszkaniu organizował tzw. spotkania środowowe, podczas których odwiedzało go środowisko naukowe. To właśnie tam narodził się ruch psychoanalityczny. W spotkaniach uczestniczyli m.in. Carl Gustav Jung czy Alfred Adler. Prezentowano przypadki pacjentów, dyskutowano nad nowymi ideami, kształtowały się podstawy psychoanalizy. Nie

brakowało jednak sporów, które z czasem prowadziły do rozłamów.

## CO GDYBY NIE BYŁO FREUDA?

Bez Freuda psychoterapia prawdopodobnie by powstała – ale to on nadał jej formę, którą znamy dziś. Miał odwagę potraktować rozmowę jako narzędzie leczenia. Wiele jego metod odnaj-

dujemy wciąż w spotkaniach z psychoterapeutami.

Aż 22 proc. dorosłych Polaków – czyli ponad 6,5 mln osób – skorzystało z psychoterapii w ciągu ostatnich pięciu lat (raport „Polska na kozetce 2025”). Maj był miesiącem zdrowia psychicznego, dlatego może warto właśnie teraz na chwilę zwolnić. Może nawet wyjechać. Może do Wiednia?

Przyszłym zwiedzającym Muzeum Freuda polecam znajdującą się po sąsiedzku, wyjątkową Kawiarnię la Mercerie – urządzoną w dawnej aptece, z zachowanymi oryginalnymi meblami aptecznymi. To dobre miejsce, by na moment zatrzymać się między historią a współczesnością.

A tych, którzy nie mogą wyjechać, zachęcam do innej podróży – dźwiękowej. W popularnym ostatnio podcaście Fashion Neurosis prawniczka Zygmunta Freuda Bella Freud rozmawia o tym, co ubrania mówią o naszej psychice. W końcu nieświadomość czasem wyraża się przez sny. Czasem przez słowa. A czasem... przez strój. Przy okazji wspomnę, że czas powoli wymienić garderobę – na szczęście na letnią!



Kamienica, w której przyjmował Freud / fot. Hertha Hurnaus

Informacje praktyczne: **Sigmund Freud Museum**  
Lokalizacja: Austria, Wiedeń, ul. Berggasse 19, Cena biletu: 16,00 €

**UCHWAŁA NR 200/R-X/26**  
**OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE**  
**Z 6 MAJA 2026 R.**  
 w sprawie powołania pełnomocnika Okręgowej  
 Izby Lekarskiej w Warszawie ds. opieki  
 senioralnej i geriatry na okres X kadencji  
 2026–2030

Na podstawie art. 25 pkt 10 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (t.j. Dz.U. 2021 r., poz. 1314 z późn. zm.) – uchwała się, co następuje:

**§ 1**

1. W Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza powołuje się pełnomocnika ds. opieki senioralnej i geriatry.
2. Na stanowisko pełnomocnika Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie ds. opieki senioralnej i geriatry na okres X kadencji 2026–2030 powołuje się kol. Agnieszkę Skoczylas.

**§ 2**

Pełnomocnikowi, o którym mowa w § 1 powyżej, powierza się następujące zadania:

- a) promocja geriatry w środowisku lekarskim, w tym upowszechnianie wiedzy o problemach zdrowotnych osób starszych oraz znaczeniu opieki geriatrycznej;
- b) organizacja i prowadzenie szkoleń z zakresu geriatry oraz umiejętności niezbędnych do pracy z pacjentem w podeszłym wieku, w tym szkoleń dotyczących funkcjonowania ośrodków opieki długoterminowej;
- c) współpraca z podmiotami zaangażowanymi w opiekę senioralną, w szczególności z ośrodkami opieki długoterminowej, domami pomocy społecznej, zakładami opiekuńczo-lecznymi oraz innymi jednostkami sprawującymi opiekę nad osobami starszymi;
- d) podejmowanie działań na rzecz poprawy opieki nad lekarzami seniorami, w tym identyfikowanie ich potrzeb zdrowotnych i socjalnych oraz inicjowanie stosownych programów wsparcia;
- e) współpraca naukowa z ośrodkami naukowymi, w tym uczestnictwo w projektach badawczych i inicjatywach edukacyjnych z zakresu geriatry i opieki senioralnej;
- f) monitorowanie warunków i standardów opieki w ośrodkach opieki długoterminowej oraz formułowanie rekomendacji dla organów OIL w tym zakresie;
- g) wykonywanie innych zadań z zakresu geriatry i opieki senioralnej powierzonych przez prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie bądź upoważnione przez niego osoby.

**§ 3**

Traci moc obowiązującą uchwała nr 314/R-IX/24 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 19 czerwca 2024 r. w sprawie powołania pełnomocnika Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie ds. opieki senioralnej i geriatry.

**§ 4**

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**UCHWAŁA NR 201/R-X/26**  
**OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE**  
**Z 6 MAJA 2026 R.**  
 w sprawie powołania pełnomocnika Okręgowej  
 Izby Lekarskiej w Warszawie  
 ds. przeciwdziałania dyskryminacji  
 na okres X kadencji 2026–2030

Na podstawie art. 25 pkt 10 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (t.j. Dz.U. 2021 r., poz. 1314 z późn. zm.) – uchwała się, co następuje:

**§ 1**

1. W Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza powołuje się pełnomocnika ds. przeciwdziałania dyskryminacji.
2. Na stanowisko pełnomocnika Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie ds. przeciwdziałania dyskryminacji na okres X kadencji 2026–2030 powołuje się kol. Roberta Madejka.

**§ 2**

Pełnomocnikowi, o którym mowa w § 1 powyżej, powierza się następujące zadania:

- a) inicjowanie i monitorowanie działań na rzecz równego traktowania i zapobiegania dyskryminacji w szczególności ze względu na płeć, tożsamość płciową, orientację seksualną, pochodzenie etniczne, niepełnosprawność, status ekonomiczny, wyznanie religijne;
- b) podnoszenie świadomości na temat równości, różnorodności oraz istnienia nieświadomych uprzedzeń z tym związanych, poprzez m.in. własne publikacje, programy szkoleń dla pracowników OIL oraz lekarzy i lekarzy dentyistów;
- c) zasięganie opinii, wspieranie działalności grup, organizacji i środowisk działających na rzecz osób dyskryminowanych z powodów, o których mowa w lit. a);
- d) opracowywanie i rekomendowanie organom OIL polityk i procedur wewnętrznych służących zapobieganiu dyskryminacji i mobbingowi w środowisku lekarskim;
- e) przyjmowanie zgłoszeń od członków OIL dotyczących przypadków dyskryminacji oraz udzielanie wsparcia i informacji o dostępnych środkach prawnych i organizacyjnych;
- f) współpraca z krajowymi i międzynarodowymi organizacjami oraz instytucjami działającymi na rzecz równości i niedyskryminacji;
- g) wykonywanie innych zadań z zakresu przeciwdziałania dyskryminacji powierzonych przez prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie bądź upoważnione przez niego osoby.

**§ 3**

Traci moc obowiązującą uchwała nr 308/R-IX/24 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 19 czerwca 2024 r. w sprawie powołania pełnomocnika Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie ds. przeciwdziałania dyskryminacji.

**§ 4**

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**UCHWAŁA NR 202/R-X/26**  
**OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE**  
**Z 6 MAJA 2026 R.**  
**w sprawie powołania pełnomocnika Okręgowej**  
**Izby Lekarskiej w Warszawie ds. studenckich**  
**na okres X kadencji 2026–2030**

Na podstawie art. 25 pkt 10 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (t.j. Dz.U. 2021 r., poz. 1314 z późn. zm.) – uchwała się, co następuje:

**§ 1**

1. W Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza powołuje się pełnomocnika ds. studenckich.
2. Na stanowisko pełnomocnika ds. studenckich Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie na okres X kadencji 2026–2030 powołuje się kol. Wiktora Możarowskiego.

**§ 2**

Pełnomocnikowi, o którym mowa w § 1 powyżej, powierza się następujące zadania:

- a) badanie potrzeb studentów kierunku lekarskiego i lekarzy stażystów, w tym tworzenie ankiet i analiza wyników oraz rekomendowanie działań na ich podstawie;
- b) monitorowanie trendów i zmian w środowisku studenckim oraz wśród lekarzy stażystów, w tym śledzenie regulacji prawnych dotyczących kształcenia medycznego;
- c) tworzenie lub współtworzenie projektów i inicjatyw mających na celu zwiększenie zaangażowania studentów i lekarzy stażystów w działania OIL;
- d) organizacja wydarzeń i spotkań skierowanych do studentów i lekarzy stażystów;

- e) udział oraz reprezentowanie OIL podczas wydarzeń branżowych skierowanych do studentów i lekarzy stażystów;
- f) współpraca z władzami uczelni medycznych i samorządami studenckimi w zakresie realizacji wspólnych inicjatyw;
- g) współprowadzenie kampanii informacyjnych w celu zwiększenia widoczności OIL wśród studentów i lekarzy stażystów;
- h) prowadzenie lub współprowadzenie komunikacji w mediach społecznościowych skierowanej do studentów i lekarzy stażystów;
- i) koordynowanie przepływu informacji dotyczących realizowanych projektów;
- j) budowanie i utrzymywanie relacji z organizacjami i fundacjami działającymi na rzecz studentów kierunku lekarskiego i lekarzy stażystów;
- k) pozyskiwanie partnerów, w tym strategicznych, oraz negocjowanie warunków współpracy z instytucjami publicznymi i podmiotami prywatnymi;
- l) współpraca z Ośrodkiem Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów w ramach projektów rozwojowych skierowanych do studentów i lekarzy stażystów;
- m) reprezentowanie interesów studentów kierunku lekarskiego i lekarzy stażystów wobec organów OIL oraz instytucji zewnętrznych;
- n) zarządzanie budżetem projektowym;
- o) wykonywanie innych zadań z zakresu spraw studenckich powierzonych przez prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie bądź upoważnione przez niego osoby.

**§ 3**

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**e-Izba** dla lekarzy  
i lekarzy dentystów

**Nowoczesny dostęp  
do danych**



prosta aktualizacja  
wygoda  
bezpieczeństwo



Okręgowa  
Izba Lekarska  
w Warszawie



zaloguj się i sprawdź





*Nie żyjemy, aby umierać...  
ale umieramy, aby żyć wiecznie*

28 stycznia 2026 r.  
odeszła do Domu Pana

**śp. Janina Gryś-Müller**

Ceniona stomatolog ziemi radomskiej,  
przez 60 lat związana zawodowo  
z Radomiem, Wieniawą i Mniszkiem.

17 maja ukończyłaby 87 lat.

Zawiadania pograżona w smutku  
Rodzina

Koleżance

dr Dorocie Szelałowskiej

wyrazy szczerzego współczucia z powodu śmierci

**Mamy**

składają  
koleżanki i koledzy z Wydziału Orzecznictwa Lekarskiego  
II O/ZUS w Warszawie

Dr Annie Romaniuk-Doroszewskiej

wyrazy najszczerzego współczucia i słowa otuchy  
po śmierci

**Taty**

składają  
koleżanki i koledzy  
z Zakładu Diagnostyki Obrazowej  
Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie

**WYDAWCA MIESIĘCZNIKA OIL W WARSZAWIE „PULS”**

02-512 Warszawa, ul. Puławska 18, tel. 697 005 797, [puls@oilwaw.org.pl](mailto:puls@oilwaw.org.pl)

**REDAKTOR NACZELNA:** Aleksandra Sokalska **ZASTĘPCA REDAKTOR NACZELNEJ:** Dorota Lebedzińska  
**SEKRETARZ REDAKCJI:** Karolina Stępniewska – [k.stepniewska@oilwaw.org.pl](mailto:k.stepniewska@oilwaw.org.pl)

**WSPÓŁPRACUJĄ:** Magdalena Flaga-Łuczkiwicz, Maria Libura,  
Agata Ludwikowska, Hanna Odziemka, Artur Olesch, Gabriela Pacek,  
Zuzanna Pierścińska, Paweł Walewski

**ZGŁOSZENIA ZMIAN ADRESÓW:** tel. 22 542 83 14, [rejestr@oilwaw.org.pl](mailto:rejestr@oilwaw.org.pl)

**REKLAMA:** Łukasz Motyka-Radłowski, tel. 693 781 116, [l.motyka-radlowski@oilwaw.org.pl](mailto: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 adiuścacji 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 Drobnik** PREZES ORL  
**Krzysztof Herman** WICEPREZES ORL  
**Małgorzata Terlecka-Maciejewska** WICEPREZES ORL  
**Jakub Zakrzewski** WICEPREZES ORL  
**Grzegorz Kwitkiewicz** WICEPREZES ORL DS. LEKARZY DENTYSTÓW  
**Karol Stępniewski** WICEPREZES ORL, PRZEWODNICZĄCY DELEGATURY RADOMSKIEJ  
**Magdalena Flaga-Łuczkiwicz** PEŁNOMOCNIK OIL DS. ZDROWIA LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW  
**Piotr Winciunas** PEŁNOMOCNIK PREZESA ORL DS. OPERACYJNYCH  
**Agnieszka Skoczylas** PEŁNOMOCNIK OIL DS. OPIEKI SENIORALNEJ I GERIATRII  
**Robert Madejek** PEŁNOMOCNIK OIL DS. PRZECIWDZIAŁANIA DYSKRYMINACJI  
**Wiktor Możarowski** PEŁNOMOCNIK OIL DS. STUDENCKICH  
**Michał Gontkiewicz** SKARBNIK  
**Jacek Sowiński** SEKRETARZ ORL  
**Zuzanna Wojdyńska** ZASTĘPCA SEKRETARZA ORL  
**Krzysztof Jankowski** OKRĘGOWY RZECZNIK ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ  
**Arkadiusz Bogucki** PRZEWODNICZĄCY OKRĘGOWEGO SĄDU LEKARSKIEGO

**KONTAKT**

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

**KOMISJE STAŁE**

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

**KOMISJE  
I ZESPOŁY  
PROBLEMOWE**

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

**POZOSTAŁE**

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



# PHILIPS sonicare



## Philips Sonicare

Nowy standard  
w usuwaniu płytki nazębnej<sup>1</sup>



Do **20x**  
mniej płytki bakteryjnej<sup>2</sup>



Do **15x**  
zdrowsze dziąsła<sup>3</sup>



Do **100x**  
mniej przebarwień<sup>4</sup>

[1] Od Philips Sonicare; Philips Sonicare Prestige 9900.

[2] W porównaniu do szczoteczki manualnej z końcówką A3 Premium All-in-One; w programie czyszczenia Clean.

[3] W porównaniu do szczoteczki manualnej; w ciągu 6 tygodni z końcówką A3 Premium All-in-One; w programie czyszczenia Clean.

[4] W badaniu laboratoryjnym i w porównaniu do szczoteczki manualnej; w programie czyszczenia Clean.